

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
з теми: **«РОЗВИТОК СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ
ЗАСОБАМИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ
АУТИЗМ»**

Виконала: здобувач вищої освіти
освітньої програми Спеціальна освіта
(Олігофренопедагогіка)
спеціальності 016 Спеціальна освіта
спеціалізації 016.02 Корекційна
психопедагогіка
денної форми здобуття вищої освіти
КАРЛОВА Дар'я Валеріївна

Керівник: Марціновська І.П., кандидат
педагогічних наук, доцент кафедри
спеціальної та інклюзивної освіти

Кам'янець-Подільський, 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ.....	7
1.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму.....	7
1.2. Особливості сенсорного розвитку та сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з РСА.....	13
1.3. Використання сенсорних ігор, вправ та обладнання у розвитку сенсорного сприйняття.....	19
Висновки до першого розділу.....	24
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ.....	26
2.1. Методика дослідження сенсорного сприйняття у дітей з РСА.....	26
2.2. Результати дослідження та їх аналіз.....	32
Висновки до другого розділу.....	39
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЗАСОБАМИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ.....	41
3.1. Програма сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА...41	41
3.2. Взаємодія педагога, психолога та батьків у реалізації програми сенсорної інтеграції.....	46
3.3. Результати формувального етапу експерименту та їх аналіз.....	50
Висновки до третього розділу.....	54
ВИСНОВКИ.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади спектра аутизму (РСА) належать до найскладніших порушень психічного розвитку, які проявляються у стійких труднощах соціальної взаємодії, комунікації та поведінки. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно одна дитина зі ста має розлад спектра аутизму, а кількість діагностованих випадків у світі щороку зростає [21]. В Україні, за офіційною статистикою МОЗ, кількість дітей з аутизмом збільшується, проте ці показники не повною мірою відображають реальний масштаб проблеми, що зумовлено як складністю діагностики, так і браком фахової підтримки в ранньому дитинстві.

Одним із найбільш чутливих і вразливих аспектів розвитку дітей з РСА є сенсорне сприйняття. Відмінності у функціонуванні сенсорних систем – зорової, слухової, тактильної, вестибулярної та пропріоцептивної – створюють труднощі в адаптації дитини до навколишнього середовища, засвоєнні інформації, регуляції емоцій і поведінки. Такі діти часто надмірно або недостатньо реагують на сенсорні стимули, що проявляється в уникненні дотику, гучних звуків, зміні освітлення, або, навпаки, у пошуку сильних відчуттів. Відтак формування адекватного сенсорного досвіду є ключовою передумовою їхнього пізнавального, емоційного та комунікативного розвитку.

Проблема сенсорного розвитку дітей з аутизмом активно досліджується як у світовій, так і в українській науці. Тематика аутизму була предметом ґрунтовних досліджень як зарубіжних, так і вітчизняних вчених, зокрема, таких як: Е. Баєнська, С. Барон-Кохен, В. Беттельхайм, І. Бех, Л. Виготський, Ю. Дейнега, В. Драченко, Л. Дробіт, Л. Каннер, Х. Качмарик, К. Лебединська, А. Леслі, А. Лурія, К. О. Осровська, Т. Пітерс, А. Ретт, І. Риндер, С. Рубінштейн, О. Савченко, Х. Сайко, Т. Скрипник, І. Сухіна, В. Тарсун, У. Фріф, Б. Хагберг, М. Шелемет, Д. Шульженко та інших. Перелічені дослідники однозначно довели: якщо діти зі спектром аутистичних порушень

не інтегровані у корекційно-освітній процес, що відповідає їх дизонтогенетичним, психофізичним, нейропсихологічним та психолінгвістичним особливостям, і залишаються без належного корекційного супроводу вдома, вони до підліткового віку стають людьми з інвалідністю. Це, у свою чергу, спричиняє негативні соціально-психологічні наслідки не лише для них самих, але й для їхніх сімей та найближчого оточення.

Вагомий внесок у вивчення психолого-педагогічних особливостей дітей з РСА зробили вітчизняні науковці: Н. Базима, В. Тарасун, Ю. Товкас, М. Шеремет, Д. Шульженко, а також зарубіжні дослідники – А. Narzisi, R. Schaaf, L. Qin, S. Gaber, які у своїх роботах підкреслюють роль сенсорної інтеграції як базового механізму формування цілісного сприйняття світу, моторики та когнітивних навичок.

Особливу увагу сучасна наука приділяє практичним аспектам сенсорної інтеграції, започаткованим Е. Айрес – авторкою концепції сенсорної інтеграційної терапії, яка довела, що розвиток сенсорних систем через гру, рухову активність та спеціально організоване середовище сприяє формуванню адаптивної поведінки дитини.

Незважаючи на значну кількість досліджень, проблема розвитку сенсорного сприйняття засобами сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку з розладами спектру аутизму залишається недостатньо вивченою, що обумовлює актуальність теми нашої роботи.

Об'єкт дослідження: сенсорний розвиток дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму.

Предмет дослідження: особливості розвитку сенсорного сприйняття засобами сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку з РСА.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність використання засобів сенсорної інтеграції у розвитку сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму.

Поставлена мета обумовила необхідність виконання наступних **завдань дослідження:**

- розглянути психолого-педагогічну характеристику дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму;
- вивчити особливості сенсорного розвитку та сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з РСА;
- дослідити можливості використання сенсорних ігор, вправ та обладнання у розвитку сенсорного сприйняття;
- окреслити методику дослідження сенсорного сприйняття у дітей з РСА;
- навести результати дослідження та виконати їх аналіз;
- розробити та апробувати програму сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА;
- охарактеризувати роль взаємодії педагога, психолога та батьків у реалізації програми сенсорної інтеграції;
- проаналізувати результати формувального етапу експерименту.

Гіпотеза дослідження: систематичне застосування сенсорно-інтеграційних методик, адаптованих до індивідуальних сенсорних потреб дітей дошкільного віку з РСА, сприятиме розвитку їхнього сенсорного сприйняття, підвищенню адаптивності поведінки та якості взаємодії з навколишнім середовищем.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети дослідження нами було обрано такі методи та методики: теоретичний аналіз наукових джерел із психології, педагогіки, систематизація поглядів учених на різні аспекти досліджуваної проблеми; методи збору та інтерпретації даних; спостереження; діагностичні методики оцінки сенсорної обробки; педагогічний експеримент (констатувальний і формувальний етапи); методи математичної статистики для обробки інформації, кількісного та якісного аналізу емпіричних даних.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; застосуванням методів, адекватних поставленій меті і виокремленим завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; кількісним і якісним аналізом одержаних результатів; статистичною оцінкою експериментальних даних.

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні аспектів системного підходу до розвитку сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з РСА, який базується на інтеграції принципів сенсорної інтеграції, елементів ігрової терапії та співпраці педагогів, психологів і батьків.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання результатів дослідження у практиці дошкільних освітніх закладів, інклюзивно-ресурсних центрів, реабілітаційних установ, а також у роботі практичних психологів і дефектологів. Запропоновані методичні рекомендації та програма сенсорної інтеграції можуть бути адаптовані до індивідуальних освітніх потреб кожної дитини з РСА.

База дослідження – Чернівецький приватний корекційний центр Logos.Progress. У дослідженні брали участь 10 дітей та їх батьки.

Структура роботи. Робота складається з трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Дипломна робота містить 25 таблиць, 1 рисунок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ

1.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму

Дошкільний вік (2-6 років) є критичним для формування фундаментальних когнітивних, мовленнєвих, соціальних і емоційно-регуляторних навичок дитини. Для дітей з розладами спектра аутизму (РСА) характерні складнощі у цих сферах, які проявляються з раннього віку й потребують спеціальних діагностичних, корекційних і педагогічних підходів. Однією з ключових домінант у психолого-педагогічній характеристиці таких дітей є сенсорна інтеграція – здатність організму сприймати, обробляти і адекватно реагувати на сенсорні стимули з навколишнього середовища. Зазначений аспект тісно пов'язаний із нейропсихологічним розвитком, емоційним станом, соціальною адаптацією, а також з навчальною готовністю.

У відповідності до оцінок в усьому світі, 1 людина зі 127 страждає від розладів аутистичного спектру (РАС), що є тільки усередненим показником, оскільки зареєстровані дані про поширеність хвороби значно варіюються між різними дослідженнями. Деякі ретельно контрольовані наукові дослідження свідчать про те, що реальні цифри можуть бути суттєво вищими. Наразі немає достовірної інформації про те, наскільки поширені РАС у країнах із низьким і середнім рівнем доходу [21].

Термін «аутизм» (в дослівному перекладі з грецького, слово «Auto» означає «сам») запропонував в 1908 році швейцарський психіатр і психолог Е. Блейлер (1857-1939). На думку науковця, аутизм є одним зі складових компонентів шизофренії. Головними симптомами шизофренії Е. Блейлер вважав «4 а»: «асоціації, афект, аутизм, (аутистичне мислення і / або поведінка) і амбівалентність» [6, с. 79].

Ранній дитячий аутизм (РДА) було виділено, як окремий клінічний синдром Лео Каннером [30] в 1943 році. Науковцем було описано характерні порушення у дітей і названо їх «інфантильний аутизм» (early infantile autism) чи ранній дитячий аутизм. Л. Каннер визначив найбільш характерні риси згаданого захворювання, як крайню «аутистичну самотність», затримку мовного розвитку, відмінну механічну пам'ять, стереотипію. Вчений також відносив цей розлад до шизофренії [30].

У власній першій роботі, що мала назву «Дитяча психіатрія», науковець наводить наступні ознаки, які властиві для дітей з аутизмом: «надзвичайна аутистична самотність; проблемна поведінка при будь-яких змінах обстановки і життєвого укладу; чутливість до сенсорних і тактильних впливів; обмеженість репертуару спонтанної активності; відстрочені ехолалії; надзвичайна механічна пам'ять; хороші когнітивні задатки: надзвичайна пам'ять та моторна спритність у деяких дітей» [31]. Як вважав Л. Каннер, перелічені ознаки виступають свідченням про високий інтелект, не дивлячись на те, що у ряду дітей спостерігаються суттєві складнощі з навчанням. Особи з аутизмом, на думку вченого, мають хороший пізнавальний потенціал [6, с. 81].

У 1944 році, через рік після публікації роботи Л. Каннера, австрійський психотерапевт Ганс Аспергер оприлюднив дисертацію, присвячену «аутистичній психопатії» у дітей [50]. Визначення Л. Каннера і Г. Аспергера значно збігалися, при тому, що існує версія, що вони не були знайомі з роботами один одного. Обрання терміну «аутистичний» з метою опису пацієнтів саме по собі є вагомим збігом, що показує їх загальне переконання в тому, що соціальні проблеми дітей є найбільш важливою і характерною ознакою такого порушення. Як Л. Каннер, так і Г. Аспергер дотримувались думки, що соціальний дефект при аутизмі є вродженим (за Л. Каннером) чи конституційним (за Г. Аспергером) і зберігається на все життя. Обидва згаданих науковців відзначали також труднощі зорового контакту, а також опір змінам і непереносимість тактильних контактів [31; 50].

З багатьох питань щодо аналізу дитячого аутизму у Л. Каннера і Г. Аспергера не було розбіжностей, проте здатність дітей до навчання описана ними досить протилежно. Так, Л. Каннер вважав, що його маленькі пацієнти були найбільш успішні, коли механічно зачували схему дій, а Г. Аспергер, на відміну від нього, висував думку, що його пацієнти досягали кращих результатів, «коли дитина могла проявляти спонтанність» [50], тобто науковець гадав, що діти з аутистичними порушеннями мають схильність до абстрактного мислення.

У 1979 р. Л. Винг і Ф. Гоулд ввели термін для таких порушень – розлади аутистичного спектру (РАС) [49]. Основоположні клініко-психопатологічні й медико-психологічні дослідження по дитячому аутизму були проведені В. Башиною, О. Богдашиною, К. Лебединською, О. Нікольською, Ф. Аппе, Л. Винг та іншими. При цьому, не існує єдиного погляду на етіопатогенез дитячого аутизму: одні дослідники розглядають аутизм у вигляді розладу психо-біологічного розвитку, тоді як інші – у вигляді поведінкового синдрому, аномального сприйняття світу і власного «я» [16].

До основних видів аутизму, які позначені в Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду (МКХ-11), відносяться: ранній дитячий аутизм; атиповий аутизм; синдром Ретта; синдром Аспергера [29]. Решту видів аутизму, які зустрічаються досить рідко, відносять до рубрики «інші види аутистичних розладів».

Ранній дитячий аутизм – це один з видів аутизму, при якому психічні та поведінкові розлади починають проявлятися з перших днів життя дитини [8]. Замість терміну «ранній дитячий аутизм», в медицині також використовують «синдром Каннера». За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з 100 тис. немовлят і дітей раннього віку цей вид аутизму зустрічається у 10-15 малюків. При цьому, хлопчики страждають синдромом Каннера у тричотири рази частіше, ніж дівчатка [21].

Ознаки раннього дитячого аутизму можуть почати проявлятися з перших днів життя немовляти. Матері у таких дітей відзначають порушення

реакції на слухові подразники, а також загальмованість реакції на різноманітні візуальні контакти. Протягом перших років життя у дітей виникають проблеми з розумінням мови. Ще у них відзначається затримка в розвитку мови. У дитини з раннім дитячим аутизмом до 5 років спостерігаються складнощі з соціальними взаємовідносинами і стійкі поведінкові порушення. На основі вивченої літератури узагальнимо характерні ознаки розвитку дітей з РСА в дошкільному віці на рис. 1.1.

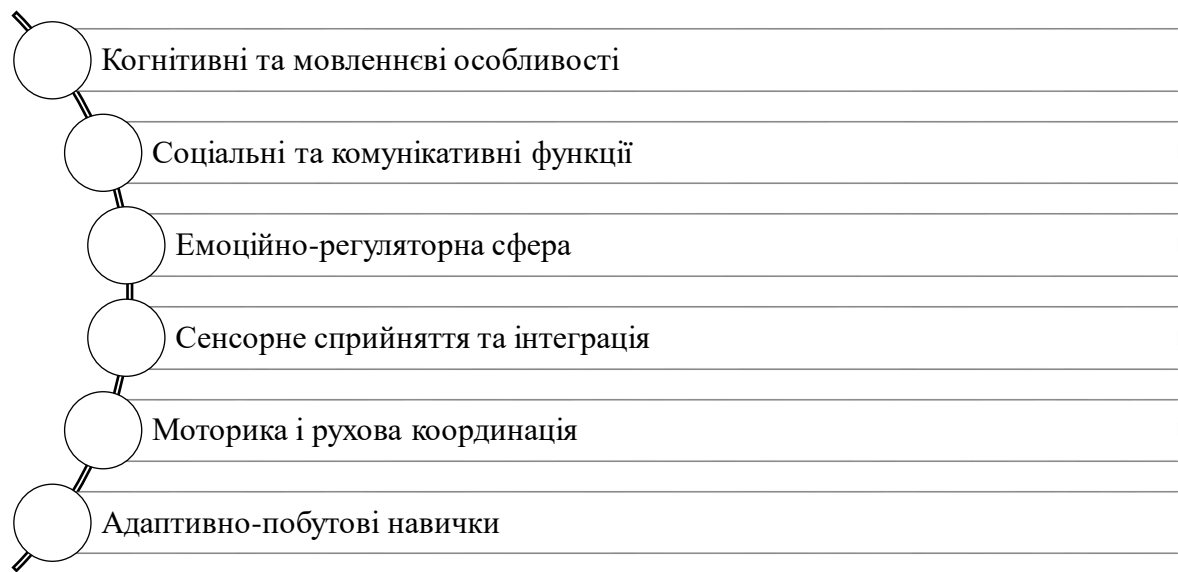


Рис. 1.1. Характерні ознаки розвитку дітей з РСА в дошкільному віці

Джерело: побудовано автором за даними [23; 28; 33]

Діти з РСА у дошкільному віці часто мають відмінності в розвитку мовлення: затримка появи першого слова чи словосполучення, обмежений репертуар словникового запасу, труднощі з граматиною, фразовим мовленням, зворотним слововживанням. У когнітивному плані можливі труднощі з абстрактним мисленням, гнучкістю, узагальненням, а також із виконанням інструкцій, що мають декілька кроків [33].

Порушення соціальної взаємодії – це один із центральних компонентів діагностичних критеріїв РСА. Дошкільники можуть не реагувати на ім'я, уникали зорового контакту, мати обмежений діапазон жестів або міміки, не ініціювати ігри чи комунікацію, або робити це однобоко. Ігрова діяльність

може бути стереотипною, репетитивною, із перевагою маніпуляцій предметами замість уявної гри [28].

Дошкільники з РСА часто мають труднощі з регуляцією емоцій: вираженіша тривожність, роздратованість, істеричні реакції при зміні режиму чи обстановки, низька толерантність до фрустрації. Зовнішні ознаки – крик, плач, агресія або самостимулюючі поведінкові прояви (наприклад, покручування рук, стукання предметів) – можуть бути реакцією на надлишкові чи недостатні сенсорні стимули [43].

Сенсорне сприйняття та інтеграція – ця сфера заслуговує особливої уваги, оскільки в останні роки значно зросла кількість досліджень, котрі доводять, що сенсорні аномалії – гіперреактивність, гіпореактивність, сенсорне шукацтво, відхилення в сприйнятті смаку, запаху, дотику, звуку, зору – є фундаментальними для багатьох дітей з аутизмом. Такі аномалії можуть ускладнювати засвоєння мовлення, соціальні контакти, навички самостійності. Наприклад, мета-аналіз науковця І. Чена виявив, що усі підтипи сенсорних обробок (SPD – sensory processing differences) корелюють із більш вираженими проблемами внутрішньої та зовнішньої поведінки; найбільші сили асоціацій були у гіперчутливості, візуальних, слухових та тактильних чутливостях. Також видно, що сенсорна нестандартна обробка запаху і смаку була меншою мірою асоційована [23].

У дошкільному віці спостерігається часто відставання у розвитку дрібної та грубої моторики: труднощі з балансом, координацією, плануванням руху, виконанням моторних послідовностей, з хватом предметів, побудовою форм, малюванням. Проблеми з моторикою тісно поєднані з сенсорними аспектами: дотику, пропріоцепції, вестибулярного сприйняття [28]. Діти з РСА можуть мати слабші навички самообслуговування: прийняття їжі, вмивання, вдягання, туалетні навички, самостійність у русі та пересуванні у побуті. Це також залежить від сенсорних чутливостей (наприклад, текстура одягу, температура, шум, продукти харчування) або від порушень інтеграції сенсорної інформації.

Дослідження останніх років підтверджують, що сенсорна інтеграція – не просто «додаткова» проблематика, а один із центральних компонентів, що формує психофізіологічні, когнітивні та соціально-емоційні характеристики дітей з аутизмом.

Так, у статті М. Супруновича розглядається, як нейропластичність може бути використана для корекції сенсорних дисрегуляцій у дітей з РСА. Автори вказують на структурні та функціональні відмінності у соматосенсорній корі, таламусі, а також на порушення з'єднань між сенсорними і асоційованими зонами мозку [45]. В роботі Р. С. Шафа підкреслено, що сенсорні ознаки в аутизмі є надзвичайно гетерогенними, що можуть співіснувати гіперреактивність і гіпореактивність, порушення мультисенсорної інтеграції, що впливають на адаптивну поведінку, тривогу, моторику, участь у побутовому й ігровому середовищі [44]. Джейсон Л. Хі акцентує увагу на необхідності чіткої термінології у дослідженнях і практиці: наприклад, розрізняти «реактивність сенсорна», «чутливість», «сприйняття», «респонсивність». Також у роботі фіксується, що різні модальності (слух, зір, дотик, пропріоцепція, вестибулярика тощо) мають свої особливості реагування [27].

Дослідницька доказова база (зокрема мета-аналізи) показує, що сенсорні відмінності часто передують або сприяють виникненню труднощів із регуляцією емоцій, тривожністю, агресивною чи небезпечною для себе або інших поведінкою. І. Чен вказує, що чим вищі показники сенсорної гіперчутливості або інші підтипи відхилень в сенсорній обробці, тим більший ризик внутрішніх (тривога, депресивні симптоми) і зовнішніх проблем поведінки [23]. Також сенсорні дисрегуляції можуть утруднювати формування уваги, що гальмує навчання, комунікаційні навички і соціальну взаємодію.

Науковці окреслюють обмеження існуючих досліджень психолого-педагогічної характеристики дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму:

- 1) недостатня кількість досліджень, орієнтованих саме на дошкільний вік, часто включають дітей з ширшим віковим спектром;
- 2) гетерогенність методологій: різні інструменти оцінки сенсорної інтеграції, різні підходи, термінологія;
- 3) недостатня кількість довготривалих (лонгітюдних) досліджень, щоб визначити, які корекційні втручання мають найбільшу і стійку ефективність;
- 4) мало даних, порівнюючих різні модальності стимулів і їх взаємодію; часто фокус на слуху і дотику, менше – на запах, смак, пропріоцепцію, вестибулярному сприйнятті [27; 45].

Отже, узагальнюючи вищенаведене, можна зробити висновок, що психолого-педагогічна характеристика дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму визначається комплексом взаємопов'язаних порушень – комунікативних, когнітивних, емоційно-регуляторних і сенсомоторних.

1.2. Особливості сенсорного розвитку та сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з РСА

Сенсорне сприйняття визначає здатність дитини отримувати, обробляти та реагувати на стимули з довкілля через різні сенсорні модальності: зір, слух, дотик, смак, запах, вестибулярну систему та пропріоцепцію. У дошкільному віці ці процеси відіграють критичну роль у формуванні мовлення, моторики, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки. Для дітей із розладом спектра аутизму сенсорні процеси часто порушені за кількома напрямками, що суттєво ускладнює їхній розвиток та потребує глибшого розуміння і своєчасного втручання.

Сенсорна інтеграція – неусвідомлений процес сприйняття та обробки нами інформації, що надходить ззовні. Відчуття подібно їжі для мозку надають тілу інформацію необхідну для керування тілом та мисленням [1].

Завдяки сприйняттю наш організм може оцінити, що відбувається навколо. Завдяки обробці ми розуміємо, що ми відчуваємо у зв'язку з цим. В

нормі, сприйняття та обробка відповідають не тільки за поточну реакцію на стимул, а й формують базу раціональної оцінки та реакції на невідомий стимул, що виступає фундаментом теоретичного навчання та соціальної поведінки [1].

Сенсорні системи поділяються за функцією на: тактильну, зорову, слухову, нюхову(ольфакторну), смакову, пропріоцептивну, вестибулярну. Кожна з перерахованих систем у нормі без проблем справляється з інформацією, що надходить. Також, сприйняття та обробка інформації можуть бути порушеними, стимули можуть бути більш (гіпер-) чи менш (гіпо-) вираженими.

Дошкільний вік грає визначну роль у формуванні сенсорної інтеграції. Від народження в нас є базовий рівень сенсорної інтеграції, що розвивається під впливом взаємодії зі світом. Від найпростішої взаємодії з іграшками до академічних навичок. Дитина, яка має низький рівень обробки сенсорної інформації може відчувати значні складнощі в процесі виконання простих завдань, особливо пов'язаних з тими системами сприйняття яких є нижчим. Низький рівень обробки сенсорної інформації може різнитись за гіпо- чи гіперчутливістю систем в залежності від конкретної дитини. Найчастішим поєднанням порушення сенсорних систем у дошкільному віці є: тактильна, вестибулярна та пропріоцептивна [37].

Сенсорне виховання спрямоване на налагодження роботи сенсорних систем, а саме на формування адаптивної відповіді на стимул. Враховуючи стрімкий розвиток сенсорної інтеграції в дитинстві, сенсорне виховання набуває особливого значення в дошкільному віці. У разі порушення сприйняття та обробки робота спрямована на збагачення досвіду, проте коли аналізатор не функціонує сенсорне виховання має на меті сприяння компенсації відсутньої системи тими що працюють в більшій мірі.

Дослідження свідчать, що більшість дітей 3-6 років з РСА мають значні відмінності у сенсорній обробці в порівнянні з дітьми типового розвитку. За допомогою опитувальників-профілів сенсорного сприйняття (наприклад,

Short Sensory Profile, Sensory Processing Measure) встановлено, що майже 95% дітей з аутизмом демонструють порушення хоча б у одній сенсорній модальності, з особливо вираженими труднощами в таких сферах, як дотик, фільтрація звуків, відчуття тіла і слухова обробка [25].

В дослідженні з участю близько 400 дошкільників із РСА виявлено, що сенсорні профілі значущо покращують (або, принаймні, прогнозують) мовленнєвий розвиток, моторні навички, а також адаптивну поведінку. Наприклад, діти з менш вираженими сенсорними труднощами мали кращі показники у прийомному та експресивному мовленні, у дрібній та грубій моториках, ніж ті, у кого сенсорні порушення серйозніші [46]. Також доведено, що сенсорні характеристики у дітей із РСА мають високу стабільність протягом дошкільного віку. У лонгітюдному дослідженні Л. П. Репетто було встановлено, що сенсорні особливості, що фіксуються у віці приблизно трьох-чотирьох років, зберігаються до шести років, незалежно від рівня когнітивного розвитку чи загального ступеня аутичної симптоматики [39].

Серед сенсорних модальностей діти з РСА часто мають:

1) дотик і тактильний сприйом, що включає або надчутливість до дотиків, або навпаки – знижене сприйняття, небажання контакту, уникання або сильна реакція на дотик;

2) слухова фільтрація – труднощі в ігноруванні зайвих звуків, високий рівень роздратування аудіостимулами, особливо від фонового шуму або мульти-звукових джерел;

3) зорові стимули – надмірне реагування на яскраве світло, на рухомі об'єкти; або, з іншого боку, зосередження на деталях (локальних компонентах) візуального об'єкта, зниження здатності сприймати глобальні властивості сцени чи образу;

4) вестибулярні та пропріоцептивні системи – порушення в балансі, статичній та динамічній стійкості, відчутті пози тіла; надмірна потреба в руховій стимуляції або уникання руху; труднощі в умовах, коли потрібно

інтерпретувати змінні сенсорні подразники (наприклад, підлога з нерівностями, рухомий транспорт);

5) мультисенсорна інтеграція – здатність синхронно та узгоджено обробляти інформацію з різних модальностей часто знижена; тимчасова узгодженість стимулів, сприйняття просторових і темпоральних аспектів стимулів ефективніше у типового розвитку, ніж у дітей з РСА [45].

Наукові дані свідчать, що сенсорні аномалії у дітей з РСА можуть мати нейробіологічні та нейропсихологічні підґрунтя:

1) змінена обробка сенсорних сигналів на рівні центральної нервової системи, включно з корою (зоровою, слуховою, соматосенсорними зонами), таламусом, а також порушення зв'язків між сенсорними зонами і асоціативними центрами;

2) недостатня або надмірна модуляція стимулів, що проявляється у порушеннях фільтрації, у здатності гальмувати або пригнічувати сенсорну інформацію, яка не є релевантною;

3) взаємозв'язок сенсорного сприйняття й моторики: наприклад, погіршена координація рухів або дрібна моторика може бути одночасно й наслідком сенсорних дефіцитів, особливо у тій частині, що стосується пропріоцептивної або вестибулярної систем;

4) діти з аутизмом можуть мати відмінності у сприйнятті темпоральних аспектів стимулів (часові характеристики) або у тому, як швидко чи точно вони реагують на зміну сенсорних стимулів. Ф. Коельо у своїй роботі вказує, що, хоча діти з аутизмом можуть бути точнішими у виконанні візуальних чи слухових темпоральних завдань, вони потребують більше часу на реакцію [24].

Сучасні роботи дослідників зосереджують увагу на механізмах мозкової діяльності й нейрохімії, які можуть лежати в основі сенсорної дисфункції. У дослідженні на базі електроенцефалографії та спектроскопії магнітно-резонансної томографії виявлено, що у дітей з РСА спостерігається зниження альфа-активності в стані спокою, що може корелювати з підвищеною

реактивністю на сенсорні стимули. Крім того, існують дані про дисбаланс між збудливими і гальмівними нейротрансмітерами (excitation/inhibition imbalance), який може ускладнювати фільтрацію сенсорних сигналів або призводити до надмірної реакції [40].

Інший аспект – роль коркових і підкоркових структур, таких як таламус, соматосенсорна кора, зорові й слухові області, а також області, що відповідають за асоціативну інтеграцію. Наприклад, дослідження показують, що при порушеннях мереж, які забезпечують мультисенсорну обробку, зменшується capacity синхронізувати сигнали з різних модальностей у часовому вимірі, що призводить до «розірваної» або фрагментованої перцепції [37].

Особливості сенсорного сприйняття тісно переплітаються з мовним розвитком, соціальною взаємодією, адаптивною поведінкою і моторними навичками. Діти з гіперреактивністю часто мають більшу тривожність, можуть уникати мовних стимулів, що ускладнює розвиток слухового сприймання і комунікацій. Те, що дитина знижено реагує або шукає сенсорні речі, може впливати на її моторику, оскільки, наприклад, слабкий пропріоцептивний сигнал або нестійкість вестибулярної системи зменшують можливості для балансуєчих і координаційних завдань. В дослідженні С. Д. Томчека показано, що сенсорні профілі можуть передбачати рівень розвитку як моторики, так і мовлення, а також адаптивних навичок у дошкільному віці [46].

Крім того, навколишні умови, у яких перебуває дитина – домашнє, освітнє середовище, режим, освітлення, шум тощо – можуть або сприяти регуляції сенсорного навантаження, або ж додатково спричиняти дискомфорт. До прикладу, Е. Пілер вказує, що фізичні та часові характеристики дошкільного оточення (такі як темп, зміни, освітлення, шум) роблять середовище більш або менш сприятливим для участі дитини в активностях [41].

Через стабільність сенсорних особливостей і їхній вплив на розвиток мовлення, адаптивної поведінки й участі в соціумі, важливим є раннє виявлення і втручання. Зростає кількість досліджень, які підказують, що інтервенції, які адресують сенсорну дисфункцію (регуляція чутливості, поліпшення мультисенсорної інтеграції, тренування уваги до сенсорних стимулів), можуть покращити пов'язані сфери розвитку. Огляд М. Супрунович та колективу співавторів висвітлює можливості використання принципів нейропластичності для таких втручань [45]. Окремо, важливим є адаптування освітніх і соціальних середовищ – зменшення непотрібного сенсорного шуму, стабільний режим, передбачувані зміни, використання візуальних підказок, контроль рівня стимулів. Такий підхід може сприяти кращій участі дітей у ігрових та освітніх активностях і зменшенню поведінкових реакцій на перевантаження.

Узагальнимо особливості сенсорного розвитку та сприйняття у дітей дошкільного віку з розладом спектра аутизму окреслено в Додатку А.

Кожна сенсорна система може проявляти як гіпо-, так і гіперчутливість, що безпосередньо впливає на емоційно-поведінкову регуляцію, мовленнєвий, когнітивний та моторний розвиток. Відповідно, ефективна психолого-педагогічна підтримка повинна ґрунтуватися на індивідуальному сенсорному профілі дитини, створенні контрольованого середовища та цілеспрямованому використанні сенсорної інтеграції як засобу корекції і розвитку [7, с. 75].

Ранні сенсорні відмінності створюють ризики, якщо ігноруються, зокрема такі як обмежена участь дитини в ігрових, соціальних і повсякденних активностях, через уникання або надмірне збудження сенсорних стимулів; відкладення мовного розвитку, зниження якості комунікативної взаємодії, оскільки дитина може бути перевантажена чи ігнорувати стимул; погіршення моторних здібностей: баланс, координація, дрібна моторика – що може обмежувати можливості самостійності; підвищена тривожність, проблеми з поведінкою, емоційна дестабілізація – усе це може бути реакцією на

непередбачувані сенсорні стимули або порушення здатності їх фільтрувати [25].

Отже, сенсорне сприйняття не є ізольованою проблемою, а інтегрованою частиною розвитку, що впливає на багато інших сфер.

Таким чином, сенсорний розвиток дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму має комплексний характер і виявляється у специфічному поєднанні гіпер- та гіпочутливості різних сенсорних систем. Зазначені особливості визначають темп і якість формування мовлення, моторики, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки. Порушення сенсорної інтеграції впливають не лише на безпосередню реакцію дитини на стимули, а й на здатність до навчання, регуляції емоцій і поведінки

1.3. Використання сенсорних ігор, вправ та обладнання у розвитку сенсорного сприйняття

У дошкільному віці сенсорні ігри, вправи та спеціалізоване обладнання стають важливим складником корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають розлад спектра аутизму.

З огляду на характерні сенсорні порушення – варіабельність порогів стимуляції, дисбаланс між збудженням і гальмуванням, порушення мультисенсорної інтеграції – такі втручання спрямовані на покращення здатності дитини сприймати стимули, адекватно реагувати на них, зменшити сенсорну надчутливість або компенсувати гіпочутливість. В контексті освітнього і терапевтичного процесу це означає, що сенсорні ігри й обладнання мають бути ретельно обрані, адаптовані до індивідуального сенсорного профілю дитини, включати контрольований досвід і регуляцію стимулів.

Гра для дітей дошкільного віку є ключовою діяльністю, що поряд із вправами слугує ефективним засобом педагогічного впливу. Використання гри пришвидшує формування перцептивних дій з обстеження об'єктів, в також

формування уявлень про колір, форму та величину предметів й засвоєння дітьми назв сенсорних еталонів. Перцептивні дії при цьому являють собою здатність повноцінно обстежувати предмети, спираючись на вже набутий досвід (узагальнені системи сенсорних еталонів). Дидактичні ігри відіграють роль перехідної ланки від гри до навчання: у них навчальна мета не оголошується дітям прямо, а перцептивні завдання ставляться опосередковано через ігрові засоби. Таким чином, найбільша ефективність досягається, коли отримання нових знань стає для дитини необхідною умовою для успішного вирішення ігрового завдання. Через дидактичні ігри відбувається ознайомлення дітей з порушеннями інтелектуального розвитку з сенсорними еталонами і їх системами, формуються уявлення про них, які при виконанні практичних завдань узагальнюються та відтворюються, а відтак – і збагачують особистісний досвід дитини [17, с. 335].

Розглянемо принципи застосування сенсорних ігор і вправ у розвитку сенсорного сприйняття дошкільників з РСА:

1) першим принципом є дозованість стимулів. Сенсорні вправи мають розпочинатися з мінімального рівня стимуляції, поступово її збільшуючи, відповідно до реакцій дитини. Це дозволяє уникати сенсорного перевантаження та сприяє формуванню толерантності до стимулів;

2) другим принцип – мотивація і дозвіл контролю: дитина має можливість обирати, які stimuli (стимули) випробовувати, які інтенсивності або якості стимулів є комфортними; автономія стимуляційних виборів може зменшувати травматичні реакції, знижувати підвищену тривожність;

3) третім важливим принципом є інтерактивність і залучення всіх відчуттів, але без надмірності: рух, дотик, звук, зорові зміни, іноді запах чи текстура, проте кожен стимул має бути зрозумілим, а також передбачуваним. Вправи мають бути частиною ігрового контексту – через гру, пересування, сюжетні завдання – щоб вони були природними для дитини, а не нав'язливими [32].

Спеціалізоване обладнання включає так звані багатосенсорні середовища (multisensory environments, MSE або кімнати Snoezelen), обладнання для глибокого тиску, вестибулярні гойдалки, балансувальні дошки, інтерактивні підлоги, сенсорні панелі, пуфи, текстуровані матеріали, світлові елементи, аудіо стимули. У багатосенсорних кімнатах діти можуть випробовувати різні чуттєві стимули у безпечному, контрольованому середовищі. Це дає змогу вивчати власні реакції на стимул, тренувати здатність саморегуляції, підтримувати увагу і зменшувати частоту або інтенсивність стереотипних, повторюваних рухів. Одне з досліджень показало, що популярними серед обладнання MSE є «бульбашкова трубка» (bubble tube), дошки з тактильними або світловими елементами, сенсорні панелі, і що діти частіше взаємодіють з обладнанням, яке стимулює зорові, тактильні або слухові модальності. Обладнання менш інтенсивне або менш стимулююче обирається рідше [47].

Сенсорні ігри можуть бути організовані вдома, в садочку чи в терапевтичному кабінеті. Досвід домашніх сенсорних інтервенцій показує, що при відповідній підтримці батьків чи опікунів такі заняття зменшують прояви надмірної гіперактивності, моторних стереотипій і підвищеної слухової чутливості [38].

У грі із сенсорними елементами дитина може отримувати стимуляцію через взаємодію з матеріалами, які мають відмінні текстури, температуру, форму чи рух. Наприклад, вправи з матеріалами, що змінюють температуру або вологості, або з різними видами поверхонь – усе це стимулює тактильну чутливість і сприяє прийому та обробці дотику. Використовуючи гойдалки або інші рухові прилади, дитина отримує вестибулярну стимуляцію – рух у просторі, баланс, адаптацію руху до зміни положення тіла, що сприяє розвитку почуття простору й відчуття власного тіла [18]. За допомогою інтерактивних панелей чи світлових та звукових пристроїв дитина може опрацьовувати аудіовізуальні стимули – реагувати на зміну кольору, яскравості, темпу звуку, відволікання фону, що допомагає тренувати здатність концентрувати увагу,

фільтрувати небажані стимули та витримувати сенсорні відхилення. Ігрові завдання, які поєднують рух із звуками чи візуальними ефектами (наприклад, пересування до певної точки, реагування на вказівники чи зміни світла), сприяють формуванню узгодженої моторної поведінки та розвитку уваги, оскільки дитина має координувати фізичні дії з сенсорними сигналами та знати, як на них реагувати [13].

Використання сенсорних ігор і спеціального обладнання у дітей з РСА часто призводить до покращення участі у діяльності, зниження частоти проблемної поведінки, зменшення тривожності, покращення моторних навичок, дрібної моторики, збільшення можливості самостійності. Наприклад, дослідження застосування «ігрової сенсорної інтеграції» показало статистично значущу редукцію поведінкових проблем у дошкільників з тяжкою формою РСА після чотирьох тижнів інтервенції, включаючи заняття з сенсорними вправами та іграми [42]. Також рандомізовані контрольовані проби підтверджують, що участь батьків у сенсорних іграх дома посилює ефект втручання [22].

С. В. Трикоз стверджує, що вдосконалення сенсорного розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями інтелектуального розвитку можливо за рахунок використання дидактичних ігор та вправ, що мають застосовуватись у сенсорному вихованні дітей у певній етапності. Дана послідовність визначається структурою перцептивної діяльності дитини. За умови урахування послідовності, визначених методів і прийомів навчання, а також особливостей сприймання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку застосування дидактичних ігор та вправ є ефективним засобом їхнього сенсорного виховання [17, с. 343] (окреслено в Додатку Б).

Сенсорні ігри, вправи й спеціалізоване обладнання можуть охоплювати різні модальності (зір, слух, дотик, вестибулярна, пропріоцепція) та забезпечувати цілеспрямовану стимуляцію сенсорного сприйняття у дітей з РСА. Ефект такої роботи полягає у корекції сенсорної чутливості, покращенні моторики, збільшенні участі дитини у ігровій та соціальній діяльності,

зменшенні стресових або дезадаптивних реакцій. Проте, важливо відмітити, що успішність застосування цих інструментів істотно залежить від індивідуального сенсорного профілю дитини, тонкого дозування стимулів, безпечного середовища та контролю фахівця або вихователя.

А. Р. Погосян виокремлює наступні переваги використання сенсорних ігор:

1) сенсорні ігри є привабливим видом діяльності для дитини, забезпечуючи емоційно-насичений фон логопедичних занять і подолання мовленнєвого негативізму;

2) краще запам'ятовується тільки найбільш значуща для дитини частина тематичної лексики;

3) сенсорний досвід, який був набутий при спеціально організованому навчанні, дозволяє не заучувати мову механічно, а сприяє її спонтанному формуванню;

4) на кожному занятті, виходячи з його теми і мети, стимулюється кілька видів сприйняття. Так, задіявши якомога більше сенсорних стимулів для сприйняття предмета, ми створюємо емоційну ситуацію для дитини, в якій вона краще і швидше запам'ятає цей предмет і його назву;

5) на заняттях використовуються реальні предмети, діти бачать їх колір, розмір, форму тощо, можуть торкнутися, понюхати і спробувати на смак, послухати їх звучання, якщо ж ми не маємо можливості застосовувати в роботі реальні предмети, то для стимулювання зорового сприйняття використовуються предметні картинки та іграшки, які є наближеними до реальності [11, с. 25].

Проте існують деякі обмеження, оскільки не будь-яке обладнання є доступним або прийнятним для кожної дитини, так як індивідуальні відмінності в сенсорному профілі можуть означати, що стимул, який корисний для одного, для іншого буде нестерпним або викликати перевантаження. Контекст гри теж має доволі вагоме значення – середовище, умови, підтримка фахівця або опікуна можуть значно впливати. Крім того, час, частота і

тривалість застосування мають бути адаптованими; за відсутності системності ефект слабшає. Існує також потреба в стандартизованих протоколах застосування сенсорних ігор та обладнання, а також у якісному оцінюванні ефектів [22].

Таким чином, можемо узагальнити, що сенсорні ігри, вправи та спеціалізоване обладнання є потужним засобом у розвитку сенсорного сприйняття дошкільників з РСА.

Висновки до першого розділу

Таким чином, можемо сформулювати наступні висновки:

1. Сенсорна інтеграція виступає ключовим чинником, що забезпечує гармонійний розвиток дитини, її здатність до навчання, адаптації й формування соціальних зв'язків. Сучасні дослідження підтверджують, що сенсорна дисрегуляція є базовим компонентом РСА, який впливає на розвиток мовлення, моторики, емоційної сфери та поведінкових реакцій. Для ефективної психолого-педагогічної підтримки таких дітей необхідно враховувати нейропсихологічні механізми обробки сенсорної інформації, розробляти індивідуалізовані програми, спрямовані на підвищення сенсорної адаптивності, а також інтегрувати підходи сенсорної терапії у структуру дошкільної освіти.

2. У дошкільному віці, коли сенсорні системи перебувають у фазі активного формування, своєчасне виявлення сенсорних дисфункцій та побудова педагогічної взаємодії на основі індивідуального сенсорного профілю є ключовими умовами ефективної корекційно-розвивальної роботи. Сенсорне виховання, спрямоване на формування адаптивної відповіді на подразники, сприяє підвищенню рівня нейропсихологічної інтеграції, покращенню когнітивних і мовленнєвих функцій, зниженню тривожності та розвитку соціальної компетентності дітей з РСА.

3. При правильному підході – з урахуванням індивідуальних сенсорних потреб, забезпеченням дозованості стимулів, мотивації дитини та участі в ігровій діяльності – сенсорні ігри, вправи та спеціалізоване обладнання здатні стимулювати обробку сенсорної інформації, покращити реакцію на сенсорні стимули, знизити прояви надчутливості або компенсувати гіпочутливість, сприяти розвитку моторики, уваги, адаптивної поведінки і соціальної взаємодії. Водночас, щоб досягти стабільних і значимих результатів, потрібна системність, контроль середовища, участь батьків і фахівців, а також ретельний підбір обладнання і вправ відповідно до кожного випадку.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

2.1. Методика дослідження сенсорного сприйняття у дітей з РСА

Дослідження сенсорного сприйняття у дітей дошкільного віку з розладом спектру аутизму має важливе значення для виявлення особливостей розвитку їх сенсорної сфери, вивчення шляхів її корекції та оптимізації педагогічного впливу.

Метою дослідження є визначення особливостей сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з РСА та перевірка ефективності програми сенсорної інтеграції у корекційно-розвивальній роботі з дітьми, що мають особливі освітні потреби.

Завдання дослідження включали:

- 1) вивчення науково-теоретичних підходів до проблеми сенсорного розвитку дітей з РСА;
- 2) визначення вихідного рівня сенсорного сприйняття дітей експериментальної групи (констатувальний етап);
- 3) розробку та апробацію програми сенсорної інтеграції (формульальний етап).
- 4) порівняння результатів після впровадження програми (контрольний етап) для визначення динаміки розвитку сенсорного сприйняття.

Дослідження проводилося на базі закладу дошкільної освіти компенсуючого типу для дітей з особливими освітніми потребами. У вибірку увійшли 10 дітей старшого дошкільного віку (від 5 до 6 років), серед яких 7 хлопчиків і 3 дівчинки з діагнозом розладу спектру аутизму легкого та середнього ступеня прояву.

Усі діти мали збережений інтелектуальний потенціал, але характеризувалися різним рівнем розвитку мовлення, емоційної регуляції та сенсорної чутливості.

Дослідницька робота здійснювалася у три етапи:

1. Констатувальний етап – на цьому етапі проводилося вивчення індивідуальних сенсорних профілів дітей. Застосовувалися такі методи, як спостереження за поведінкою дитини у різних сенсорних ситуаціях (ігрова діяльність, маніпуляції з предметами, взаємодія з дорослими), бесіди з батьками, а також аналіз анкет, спрямованих на визначення проявів гіпер- та гіпочутливості. Спостереження дозволяло фіксувати реакції дітей на звукові, тактильні, зорові, смакові, нюхові та пропріоцептивні стимули. Бесіди з батьками допомагали уточнити поведінкові особливості дітей у домашніх умовах, їх харчові, ігрові та сенсорні уподобання.

2. Формувальний етап – здійснювалася розробка та впровадження програми сенсорної інтеграції, побудованої на засадах методики Дж. Айрес. Програма включала цикл сенсорних занять, що охоплювали вправи для розвитку вестибулярного, тактильного, зорового, слухового та пропріоцептивного сприйняття. Кожне заняття мало чітку структуру:

- підготовча частина (сенсорна розминка);
- основна (вправи та ігри сенсорної інтеграції);
- завершальна (релаксація, узгодження дихання та рухів).

Основними принципами організації занять були індивідуалізація підходів, поступове ускладнення завдань, створення ситуацій успіху, врахування емоційного стану дитини та її готовності до взаємодії.

3. Контрольний етап – після завершення формувальної роботи проводилося повторне обстеження дітей за тими ж критеріями, що й на констатувальному етапі. Метою цього етапу було визначення позитивних змін у сенсорній сфері: зниження рівня тривожності у відповідь на сенсорні стимули, збільшення концентрації уваги, покращення моторної координації та зростання адаптивності до нових сенсорних ситуацій. Результати

аналізувалися шляхом порівняння показників до і після впровадження програми.

Методика дослідження базувалася на системному підході до вивчення сенсорних процесів, враховуючи взаємозв'язок між сенсорними, емоційними та поведінковими реакціями дитини. Основним інструментом збору емпіричних даних було систематичне спостереження, яке проводилося за єдиним планом, що включав реєстрацію таких параметрів:

- реакція на звук, дотик, рух;
- тривалість зосередження уваги;
- рівень ініціативності в сенсорній грі;
- прояви уникання або надмірного збудження при стимуляції.

Для підвищення достовірності результатів спостереження проводили два педагоги одночасно, що дозволяло мінімізувати суб'єктивні похибки.

Особлива увага приділялася бесідам з батьками, які допомагали зібрати якісні відомості про поведінкові реакції дітей у звичних умовах. Обговорення стосувалися таких аспектів, як особливості сну, реакції на побутові звуки, харчова вибірковість, переваги у дотиках та текстурах, толерантність до зміни середовища. Це дозволило комплексно оцінити сенсорний профіль кожної дитини.

Програма сенсорної інтеграції, розроблена у межах дослідження, передбачала поєднання вправ на рівновагу, орієнтацію у просторі, розпізнавання тактильних відчуттів, вправ для дрібної моторики та координації рухів. Важливим елементом було створення сенсорного простору з використанням спеціального обладнання – балансувальних дощок, тунелів, сенсорних доріжок, м'яких модулів, текстурних мішечків, світлових панелей тощо. Кожна вправа добиралася з урахуванням індивідуальних сенсорних потреб дітей і рівня їх сенсорної толерантності.

Під час реалізації програми спостерігалось поступове підвищення рівня залучення дітей у сенсорну діяльність, зменшення уникання контактів із певними стимулами, зростання здатності до саморегуляції. Таким чином,

використання методу сенсорної інтеграції виявилось ефективним інструментом розвитку сенсорного сприйняття та корекції поведінкових особливостей у дошкільників з РСА.

Застосована методика ґрунтується на класичній теорії сенсорної інтеграції, започаткованій Дж. Айрес, яка трактує сенсорну інтеграцію як процес, в ході якого нервова система отримує, організовує та використовує сенсорні сигнали з власного тіла і довкілля, забезпечуючи адекватне функціонування у середовищі. Опитувальник EASI (Evaluation in Ayres Sensory Integration®) – результат наукової роботи команди CLASI (Collaborative for Leadership in Ayres Sensory Integration) (К. Олд-Райт, Е. Б. Морі, А. К. Кестер, З. Майлу, С. С. Ролі) та покликаний оцінити ключові компоненти сенсорної інтеграції у дітей віком від 3 до 12 років [35; 44].

Оскільки в контексті нашого дослідження виникли обмеження щодо використання оригінальних авторських інструментів (EASY/CLASI-based), було вирішено застосувати адаптований опитувальник, створений на основі принципів системи EASI, із врахуванням вікових і мовних особливостей дошкільного контингенту з РСА.

Методика на основі протоколів діагностики сенсорної інтеграції за Айрес базується на таких ключових принципах:

- індивідуалізація впливу – кожна дитина має власний сенсорний профіль, тому вправи добираються залежно від її гіпер- чи гіпочутливості до певних стимулів;
- поступовість стимуляції – інтенсивність впливу збільшується від простих сенсорних завдань до більш складних інтегрованих дій;
- активна участь дитини – педагог не нав'язує дій, а створює умови, у яких дитина сама шукає сенсорні відчуття та реагує на них;
- безпечне середовище – заняття проводяться у спеціально облаштованому сенсорному просторі з використанням безпечного обладнання;

– ігровий характер взаємодії – ігрові ситуації забезпечують емоційне залучення, мотивацію та позитивне підкріплення [20].

Для оцінки стану кожної сенсорної системи визначено такі критерії сенсорних систем у дітей з РСА:

1) тактильна система: оцінюється чутливість до дотику (гіпер- або гіпочутливість), реакція на текстури, контакти, реакція на дотики до обличчя, рук, тіла; наявність уникання дотику чи навпаки – прагнення до інтенсивних тактильних стимулів; критерії оцінки окреслено в Додатку В;

2) зорова система: чутливість до світла, кольору, блиску, рухомих об'єктів; здатність глобального сприйняття сцени, фокусування зору, слідкування за рухом; уникання або гіперреакція на зорові стимули. Критерії оцінки окреслено в Додатку Г;

3) слухова (аудіальна) система: оцінка реакції на звуки, рівень фонових шумів, здатність ігнорувати небажані звуки, реактивність до голосу, музики або шумів; характер поведінки при гучних чи раптових звуках; критерії оцінки окреслено в Додатку Д;

4) пропріоцептивна система: відчуття положення тіла в просторі, м'язово-суглобове відчуття, здатність контролювати силу руху, координацію, рівновагу, наведення руки/ ноги до цілі; реакція на тиск і навантаження; критерії оцінки окреслено в Додатку Е;

5) вестибулярна система: оцінка балансу, рівноваги, реакції на зміну положення тіла, рухи, переміщення; реакція на гойдання, перевороти, зміни висоти; небажання/прагнення до руху; критерії оцінки окреслено в Додатку Є;

7) інтероцептивна система: за питаннями до батьків (наскільки чи реагує дитина на біль та наскільки гостро) ; критерії оцінки окреслено в Додатку Ж;

6) смакова та нюхова системи: реакція на запахи і смаки, відраза або навпаки – надмірна зацікавленість, обмеженість харчового вибору, реакції на запах/смак; адаптація до нових смакових/нюхових стимулів; критерії оцінки окреслено в Додатку З [34; 44].

У ході дослідження сенсорного сприйняття дітей дошкільного віку з розлади спектра аутизму було проведено індивідуальне обстеження, яке тривало приблизно 30-45 хвилин для кожної дитини.

Під час обстеження застосовувались такі методи:

- спостереження дитини під час серії спеціально підібраних ігор та вправ (наприклад, дотикові стимуляції, рухові завдання, звукові/зорові репліки);
- бесіда з батьками, під час якої збиралась інформація про сенсорні реакції дитини в домашньому середовищі, її поведінку при звуках, дотику, русі, а також про адаптацію до сенсорних стимулів;
- використання проб/вправ: серії стимулів (тактильних, слухових, вестибулярних, зорових) з поступовим нарощуванням чи зменшенням інтенсивності, а також спеціальні ігри, в яких дитина мала можливість самостійно реагувати чи ініціювати взаємодію.

За результатами спостереження та аналізу інформації від батьків були здійснені висновки щодо сенсорного профілю кожної дитини: чи проявляються підвищена або знижена чутливість у різних сенсорних системах, чи дитина використовує активні/пасивні стратегії саморегуляції, та які корекційні потреби мають бути враховані.

Початковий етап діагностики передбачав складання індивідуальної карти сенсорного профілю дитини за результатами адаптованого опитувальника, спостереження та бесід із батьками. Далі було сформовано програму сенсорної інтеграції, що враховує конкретні сенсорні потреби та переваги дитини. Заняття проводяться 2-3 рази на тиждень у спеціально облаштованому просторі (сенсорній зоні чи кімнаті) із використанням обладнання (гойдалки, балансувальні дошки, текстурні матеріали тощо). Після завершення курсу – повторна діагностика сенсорного профілю з аналізом динаміки. Методика передбачає також включення батьків у процес, надання рекомендацій для сенсорної підтримки вдома та створення сенсорної дієти.

2.2. Результати дослідження та їх аналіз

Сенсорні відмінності є одним із найстійкіших маркерів фенотипу дітей з розладами спектра аутизму у дошкільному віці, впливаючи на мовленнєвий розвиток, праксис, увагу, емоційно-поведінкову регуляцію та участь у повсякденних видах діяльності. Представимо результати діагностики сенсорного сприйняття у дітей дошкільного віку з РСА. Діагностика проводилася індивідуально й охоплювала спостереження у структурованих ігрових ситуаціях, бесіди з батьками/законними представниками, а також виконання низки проб і вправ на оцінювання тактильної, зорової, слухової, пропріоцептивної та вестибулярної систем, смаково-нюхової та інтероцептивної чутливості. Оцінювання здійснювалося за критеріями, релевантними для дошкільного віку, з фіксацією проявів гіпер-/гіпочутливості, порушень сенсорної дискримінації й ознак сенсорного «пошуку», а також впливу сенсорних стимулів на поведінку, увагу, праксис і саморегуляцію. Діагностичні карти дітей дошкільного віку з РСА наведено в додатку II. Аналіз спрямований на виявлення домінантних зон ризику та формування практично орієнтованих висновків для подальшого планування корекційно-розвиткової програми сенсорної інтеграції.

Варто зазначити, що відсутність відповідей на окремі завдання або неповні дані в окремих протоколах пов'язана не з технічними обмеженнями чи відсутністю компетенцій у дитини, а з типовими для дітей з розладами спектра аутизму особливостями поведінкової та емоційної регуляції. Частина дітей демонструвала вибіркоче прийняття участі у вправах, ігнорування інструкцій або активне уникання певних сенсорних стимулів, що може бути проявом сенсорного перевантаження, тривоги чи протестної реакції. Таке «бойкотування» окремих завдань є звичним явищем у контексті сенсорної діагностики дітей з РСА і відображає їхню потребу в контролі над середовищем та темпом взаємодії. Тому інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням цих особливостей, з акцентом не лише на

фактичне виконання завдання, а й на поведінкові прояви під час спроби його виконати.

Діагностика тактильної системи свідчить, що у вибірці переважає поєднання тактильних порушень розрізнення з елементами модулювальних збоїв (гіпер-/гіпочутливість) і «орального пошуку» (сенсорного шукацтва в оральній зоні). Типові наслідки: уникання або, навпаки, активний пошук певних текстур; непослідовні реакції на легкий дотик; труднощі з тонкими маніпуляціями (окреслено в Додатку І).

Найчастіше фіксуються порушення розрізнення (8/10), причому у 5/10 поєднані з оральним компонентом (оральний пошук/оральна дискримінація). Модулювальні збої більш виражені у Поліни та Марка (локальна гіперчутливість/гіпер + пошук). Практичними наслідками можуть бути вибірковість щодо одягу/текстур, складнощі в дрібній моториці та самообслуговуванні, підвищений ризик перевантаження при неочікуваних доторках.

У діагностованих дітей поширені труднощі з візуальною увагою/переключенням, конвергенцією, у частини дітей – з «вікном сприйняття» та просторовою перцепцією. В окремих випадках (Богдан) відзначається гіперреактивність до зорових стимулів (окреслено в Додатку І).

Найчастіший «вузол» – конвергенція (проблемні: Богдан, Марк, Максим; слабка – Поліна, Данило), і увагово-комунікативний компонент («так/ні» у більшості «–»). Практично важливо упорядковувати візуальне поле (менше «візуального шуму»), подавати матеріал поетапно, тренувати плавні саккади/переключення та короткі конвергенційні вправи в ігровому форматі.

За результатами діагностики аудіальної системи у багатьох дітей – порушення розрізнення (фонемне/нелінгвальне), у частини – гіперреактивність на низькоінтенсивні звуки чи раптові шуми; трапляється сенсорний пошук аудіостимулів. Деяким дітям легше з музичними інструментами, ніж із побутовими звуками або вербальною інструкцією (окреслено в Додатку І).

Ключова проблема – нестійка/слабка аудіальна диференціація (8/10), інколи на тлі гіперреактивності або пошуку звуку. Рекомендовано: візуальні дублювання інструкцій, керування акустичним фоном, використання музичних маркерів та чітких звукових сигналів, поступове введення «складних» шумів (десенсibilізація).

Результати діагностики пропріоцептивної системи свідчать, що у більшості – гіпочутливість і/або порушення розрізнення суглобово-м'язових сигналів, що відбивається на праксисі (послідовності рухів, наслідуванні), контролі сили/пози, статичній стійкості (часто руки та ноги по-різному) (окреслено в Додатку К).

Найчастіше – гіпочутливість/слабка дискримінація в ногах/кистях, порушена стабілізація голови у частини дітей (Христина, Марк, Поліна). Це обґрунтовує включення вправ «важкої роботи», глибокого тиску, ритмізованих послідовностей рухів і пропріоцептивних підказок у побутових діях.

У дігностованих дітей переважають труднощі антигравітаційних поз, балансу та толерантності до руху. У частини дітей спостерігається сенсорний пошук вестибулярних стимулів, але з одночасною слабкою організацією відповіді (низька якість позиційного праксису, негатив на тестах при високій поведінковій потребі в русі) (окреслено в Додатку Л).

Антигравітаційні проби (одночасне піднімання голови/кінцівок) проблемні у більшості ($\geq 8/10$), так само як і баланс/стійкість. Для частини (Поліна) – додатковий маркер у вигляді ністагму. Рекомендовано: дозовані гойдалки/балансири, поступова зміна поверхонь, короткі інтенсивні «вікна руху» між когнітивними завданнями.

За даними діагностики інтероцептивної системи у більшості – норма, у Святослава Т. – реагування із запізненням, що може провокувати раптові поведінкові «зриви» (спрага, голод, втома, дискомфорт від температури усвідомлюються пізно) (окреслено в Додатку М).

Загалом інтероцепція не є провідною проблемою вибірки, однак рутини тілесної перевірки (вода/туалет/перерва) варто запровадити для всіх – як базовий інструмент саморегуляції.

Згідно з результатами діагностики нюхової та смокової системи даних менше, ніж по інших системах, але в ряді випадків – виразні харчові/поведінкові прояви (окреслено в Додатку Н).

Найістотніше спостереження – смакова гіпочутливість у Марка (ризик небезпечного поїдання неїстівного), селективність харчування у Маргарити та підозра на смакову проблему в Руслана. Рекомендовано: харчова десенсибілізація малими кроками, сенсорні харчові щоденники, безпечні заміни для «орального пошуку» (жувальні трубочки, сенсорні «chewelry»). Сенсорні «chewelry», сенсорні прикраси для жування або жувальні сенсорні прикраси – цей термін позначає спеціальні силіконові або полімерні аксесуари (намиста, браслети, кулони), призначені для дітей з РСА чи іншими особливими освітніми потребами, які мають потребу у сенсорній стимуляції через жування. Такі предмети допомагають знижувати тривожність, покращують концентрацію, регулюють сенсорне навантаження та замінюють небезпечні для здоров'я способи аутоstimуляції (наприклад, кусання предметів або власних рук).

В усіх дітей із вираженими пропріоцептивно-вестибулярними труднощами (Святослав М., Богдан, Марк, Максим, частково Данило, Христина) логічно припустити порушення синхронізації між модальностями. Непряма ознака – потреба «розносити у часі» різномодальні інструкції, інакше – перевантаження/дезорганізація. Для більшості дітей доцільно планувати послідовне (а не одночасне) подання стимулів, короткі інструкції з візуальною підтримкою, та дозовані «сенсорні вікна» між завданнями.

Також в процесі діагностики зроблено наступні спостереження. У Данила, Святослава М., Христини, Маргарити, Марка та Максима спостерігається диспраксія, яка пов'язана з труднощами у роботі пропріоцептивної та вестибулярної систем, а також із нестійкою увагою.

М'язовий тонус: підвищення при емоційному напруженні (Данило, Поліна); гіпотонус кінцівок (Максим); локально гіпертонус (Поліна – верхній плечовий пояс). Аутостимуляції: стрибки/кружляння (Христина), вигинання пальців ніг, кидання предметів (Святослав М.), «висотний пошук» (Марк). Аутоагресія: поодинокі випадки – Маргарита (кусає руки/удари об стіну), Марк (б'є інших, щипає). Окреслене вимагає сенсорних альтернативи та чітких протоколів безпеки.

Провідний сенсорний «блок» пропріоцептивно-вестибулярний із системними наслідками для праксису, антигравітації, балансу, а також уваги. Саме зазначені два канали дають найбільше підстав для регулярних «сенсорних вікон» (1-3 хвилини «heavy work» + коротке дозоване гойдання/баланс між когнітивними задачами). Тактильна система часто уражена у площині розрізнення з елементами орального пошуку. Необхідна орально-тактильна програма (зокрема, жувальні альтернативи, поетапні текстури, масаж кистей/стоп, ігри з сипучими/в'язкими матеріалами під контролем) (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Узагальнені результати діагностики по сенсорних системах

Система	Найбільш поширені порушення	Наслідки	Пріоритети підтримки
Тактильна	Дискримінація: більшість; оральний пошук: Руслан, Святослав М., Маргарита, Марк	Вибірковість до текстур, оральні ритуали	Десенсибілізація текстур, безпечні оральні заміни, гра «брудними» матеріалами поетапно
Зорова	Конвергенція (Богдан, Марк, Максим; слабка – Данило, Поліна); увага/«так/ні»	Перевантаження візуальним шумом, слабке переключення	Спрощення візуального поля, тренування саккад/переключення, короткі конвергенційні ігри
Аудіальна	Дискримінація (більшість), гіпер/пошук (Богдан, Данило, Марк, Максим)	Стрес у шумі, труднощі з верб. інструкцією	Візуальні дублювання, керування фоном, музичні маркери, поступове введення шумів

Продовження Табл. 2.8

Пропріоцепція	Гіпо + дискримінація (майже у всіх), слабка стабілізація голови (Христина, Марк, Поліна)	Практичні труднощі, «зайва»/«недостатня» сила	«Heavy work», глибокий тиск, ритмізація рухів, підказки положення тіла
Вестибулярна	Антигравітація/баланс (більшість), ністагм (Поліна)	Низька стійкість, перевантаження/нестабільність	Дозоване гойдання/баланс; поступова складність поверхонь; «сенсорні вікна»
Інтероцепція	Здебільшого норма; запізнена реакція (Святослав Т.)	Непередбачувані «зриви» від базових потреб	Рутини тілесної перевірки, візуальні нагадування
Нюх/смак	Вибірковість/гіпо (Маргарита, Марк, підозра – Руслан)	Харчові проблеми, ризик піка-синдрому (ріса-синдрому) (патологічна харчова поведінка, за якої дитина вживає неїстівні або непризначені для їжі предмети)	Харчова десенсибілізація, щоденники, безпечні заміни

Зорова й аудіальна модальності вимагають керування стимульним полем: мінус «візуальний шум», плюс візуальні підказки, акустичний гігієнічний режим. Для дітей із конвергенційною слабкістю – мікровправи (зведення-розведення фіксатора на відстані 10-30 см у грі). Мультисенсорна стратегія: розносити різномодальні інструкції в часі; спершу показати, потім сказати, далі – повторити разом. Для дітей із аутоагресією/ризиком піка – чіткі сенсорні альтернативи (безпечні жувальні, глибокий тиск, «важка робота»), план запобігання тригерам (шум/яскраве світло/раптове перемикання). Домашня співучасть: короткі щоденні сенсорні рутини (2-3 блоки по 10-15 хв), узгоджені з родиною: «важка робота» (перекочування, «обійми-ведмежі», перенесення м'яких мішечків), візуальні розклади, рутини інтероцептивної перевірки.

Узагальнимо дані щодо інтенсивності потреби в сенсорній підтримці діагностованих дітей (табл. 2.9).

Інтенсивність потреби в сенсорній підтримці*

Дитина	Тактильна	Зорова	Аудіальна	Пропріоцептивна	Вестибулярна	Загальний пріоритет
Руслан	2	1	1	2	2	Пропріоцепція/ вестибулярна
Данило	2	2	2	2	2	Мультипрофільно (стабілізація)
Святослав М.	2	1	2	3	3	Пропріоцепція+ вестибулярна (високий)
Богдан	2	2	2	3	3	Пропріоцепція/ вестибулярна
Христина	2	2	2	2	2	Збалансовано (сенсорні «вікна»)
Святослав Т.	2	1	2	2	2	Пропріоцепція/ вестибулярна; інтероцепція- рутини
Поліна	2	1-2	1	2	2	Вестибулярна (некторол.) + голова/шия
Маргарита	2	1	2	2	2	Тактильн. (оральн.) + вестибулярна
Марк	2	2	2	2	2	Мультипрофільно; безпека (піка/агресія)
Максим	2	3	3	2	3	Зорово-аудіально- вестиб. фокус

*«3» – найвищий пріоритет для регулярних втручань, «2» – стабільна (постійна) потреба, «1» – підтримка за потреби (епізодично)

Таким чином, вибірка демонструє системний профіль сенсорних відмінностей із провідним пропріоцептивно-вестибулярним дефіцитом, що вторинно загострює праксичні та увагові труднощі. Тактильні порушення мають характер дискримінаційних із частими оральними компонентами (сенсорний пошук/оральна дискримінація), що впливає на самообслуговування і безпеку (ризикі ріса/оральних аутостимуляцій). Зоровий профіль більш неоднорідний: найчастіше страждає конвергенція та переключення уваги; в окремих випадках – гіперчутливість до зорових стимулів. Аудіально превалюють дискримінаційні труднощі з елементами

гіперреактивності або сенсорного пошуку, що підтверджує необхідність візуального дублювання інструкцій та акустичної гігієни середовища. Інтероцепція здебільшого збережена, проте рутини тілесної перевірки рекомендовані для всіх як базова стратегія саморегуляції. Нюхово-смакова сфера має точкові ризики – від харчової селективності до небезпечних оральних поведінок – і потребує харчової десенсибілізації та безпечних сенсорних альтернатив. З огляду на мультисенсорну інтеграцію, у більшості дітей доцільно будувати навчально-терапевтичні ситуації за принципом послідовності модальностей («спершу показати – потім сказати – далі виконати разом») із короткими сенсорними «вікнами» між когнітивними завданнями (1-3 хв heavy-work + дозоване гойдання/баланс). Середовище має бути структурованим (зменшення візуального/акустичного шуму, чіткі розклади, предиктивність переходів), а програма – індивідуалізованою (профіль «уникання» та «пошук» стимулів, націлені протоколи безпеки при аутоагресії/піка).

Висновки до другого розділу

Таким чином, можемо сформулювати наступні висновки:

1. Адаптований опитувальник, побудований на основі EASI, дозволяє оцінити зміни в окремих сенсорних модальностях та мультисенсорній інтеграції. Використання модифікованої версії методики сенсорної інтеграції з дітьми з ООП, зокрема з РСА, спрямоване на підвищення їхньої функціональної участі у середовищі, зменшення захисних сенсорних реакцій, покращення саморегуляції і комунікативного потенціалу. Завдяки адаптації інструменту оцінки (адаптований опитувальник на базі EASI) вдається забезпечити надійність діагностики та вимірювати динаміку розвитку сенсорного сприйняття.

2. Результати діагностики засвідчили системний характер сенсорних відмінностей у дітей з РСА, з провідними складнощами у пропріоцептивно-вестибулярному контурі (антигравітаційні пози, баланс, праксис), високою

частотою порушень тактильної дискримінації (зокрема з оральним компонентом) та поширеними труднощами в аудіальній диференціації на тлі коливань уваги. У частини дітей виявлено слабкість конвергенції й переключення зорової уваги, а також ознаки порушеної мультисенсорної інтеграції, що ускладнює одночасну обробку стимулів різної модальності. Інтероцептивні показники переважно збережені, проте доцільним є впровадження рутин тілесної самоперевірки як інструменту саморегуляції; смаково-нюхова сфера в окремих випадках потребує цілеспрямованої десенсибілізації та безпечних сенсорних альтернатив. Структура сенсорного профілю обґрунтовує необхідність створення передбачуваного, сенсорно-керованого середовища, використання коротких «сенсорних вікон» (heavy work, дозоване гойдання/баланс), поетапного подання інструкцій із візуальною підтримкою та індивідуалізації вправ відповідно до співвідношення «уникання/пошук» у кожній системі. Отримані висновки слугують емпіричною основою для розроблення й апробації програми сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЗАСОБАМИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

3.1. Програма сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА

Розроблена програма сенсорної інтеграції (СІ) для дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму орієнтована на індивідуалізацію та поступове ускладнення стимулів, щоб вибудувати передбачувану, безпечну й ефективну терапевтичну траєкторію. Вона може реалізовуватись у закладі дошкільної освіти або в умовах центру раннього втручання за участі дефектолога, вихователя та батьків.

Головна мета програми – сформувати більш організовану, адаптивну сенсорну відповідь дитини в ключових модальностях (тактильній, пропріоцептивній, вестибулярній, зоровій, слуховій, смаковій і нюховій) і покращити мультисенсорну інтеграцію для підтримки мовлення, моторики, уваги, соціальної взаємодії та самообслуговування.

Завдання програми:

- нормалізація порогів чутливості (зниження гіперреактивності або підсилення реакції за гіпочутливості);
- розвиток дискримінації відчуттів;
- удосконалення антигравітаційних поз, балансу й прaxeсису;
- зменшення поведінкових наслідків сенсорного перевантаження;
- перенесення сенсорних навичок у повсякденні рутини.

Основні принципи:

- «безпека-передусім»;
- «один параметр за раз» (варіюємо інтенсивність, тривалість або складність, але не все одночасно);
- структурованість й передбачуваність (візуальний розклад, попередження про зміни);

- короткі «сенсорні вікна» протягом дня;
- перевага ігровому формату;
- фіксація прогресу об'єктивними індикаторами.

Перед стартом проводиться індивідуальна первинна діагностика: спостереження в грі, опитування батьків, короткі стандартизовані проби на чутливість/дискримінацію, оцінка праксису, рівноваги, антигравітаційних поз, зорово-аудіальної уваги, толерантності до «сенсорного шуму». На основі профілю формулюють 3-5 вимірюваних цілей на 8-12 тижнів (наприклад: «зменшити уникання тактильних текстур під час малювання пальчиками з 3 до 1 відмови за заняття»; «утримує антигравітаційну позу 10 секунд»; «виконує двокрокову інструкцію з візуальною підказкою без дистресу»).

Одна сесія триває 30-45 хв і має три фази:

- 1) розігрів: «важка робота» (глибокий тиск, перенос мішечків, повзання у тунелі) 5-7 хв для «зарядження» пропріоцепції;
- 2) цільові сенсорні блоки: 15-5 хв із 2-3 модулями (наприклад, тактильний + вестибулярний; або зоровий + слуховий) з чіткою логікою «від простого до складного»;
- 3) завершення: вправи на заспокоєння й організацію (дихання «кулькою», кокон-ковдра, короткий масаж кистей/плечового поясу), вербалізація емоцій і підбиття підсумків.

Рекомендований тижневий ритм: 2 інтенсивні сесії СІ з фахівцем, 2 короткі «сенсорні студії» в групі з вихователем (10-15 хв мікроблоки), щоденна домашня рутина 10-15 хв (рекомендації для батьків). Упродовж дня – 2-3 «сенсорні вікна» по 1-3 хв між когнітивними активностями. Основні цільові модулі включають тактильний, пропріоцептивний, вестибулярний, зоровий, аудіальний, нюхово-смаковий, мультисенсорний.

Мета тактильного модулю – зниження захисних реакцій, розвиток дискримінації та толерантності до різних текстур. Вправи: «Доріжка текстур» (килимки з фетру, шнурка, гуми; ходьба босоніж з контролем темпу), «Скарб у крупах» (пошук фігур у рисі/квасолі/манці; поступове ускладнення –

дрібніші об'єкти, завдання «заплющеними очима»); «Пальчикове живописання» (від м'якого гелю до фарби й піни для гоління, спочатку на пластиковій поверхні, далі – на папері, з чіткою угодою про завершення та миття рук); «Рука-детектив» (впізнавання предметів тільки дотиком у мішечку: спочатку контрастні форми, потім подібні); локальний глибокий тиск у зонах «гіпер» – через масажні м'ячики, «печиво-долоньки» (натиски долонями з рахунком). Для дітей з оральним сенсорним пошуком – безпечні жувальні аксесуари, трубочки з різним опором, вправи «дуй–тягни» (дути в млинок/свисток, тягнути густі коктейлі через трубочку).

Основна мета пропріоцептивного модулю – підсилити відчуття тіла, контроль сили й пози, поліпшити праксис. «Важка робота»: перенесення «мішків-цеглинок» (м'які мішечки 0,5-1 кг), штовхання/тягнення невеликого кузова-коробки по гладкій підлозі, «сенсорний бутерброд» (під ковдрою з глибоким дозованим тиском при взаємній згоді), «Вежа балансу» (піднімання й укладання кубів вище рівня плеча), «Візерунки тілом» (наслідування поз за зразком – спочатку однокрокові, далі дво- і трикрокові). Для кистей: «Пластилін-майстерня» (скочування кульок/ковбасок, притискання штампів), «Прищіпки-місток» (з'єднати дві смужки картону прищіпками, рахуючи клацання).

Вестибулярний модуль має на меті збалансувати толерантність до руху, розвинути антигравітацію і рівновагу. «Кріселко-гойдалка» (повільні рухи вперед-назад, 10-15 повторів, спостереження за станом), «Сліди на містку» (хода по нестабільній доріжці – м'які подушки, сенсорні диски; варіанти – з предметом на долоні), «Зірка-черепаха» (одночасне піднімання голови й кінцівок лежачи на животі/спині, з таймером і поступовим збільшенням часу), «Ловці метеоритів» (сидячи на фітболі: ловити великі м'які м'ячі, варіювати напрям), «Вежа вітру» (обертання навколо власної осі із фіксацією погляду на маркер – дуже дозовано, з паузами та контрольним диханням).

Мета зорового модулю – знизити «візуальний шум», тренувати саккади, конвергенцію і вибірккову увагу. Організація простору: нейтральний фон, чіткі

контури, мінімум зайвих плакатів. Вправи: «Світлофор-очі» (перемикання погляду між трьома маркерами за вказівкою дорослого), «Звід-міст» (зведення-розведення маленького фіксатора від 30 до 10 см перед носом; 3-5 підходів), «Поймай візерунок» (зорово-моторне відстеження лінії лабіринту пальцем/олівцем без відриву), «Знайди пару» (підбір ідентичних піктограм на різній відстані), «Пазли-сортувальники» (від великих контрастних до дрібніших, за 3-4 тижні).

Аудіальний модуль спрямований на підвищення стійкості до побутових звуків, розвинути розрізнення та спрямовану увагу. Гігієна середовища: стабільний фон, «тихі куточки», навушники-глушники як резерв. Вправи: «Звідки звук?» (локалізація джерела за ширмою: дзвіночок, шурхіт, плеск), «Музичні маркери» (прив'язка простих інструкцій до коротких мотивів), «Тихо-голосно» (варіації гучності голосу дорослого з відповіддю дитини жестом/піктограмою), «Фонеми-пари» (на рівні ігор: розрізнення різних тембрів інструментів, далі – близьких приголосних у складі з опорою на картки), «Фільтр-детектив» (виконання завдання на фоні слабкого «білошуму» з подальшим його поступовим посиленням – тільки при добрій переносимості).

Основна мета нюхово-смакового модулю – зменшити харчову селективність, безпечно задовольнити оральну сенсорну потребу. «Аромалото» (2-3 знайомі запахи, називання або показ піктограми «подобається/не подобається»), «Сходинки текстур» (від гладких пюре до хрустких елементів у мікродозах), «Жуй-дмухай» (жувальні прикраси, трубочки з опором, дмухання на «вітряки»), «Кулінарна сенсорика» (приготування простих закусок із тактильно різними інгредієнтами – контроль гігієни та безпеки).

Мультисенсорна інтеграція має на меті синхронізувати модальності в послідовності «побачив – почув – зробив». Використовуються інтегровані ігри короткими «зв'язками»: спершу візуальна підказка, потім короткий звуковий маркер, далі – рухова дія. Приклад: «Пошта» – дитина дивиться на картку-

маршрут, слухає коротку вказівку, переносить «лист» у потрібну скриньку, отримує глибокий тиск «дай п'ять» як підкріплення (окреслено в Додатку О).

Кожні 2-3 тижні збільшується один параметр: або час виконання (на 10-20%), або складність (дрібніші предмети, нестабільніша опора), або щільність стимулу (насиченіша текстура, трохи гучніший фон). За появи ознак перевантаження (почервоніння, «втеча», збудження, відмова) – негайне «відкочення» стимулу до попереднього рівня, переключити на пропріоцептивний заспокійливий блок, відновити контроль дихання.

Кожне заняття має «якір заспокоєння»: дихання «кулькою» (на вдих – «надуваємо», на видих – «здуваємо»), «кокон» із ковдри, «ведмедик обнімашка» за згодою, «сенсорна гойдалка-повернення» 1-2 хв у повільному темпі. Можна додати коротку вербалізацію: «зараз було гучно – ми зробили паузу і стало спокійно».

Батькам пропонуються прості щоденні сценарії: ранкове «вікно тіла» (20 присідань/перекочування/перенесення 3-4 мішечки), «сенсорна пауза» перед їжею (жувальні альтернативи, коротке дмухання), вечірній «розвантажувальний місток» (масаж кистей/стоп, тепла ванна, читання в тихому кутку). Батьки ведуть короткий сенсорний щоденник: які стимули провокують/заспокоюють, на що дитина реагує краще.

Щотижня позначаються індикатори: тривалість утримання антигравітаційної пози; кількість відмов від тактильних активностей; виконання двокрокової інструкції; кількість «виходів» із діяльності через шум/світло; покращення самообслуговування (застібання, миття рук). Раз на 4 тижні – контрольна сесія з оновленням індивідуальних цілей.

Вестибулярні навантаження – лише дозовано, з паузами; уникати швидких обертань при ознаках нудоти/ністагму. Глибокий тиск – тільки за згодою дитини; уникати зони шиї та живота. Пильнувати за пика-ризиком: усі дрібні предмети поза доступом; оральні альтернативи – тільки сертифіковані, чисті.

Щодня перед заняттям – 5 хв розігріву («важка робота») і 3 хв «спокійного завершення». Упродовж дня – 2 короткі сенсорні паузи (1-3 хв): ходіння по доріжці, стискання м'ячиків, дихальні вправи. Ведеться щоденник спостережень (поведінка, емоційний стан, активність, реакції на стимули).

Очікувані результати розробленої програми через 8-12 тижнів: 1) зниження частоти сенсорного перевантаження; 2) краща переносимість побутових звуків і текстур; 3) подовження зорово-аудіальної уваги; 4) зростання якості праксису та рівноваги; 5) більше успішних спроб самообслуговування та більш передбачувана поведінкова регуляція. Програма є гнучкою: за потреби акцент зміщується на ті модальності, які дають найбільше обмежень у повсякденні, а рівень стимуляції коригується відповідно до індивідуального сенсорного профілю дитини.

3.2. Взаємодія педагога, психолога та батьків у реалізації програми сенсорної інтеграції

У сучасній психолого-педагогічній практиці роботи з дітьми дошкільного віку з розладами спектра аутизму все більшої значущості набуває комплексна модель взаємодії трьох ключових суб'єктів: педагога, психолога та батьків. У межах програми сенсорної інтеграції ця взаємодія виступає критичною ланкою, що забезпечує єдність терапевтичного підходу, узгодженість дій у різних середовищах (дошкільному закладі, центрі раннього втручання, домашньому), та системність впливу на сенсорне сприйняття дитини. Саме через скоординовану роботу педагогів-фахівців, психологів та родини створюються умови для трансформації сенсорного профілю дитини, стабілізації її адаптивної поведінки, підвищення ефективності навчально-корекційних заходів.

У межах програми сенсорної інтеграції педагог дошкільного закладу виступає як організатор освітньої сенсорної діяльності, відповідальний за створення середовища, реалізацію вправ і ігор, підтримання режиму та

безпеки. Психолог координує психологічно-корекційну частину: здійснює діагностику сенсорного профілю, налаштування індивідуальних цілей, проводить консультації з педагогами й батьками, контролює динаміку змін. Батьки, у свою чергу, відповідають за продовження й узгодженість сенсорної роботи в домашньому середовищі, ведення спостережень, партнерство з фахівцями. Для успішної роботи потрібно, щоб усі три суб'єкти діяли синхронно: педагог і психолог спільно розробляють систему вправ, узгоджують з батьками домашні сенсорні рутини, а батьки інформують педагогів-психолога про реакції дитини вдома і за дошкільного середовища.

Згідно з дослідженнями, зокрема І. Говендера, систематичне спілкування між батьками та педагогами суттєво покращує результати дітей з аутизмом [26].

У межах СІ-програми важливим є створення «сенсорного континіуму»: узгоджені дії у дошкільному груповому/індивідуальному середовищі та в домашній обстановці. Наприклад, якщо в групі педагог вводить нову текстуру в доріжці тактильної стимуляції, батьки вдома повинні мати подібну або суміжну вправу, щоб дитина отримувала повторювану і послідовну сенсорну інформацію. Психолог же проводить регулярні зустрічі з батьками і педагогом, аналізує спостереження, коригує вправи, адаптує навантаження до змін у профілі дитини.

Ефективна взаємодія між педагогом, психологом і батьками передбачає створення чіткого механізму комунікації й координації дій. До таких механізмів належать: регулярні наради (наприклад, щомісячні зустрічі або відеозв'язок), використання щоденників спостережень, електронних каналів (чат-група для батьків-педагогів), узгоджені форми звітності та планування. Створення сенсорного-дружнього середовища в обох контекстах (дошкільний заклад і домашнє середовище) значно підвищує залученість дитини та якість результатів [4; 12; 15].

На підставі діагностики психолог готує індивідуальну карту сенсорної підтримки, що включає профіль «уникання» та «пошуку» стимулів, перелік

рекомендованих вправ, домашні сенсорні рутини. Педагог адаптує освітнє середовище (наприклад, створює «сенсорне вікно», корегує графік, використовує візуальні підказки) та проводить заняття за програмою. Батьки отримують щотижневий план «сенсорної паузи» вдома, з точною інструкцією й індикаторами-спостереженнями. Всі учасники фіксують реакції, результати, відмови, що допомагає провести корекцію навантаження при перевантаженні. У межах координації також важлива роле-описова чіткість: педагог повідомляє батькам і психологу про успіхи чи реакції дитини на сенсорні вправи, психолог консультує щодо адаптації навантаження або зміни вправ, батьки інформують про зміни в поведінці дитини вдома, вплив вправ на побутові дії, комунікацію.

Спільну роботу педагогів, психологів і батьків можна умовно поділити на три етапи співпраці:

1) підготовчий етап – психолог проводить первинну діагностику, з педагогом становлять сенсорний профіль і обирають цілі. Батьки залучаються через інформаційну сесію-навчання, отримують інструкції й методичні рекомендації;

2) реалізаційний етап – педагог проводить заняття в дошкільному закладі, батьки впроваджують домашні рутини, психолог здійснює моніторинг і супервізію. Щотижнево ведеться зворотний зв'язок: короткі записки педагога/батьків, раз на місяць – зустріч тристороння для аналізу динаміки;

3) корекційний/підсумковий етап – після 8-12 тижнів (чи згідно з програмою) психолог/педагог/батьки аналізують результати, порівнюють з діагностичними даними, обговорюють подальші кроки, проводять рекомендації для підтримки. Цей етап передбачає узгодження нових завдань, корекцію сенсорної карти, комунікацію з батьками щодо домашньої підтримки.

У взаємодії педагог-психолог-батьки слід керуватися кількома ключовими принципами:

– по-перше, єдність підходу – усі справи, середовища й рутини мають бути узгоджені між домом та закладом, щоб дитина переживала послідовну сенсорну середу;

– по-друге, індивідуалізація – кожна дитина має свій сенсорний профіль, тому інтервенції і домашні рутини мають адаптуватися до потреб дитини;

– по-третє, поступовість – навантаження зростає по одному параметру (інтенсивність, тривалість або складність), і будь-які ознаки перевантаження сприймаються як сигнал для корекції. Наукові дані підтверджують ефективність батьківського «коучингу» в контексті сенсорної інтеграції: наприклад, інтервенції з коучингом батьків покращують результати в дітей з порушеннями сенсорного оброблення [19];

– також важливим є принцип спільного аналізу та рефлексії: педагог і психолог регулярно аналізують записи спостережень батьків, обговорюють зміни в поведінці дитини, адаптують план. Такий формат підсилює участь батьків і їхню компетентність у сенсорній підтримці дитини.

У практиці дошкільного середовища реалізація цієї моделі має такі аспекти:

1) створення сенсорного кабінету або окремого куточка з узгодженими матеріалами та інструкціями як у дитсадку, так і вдома;

2) організація щомісячних зустрічей батьків-педагогів-психолога: звіт про динаміку, відео-фрагменти занять, демонстрація домашніх сценаріїв;

3) формування «сенсорного щоденника» батьків: короткий запис про реакції, тривалість, відмови чи успіхи вправ вдома, що щотижнево аналізується педагогом/психологом;

4) використання простих комунікаційних каналів: чат-групи, месенджери, електронні листи для швидкого зворотного зв'язку;

5) навчання батьків-коучів: психолог проводить сесію, пояснюючи механізми сенсорної інтеграції, показує відео-вправи, консультує з адаптації домашніх середовищ;

б) візуалізація домашніх режимів: наочно-зображені «сенсорні вікна», таймери, піктограми для дитини (виконати вправу → ігровий час) – це дозволяє батькам і дитині мати передбачувані ритуали;

7) моніторинг і корекція: педагог і психолог регулярно оцінюють реакції дитини на сенсорні навантаження, аналізують записи щоденника, змінюють вправи або домашній режим відповідно до змін у профілі [3; 9; 47; 51].

До переваг моделі належать:

- підвищена узгодженість середовищ (дитсадок + дім);
- більша залученість батьків;
- більш цілісний підхід до сенсорної інтеграції дитини, що підсилює ефективність інтервенцій. Зокрема, як зазначає С. Аллен, участь батьків у сенсорній терапії сприяє посиленню ефекту та кращому перенесенню навичок у повсякденне життя [19].

Проте існують й виклики:

- необхідність системної координації між закладом та родиною;
- ризик нерівномірної участі батьків через зайнятість чи низький рівень компетентності;
- можливі зміни середовища вдома або нестача ресурсів;
- потреба регулярного професійного супроводу педагогів і психологів.

Вирішення зазначених викликів передбачає чітку організацію зустрічей, навчання батьків, прості комунікаційні механізми та адаптацію програм під умови сім'ї.

Загалом, ефективна реалізація програми сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА значною мірою залежить від скоординованої роботи педагога, психолога і батьків.

3.3. Результати формувального етапу експерименту та їх аналіз

Після проведення розробленої програми сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА, було здійснено повторну діагностику за аналогічною методикою.

Отримані дані демонструють помірне покращення більшості показників – зменшення проявів гіпер-/гіпочутливості, часткове відновлення дискримінаційних функцій, стабілізацію уваги та покращення моторної координації.

Після проходження програми у більшості дітей спостерігається зменшення проявів сенсорного захисту та орального пошуку, покращення вмінь розрізняти текстури та напрямок руху. Зменшилась тривожність при дотику, підвищилась готовність до маніпуляцій із різними матеріалами (окреслено в Додатку П).

Після програми сенсорної інтеграції у більшості дітей зменшилися прояви сенсорного захисту, стабілізувалася реакція на легкий дотик і зросла толерантність до різних текстур. Частота виражених дискримінаційних порушень зменшилась із 8/10 до 4/10; у 7 дітей покращилась здатність локалізувати дотик і відрізняти текстури.

Найбільша динаміка зафіксована у дітей з раніше вираженим «оральним пошуком»: частота цієї поведінки знизилася, а потреба в замісних оральних стимулах стала керованою. Показники локалізації дотику й розрізнення текстур перейшли із зони грубих порушень до помірних або легких відхилень, що відобразилося на кращій участі в дрібних маніпуляціях і самообслуговуванні.

Загальна картина свідчить про зменшення частки виражених дискримінаційних порушень та більш прогнозовану сенсорну відповідь.

Візуальна увага, стійкість конвергенції та зорове переключення покращились у більшості дітей. Зменшилась чутливість до яскравого світла, поліпшилась здатність стежити за рухомим об'єктом (окреслено в Додатку Р).

Частка дітей із проблемами конвергенції знизилася з 5/10 до 2/10; у більшості дітей покращилась здатність до візуального фокусування.

Відзначено покращення зорової уваги, плавності переключення погляду та стійкості конвергенції, що зробило візуальні завдання доступнішими й менш виснажливими. Знизилася чутливість до яскравого або мерехтливого світла, а також частота поведінкових реакцій уникання через «візуальний шум». У дітей із початково проблемною конвергенцією показники наблизилися до вікової норми, а зорово-моторна координація стала більш цілеспрямованою. Це створює кращі умови для оволодіння навчальними діями, що потребують стійкого фокусу та візуального стеження.

Діти краще реагують на голос дорослого, почали розрізняти інтонації, зменшилась гіперчутливість до шуму. У кількох випадках поліпшилась слухова концентрація при ігрових завданнях (окреслено в Додатку С).

У 9 із 10 дітей зменшилась чутливість до гучних звуків; слухова увага стабілізувалася, поліпшилась здатність сприймати мовні інструкції. Покращилася здатність сприймати та утримувати вербальну інструкцію, зменшилися гіперреакції на раптові або фонові звуки й зросла слухова толерантність. Діти частіше демонструють вибіркочку слухову увагу, краще розрізняють інтонаційні контрасти та темброві відмінності, що знижує потребу у багаторазових повтореннях. Налагодження слухової дискримінації позитивно відбилося на темпі включення в спільні ігрові та навчальні ситуації. Сукупний ефект означає менше сенсорних перевантажень і більш стабільну участь у групових активностях.

Спостерігається покращення м'язового контролю, координації рухів та праксичних навичок. Діти стали краще наслідувати рухи, стабілізувався контроль пози (окреслено в Додатку Т).

Відмічено зростання контролю пози, узгодженості рухів і точності дозування сили, що безпосередньо підтримує розвиток праксису. Діти краще утримують статичні пози та наслідують послідовності рухів, зменшилась потреба в постійних підказках дорослого. Підвищення «відчуття тіла» сприяло ефективнішій участі у побутових діях і сенсомоторних іграх, особливо там, де

потрібні обидві руки й двобічна координація. Загалом це відображає зрушення від гіпочутливості до більш інтегрованої пропріоцептивної відповіді.

Після застосування розробленої програми спостерігається значне покращення толерантності до руху, більшість дітей з радістю виконують вправи на гойдалках, фітболі. Зменшився страх при зміні положення тіла (окреслено в Додатку У).

Толерантність до руху та здатність підтримувати рівновагу покращилися: діти впевненіше виконують вправи на гойдалках, фітболі та при зміні положення тіла. Зменшилася тривожність у ситуаціях з нестабільною опорою, а якість антигравітаційної відповіді стала більш сталою. У випадках попередньої гіперреактивності спостерігається перехід до керованої активації з кращою організацією вестибулярної відповіді, що позитивно позначається на увазі під час рухової діяльності. Сукупно це свідчить про поступове вирівнювання вестибулярно-постурального контролю та зниження ризику сенсорного перевантаження під час динамічних завдань.

Інтероцепція стабільна, більшість дітей почали самостійно повідомляти про базові потреби. Харчова вибірковість зменшилась, кількість оральних аутостимуляцій скоротилася. Кількість дітей із вираженою харчовою вибірковістю зменшилась із трьох до однієї; ризик піка не спостерігається.

У результаті контрольного етапу відзначається загальне зниження рівня потреби у сенсорній підтримці у всіх дітей. Якщо на констатувальному етапі більшість учасників мали 2-3 рівень сенсорної потреби, то після впровадження програми домінує рівень 1-2, що свідчить про стабілізацію сенсорних процесів (окреслено в Додатку Ф).

Особливо виражене покращення спостерігається у тактильній, зоровій та аудіальній сферах, де більшість дітей продемонстрували адекватну сенсорну реакцію без гіпер- або гіпочутливості. Пропріоцептивна та вестибулярна системи, які раніше були найуразливішими, також показали помітний прогрес: діти стали впевненіше координувати рухи, зберігати

рівновагу, краще орієнтуватися в просторі. Це дозволило зменшити частоту сенсорних перевантажень і покращити поведінкову регуляцію.

Отже, програма сенсорної інтеграції довела ефективність у зниженні сенсорних труднощів та формуванні адаптивної сенсорної відповіді у дітей з РСА.

Висновки до третього розділу

Таким чином, можемо сформулювати наступні висновки:

1. Розроблена програма сенсорної інтеграції є комплексною системою психокорекційних заходів, спрямованих на підвищення адаптивності дітей з розладами спектра аутизму. Завдяки поступовому нарощуванню сенсорного навантаження, структурованості занять і врахуванню індивідуального сенсорного профілю кожної дитини планується досягнути покращення в кількох ключових сферах: зниження гіпер- та гіпочутливості, формування більш передбачуваної поведінкової реакції на сенсорні стимули, розвиток рівноваги, праксису й саморегуляції. Важливо, що програма не лише сприяє нормалізації сенсорного сприйняття, а й позитивно впливає на соціально-комунікативні навички, увагу та самообслуговування. Поєднання тактильних, пропріоцептивних, вестибулярних, зорових і аудіальних модулів дозволяє створити збалансований терапевтичний простір, який формує основу для подальшого когнітивного та мовленнєвого розвитку. Отже, запропонована програма сенсорної інтеграції є результативним напрямом роботи з дітьми дошкільного віку з РСА. Її застосування в освітньо-реабілітаційній практиці забезпечить підвищення якості життя дітей, буде сприяти гармонізації їхнього психоемоційного стану й підтримувати готовність до навчання та соціальної взаємодії.

2. Саме завдяки чіткому розподілу ролей між педагогом, психологом і батьками, встановленим механізмам комунікації й узгодженим діям у дошкільному й домашньому середовищі створюється множинна система

сенсорної підтримки. Така модель забезпечує не лише професійну корекційну діяльність, але й сталість, передбачуваність і трансфер навичок до щоденного життя дитини. Врахування індивідуального сенсорного профілю, адаптація програм до умов родини та регулярний моніторинг та корекція забезпечують міцну основу для успішної інтеграції дитини в освітнє середовище і підвищення її життєвих компетенцій.

3. Можемо підсумувати, що після впровадження програми сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку з РСА відзначено системне покращення у всіх сенсорних системах. Найбільш значущі зміни спостерігаються у тактильній, пропріоцептивній та вестибулярній сферах, що підтверджує ефективність цілеспрямованих сенсомоторних інтервенцій. Покращення у зорово-аудіальному сприйнятті сприяє підвищенню уваги та комунікативної готовності. Таким чином, програма сенсорної інтеграції довела свою результативність як інструмент розвитку сенсорної регуляції, емоційної стабільності та адаптивної поведінки дітей з розладами спектра аутизму.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження, можемо зробити наступні висновки.

Психолого-педагогічна характеристика дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму визначається комплексом взаємопов'язаних порушень – комунікативних, когнітивних, емоційно-регуляторних і сенсомоторних. Саме сенсорна інтеграція виступає ключовим чинником, що забезпечує гармонійний розвиток дитини, її здатність до навчання, адаптації й формування соціальних зв'язків. Сучасні дослідження підтверджують, що сенсорна дисрегуляція є базовим компонентом РСА, який впливає на розвиток мовлення, моторики, емоційної сфери та поведінкових реакцій.

Сенсорний розвиток дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму має комплексний характер і виявляється у специфічному поєднанні гіпер- та гіпочутливості різних сенсорних систем. Ці особливості визначають темп і якість формування мовлення, моторики, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки. Порушення сенсорної інтеграції впливають не лише на безпосередню реакцію дитини на стимули, а й на здатність до навчання, регуляції емоцій і поведінки. У дошкільному віці, коли сенсорні системи перебувають у фазі активного формування, своєчасне виявлення сенсорних дисфункцій та побудова педагогічної взаємодії на основі індивідуального сенсорного профілю є ключовими умовами ефективної корекційно-розвивальної роботи.

Сенсорні ігри, вправи та спеціалізоване обладнання є потужним засобом у розвитку сенсорного сприйняття дошкільників з РСА. При правильному підході – з урахуванням індивідуальних сенсорних потреб, забезпеченням дозованості стимулів, мотивації дитини та участі в ігровій діяльності – вони здатні стимулювати обробку сенсорної інформації, покращити реакцію на сенсорні стимули, знизити прояви надчутливості або компенсувати гіпочутливість, сприяти розвитку моторики, уваги, адаптивної поведінки і

соціальної взаємодії. Водночас, щоб досягти стабільних і значимих результатів, потрібна системність, контроль середовища, участь батьків і фахівців, а також ретельний підбір обладнання і вправ відповідно до кожного випадку.

Дослідження сенсорного сприйняття проводилося на базі закладу дошкільної освіти компенсуючого типу для дітей з особливими освітніми потребами. У вибірку увійшли 10 дітей старшого дошкільного віку (від 5 до 6 років), серед яких 7 хлопчиків і 3 дівчинки з діагнозом розладу спектру аутизму легкого та середнього ступеня прояву. Для діагностики застосовано адаптований опитувальник, створений на основі принципів системи EASI, із врахуванням вікових і мовних особливостей дошкільного контингенту з РСА.

Результати діагностики засвідчили системний характер сенсорних відмінностей у дітей з РСА, з провідними складнощами у пропріоцептивно-вестибулярному контурі (антигравітаційні пози, баланс, праксис), високою частотою порушень тактильної дискримінації (зокрема з оральним компонентом) та поширеними труднощами в аудіальній диференціації на тлі коливань уваги. В частини дітей виявлено слабкість конвергенції й переключення зорової уваги, а також ознаки порушеної мультисенсорної інтеграції, що ускладнює одночасну обробку стимулів різної модальності. Інтероцептивні показники переважно збережені, проте доцільним є впровадження рутин тілесної самоперевірки як інструменту саморегуляції; смаково-нюхова сфера в окремих випадках потребує цілеспрямованої десенсибілізації та безпечних сенсорних альтернатив. Структура сенсорного профілю обґрунтовує необхідність створення передбачуваного, сенсорно-керованого середовища, використання коротких «сенсорних вікон» (heavy work, дозоване гойдання/баланс), поетапного подання інструкцій із візуальною підтримкою та індивідуалізації вправ відповідно до співвідношення «уникання/пошук» у кожній системі.

Розроблена програма сенсорної інтеграції є комплексною системою психокорекційних заходів, спрямованих на підвищення адаптивності дітей з

розладами спектра аутизму. Завдяки поступовому нарощуванню сенсорного навантаження, структурованості занять і врахуванню індивідуального сенсорного профілю кожної дитини планується досягнути покращення в кількох ключових сферах: зниження гіпер- та гіпочутливості, формування більш передбачуваної поведінкової реакції на сенсорні стимули, розвиток рівноваги, праксису й саморегуляції. Важливо, що програма не лише сприяє нормалізації сенсорного сприйняття, а й позитивно впливає на соціально-комунікативні навички, увагу та самообслуговування. Поєднання тактильних, пропріоцептивних, вестибулярних, зорових і аудіальних модулів дозволяє створити збалансований терапевтичний простір, який формує основу для подальшого когнітивного та мовленнєвого розвитку.

Ефективна реалізація програми сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з РСА значною мірою залежить від скоординованої роботи педагога, психолога і батьків. Саме завдяки чіткому розподілу ролей, встановленим механізмам комунікації й узгодженим діям у дошкільному й домашньому середовищі створюється множинна система сенсорної підтримки. Така модель забезпечує не лише професійну корекційну діяльність, але й сталість, передбачуваність і трансфер навичок до щоденного життя дитини. Врахування індивідуального сенсорного профілю, адаптація програм до умов родини та регулярний моніторинг та корекція забезпечують міцну основу для успішної інтеграції дитини в освітнє середовище і підвищення її життєвих компетенцій.

Контрольний етап експерименту засвідчив позитивну динаміку у розвитку сенсорного сприйняття та інтеграції дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму після впровадження розробленої програми сенсорної інтеграції. Спостереження, результати повторної діагностики та опитування батьків показали, що більшість дітей продемонстрували стабільні зміни у поведінкових, моторних і перцептивних показниках. Покращилася здатність дітей регулювати інтенсивність сенсорних реакцій, знизилася кількість гіпер- та гіпочутливих проявів, а рівень емоційної саморегуляції став

більш стійким. Відзначено підвищення якості сенсорної дискримінації у тактильній та пропріоцептивній системах, що відобразилось у покращенні дрібної моторики, точності рухів, навичок самообслуговування. Діти стали впевненіше маніпулювати предметами, охочіше залучатися до сенсомоторних ігор. У зоровій системі зафіксовано покращення стійкості зорової уваги, зменшення чутливості до надмірних візуальних стимулів, розвиток конвергенції та здатності до фокусування. В аудіальній сфері зменшилася частота негативних реакцій на гучні або непередбачувані звуки, поліпшилася слухова увага та розуміння мовлення. Вестибулярно-пропріоцептивна система продемонструвала найвідчутніші зміни – діти почали краще орієнтуватися у просторі, зберігати рівновагу, координувати рухи, що свідчить про покращення роботи антигравітаційних механізмів і праксису. Інтероцептивні реакції залишились у межах норми, проте зросла усвідомленість базових фізіологічних станів (втома, голод, спрага). У смаковій та нюховій системах спостерігається зниження вибірковості у харчуванні, зникнення небезпечних форм орального сенсорного пошуку (ризик піка-синдрому). Загалом результати контрольного етапу підтвердили ефективність програми сенсорної інтеграції як інструменту комплексного розвитку дітей з РСА. Застосування вправ, ігор та сенсорного обладнання сприяло не лише сенсорній організації, а й формуванню елементів саморегуляції, підвищенню емоційної стабільності, комунікативної відкритості та загальної адаптації дітей у соціально-педагогічному середовищі.

Таким чином, експериментально доведено, що системне використання методів сенсорної інтеграції у роботі з дошкільниками з розладами спектра аутизму є доцільним, ефективним і може бути рекомендованим для практики інклюзивної освіти.