

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи
Кафедра логопедії та спеціальних методик

Кваліфікаційна робота

з теми:

**«Сенсорна інтеграція як метод розвитку мовлення дошкільників
з розладами аутистичного спектру»**

Виконала здобувачка
2 курсу групи SoL1-M24z
ОП Спеціальна освіта (Логопедія)
спеціальності 016 Спеціальна освіта
спеціалізації 016.01 Логопедія
Альона ЛЕВИНСЬКА

Науковий керівник:
Юлія ГАЛЕЦЬКА,
кандидат педагогічних наук, доцент

Рецензент:
Олена ЧОПК,
кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри спеціальної та інклюзивної
освіти

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРЕДУМОВ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З РАС.....	6
1.1. Сутність розладів аутистичного спектру як медико-педагогічної проблеми.....	6
1.2. Характеристика мовленнєвого розвитку дітей з РАС.....	16
1.3. Особливості використання сенсорної інтеграції в роботі з дітьми з РАС.....	22
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2. СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ ЯК МЕТОД РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДОШКІЛЬНИКІВ З РАС.....	33
2.1. Методика вивчення вербальної та невербальної комунікації у дітей з РАС.....	33
2.2. Комплекс вправ з сенсорної інтеграції в корекції порушень мовленнєвого розвитку дітей з РАС.....	44
2.3. Аналіз результатів формувального експерименту.....	53
Висновки до розділу 2.....	63
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному світі проблема порушень мовленнєвого розвитку дітей є однією з найактуальніших у сфері педагогіки. Особливої уваги потребують діти з розладами аутистичного спектра (далі РАС), оскільки ці стани часто супроводжуються значними труднощами у розвитку мовлення.

Розлади аутистичного спектра залишаються одним із найскладніших питань спеціальної педагогіки, зважаючи на швидке зростання кількості дітей із РАС та недосконалість існуючих методів діагностики. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно одна дитина зі ста у світі має РАС. В Україні це питання досі недостатньо вивчене, проте останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості офіційно встановлених діагнозів.

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2023 рік близько одна дитина з 88 має розлади аутистичного спектра. Водночас фахівці зазначають, що ці показники можуть бути заниженими через недостатню обізнаність серед батьків і лікарів, а також неповне виявлення випадків. У порівнянні з країнами Західної Європи та США, система діагностики РАС в Україні перебуває на етапі розвитку, що свідчить про потребу у подальших дослідженнях і вдосконаленні медичної та освітньої систем. Відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), в Україні наразі зареєстровано 20 936 дітей із діагнозом «дитячий аутизм».

Саме тому в Україні останнім часом зростає інтерес до вивчення проблеми розвитку дітей із розладами аутистичного спектра. Це відображено у працях провідних науковців, зокрема Н. Базими, І. Григус, Т. Коломоєць, К. Островської, Л. Рибченко, І. Савенкової, Ю. Сіденко, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко та інших [3; 11; 18; 29; 39; 42; 45; 46; 52; 60; 63]. Дослідники наголошують на важливості застосування методики сенсорної інтеграції у корекційно-розвитковій роботі з дітьми, які мають розлади аутистичного спектра, оскільки це сприяє покращенню якості їхнього

життя та успішнішої соціальної адаптації. Отже, дана проблема є надзвичайно актуальною в сучасних умовах і потребує ґрунтовного опрацювання як у теоретичному, так і в практичному аспектах, що й зумовило вибір теми даного дослідження: «Сенсорна інтеграція як метод розвитку мовлення дошкільників з розладами аутистичного спектру (далі РАС)».

Об’єкт дослідження – корекційно-розвивальна робота з дітьми з РАС.

Предмет дослідження – сенсорна інтеграція як метод розвитку мовлення дошкільників з РАС.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати і експериментально перевірити ефективність застосування методу сенсорної інтеграції в розвитку мовлення дітей з РАС.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми розвитку мовлення у дітей з РАС.
2. Описати особливості використання сенсорної інтеграції в роботі з дітьми з РАС.
3. Розробити комплекс вправ з сенсорної інтеграції для розвитку мовлення дітей з РАС.
4. Визначити ефективність обраної методики в корекції мовленнєвих порушень у дітей з РАС.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз, синтез, узагальнення спеціальної науково-методичної літератури; *емпіричні:* спостереження, бесіда, опитування, експеримент, діагностика невербальної комунікації; *математичні:* методи математичної статистики.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробленні комплексу вправ із сенсорної інтеграції, спрямованих на корекцію порушень мовленнєвого розвитку у дітей з розладами аутистичного спектра, а також у визначенні методичних особливостей їх застосування. Це сприятиме підвищенню ефективності корекційно-розвиткової роботи з дітьми зазначеної категорії. Матеріали та результати дослідження можуть бути використані у

навчальних курсах для здобувачів закладів вищої освіти за спеціальністю А6 Спеціальна освіта.

Експериментальна база дослідження: КЗ «Чернівецький навчально-реабілітаційний центр №1».

Апробація результатів роботи. Основні результати кваліфікаційної роботи обговорювались на науковій конференції студентів та магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. За результатами дослідження опубліковано наукову статтю.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРЕДУМОВ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З РАС

1.1. Сутність розладів аутистичного спектру як медико-педагогічної проблеми

Розлади аутистичного спектра — це група порушень, які характеризуються труднощами у спілкуванні та соціальній взаємодії [25]. За сучасними дослідженнями, РАС спостерігається приблизно в одній дитині із 59. Аутизм не є хворобою, а розладом розвитку, який впливає на різні аспекти життя людини. Відповідно до чинної в Україні Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), аутизм належить до загальних розладів психологічного розвитку (код F84).

У новій редакції класифікації — МКХ-11, затвердженій у 2018 році, введено діагноз «розлад аутистичного спектра» (код 6A02). У ній розлади поділяються на підтипи з урахуванням інтелектуальних особливостей і здатності використовувати функціональну мову — як усну, так і письмову.

Варто зазначити, що розлади аутистичного спектра мають широкий діапазон проявів і не характеризуються єдиною схемою симптомів чи рівнем порушень. У світовій науковій літературі використовується термін *autism spectrum disorder (ASD)* — українською «розлади аутистичного спектра» (РАС) [25]. Основними проявами аутизму є труднощі у розвитку соціальних навичок, схильність до повторюваних дій, порушення мовленнєвого та невербального спілкування, а також особливості навчання й індивідуального розвитку [1].

ВООЗ оцінює глобальну поширеність розладів аутистичного спектра (РАС) на рівні близько 0,76% серед дитячого населення світу [9]. За даними Центрів контролю та профілактики захворювань США, приблизно 1,68% дітей віком 8 років, тобто одна дитина з 59, мають діагноз РАС. У 2016 році, за

повідомленнями батьків, цей показник був дещо вищим — 2,5%. Відповідно до даних Мережі моніторингу аутизму та порушень розвитку (ADDM), поширеність РАС збільшилася більш ніж удвічі між 2002 та 2012 роками [9].

Зростання кількості діагностованих випадків частково може бути пов'язане зі змінами в підходах до діагностики. Так, дослідження, проведене в Данії, показало, що «підвищення рівня виявлення РАС у 1980–1991 роках значною мірою було результатом оновлення діагностичних критеріїв та включення амбулаторних даних, а не реального збільшення кількості випадків» [9].

РАС зустрічається серед представників усіх расових, етнічних і соціально-економічних груп, проте рівень діагностування не є однаковим у різних категоріях населення. Розлади частіше виявляються у «хлопчиків, хоча нещодавній метааналіз засвідчив, що реальне співвідношення між хлопчиками та дівчатками становить приблизно 3:1, а не 4:1, як вважалося раніше. Крім того, дівчатка, які відповідають діагностичним критеріям РАС, частіше залишаються без офіційного діагнозу» [46].

Так званий «жіночий фенотип аутизму» може пояснювати ці відмінності: дівчата часто мають менш помітні симптоми або схильні маскувати соціальні труднощі за допомогою механізму, відомого як «камуфлювання», що ускладнює вчасне виявлення розладу. Додатково, гендерні стереотипи та сприйняття аутизму як «чоловічого» розладу також можуть бути перешкодою для своєчасної діагностики у дівчат [1].

Деякі генетичні синдроми мають підвищену ймовірність виникнення РАС порівняно із загальною популяцією. До них належать синдром крихкої Х-хромосоми, туберозний склероз, синдром Дауна, синдром Ретта та інші [9]. Серед додаткових факторів ризику РАС також називають вік батьків і недоношеність дитини. Це може пояснюватися тим, що з віком у статевих клітинах накопичуються мутації, які здатні підвищувати ризик генетичних відхилень і ускладнень під час вагітності, зокрема передчасних пологів.

РАС є «нейробіологічним розладом, на розвиток якого впливають як

генетичні, так і середовищні чинники, що діють на мозок у процесі його дозрівання» [9]. Хоча дослідження у цій сфері тривають і поступово розширюють розуміння етіології РАС, наразі єдиної причини виникнення цього розладу не встановлено [47].

Нейропатологічні дослідження, хоч і обмежені, вже виявили структурні відмінності у мозочку, аномалії лімбічної системи, а також зміни кори лобової та скроневої ділянок мозку. Зокрема, дослідження «неокортикальної архітектури у дітей раннього віку засвідчили локальні порушення шарової структури кори, що може свідчити про проблеми з формуванням нейронних шарів і процесом диференціації клітин» [52].

Крім того, у дітей з РАС описано надмірне зростання мозку, яке проявляється збільшенням кори головного мозку та об'єму цереброспінальної рідини, — це питання нині є предметом активних наукових досліджень. Відомо також, що «генетична схильність відіграє помітну роль у розвитку РАС: брати та сестри осіб з аутизмом мають підвищений ризик отримати аналогічний діагноз порівняно із середньопопуляційними показниками, а рівень збігу діагнозу у монозиготних близнюків значно вищий, хоча й не досягає 100%» [55].

У підсумку, наукові дослідження продовжують виявляти чинники, що корелюють із підвищеним ризиком розвитку РАС, однак чітких причинних зв'язків поки що не встановлено. Це відкриває широкі можливості для подальших відкриттів, адже вчені продовжують вивчати як нові генетичні варіанти, що можуть передавати схильність до РАС, так і екологічні фактори, роль яких ще потребує глибшого дослідження.

Діагностика РАС здійснюється медичними фахівцями шляхом оцінювання поведінкових проявів і розвитку дитини. Розлад зазвичай можна достовірно визначити вже у віці близько двох років. Важливо якомога раніше звернутися за «фаховим обстеженням, адже своєчасна діагностика дає змогу швидше розпочати корекційне втручання та надання необхідних послуг» [38].

Процес діагностики у дітей раннього віку зазвичай включає два етапи

[48].

Перший етап — загальний скринінг розвитку під час профілактичних оглядів дитини.

Кожна дитина має проходити регулярне обстеження у педіатра або лікаря раннього розвитку. Американська академія педіатрії рекомендує «проводити скринінг на затримку розвитку під час планових оглядів у віці 9, 18, 24 або 30 місяців, а також перевірку на аутизм під час візитів у 18 та 24 місяці» [1].

Додаткове обстеження може бути рекомендовано дітям, які мають підвищений ризик розвитку РАС або ознаки затримки розвитку. До таких груп належать діти, у яких:

- є член сім'ї з діагнозом РАС;
- спостерігається поведінка, типова для аутизму;
- батьки старшого віку;
- наявні генетичні порушення;
- або дуже низька маса тіла при народженні.

Врахування досвіду та труднощів, з якими стикаються опікуни, є невід'ємною складовою процесу скринінгу дітей раннього віку. Під час обстеження лікар може ставити запитання щодо поведінки дитини та аналізувати отримані відповіді разом із результатами скринінгових інструментів для виявлення РАС і власними клінічними спостереженнями. Якщо в ході такого оцінювання виявляються відхилення у розвитку, поведінці чи функціонуванні дитини, фахівець може направити її на додаткове обстеження.

Другий етап — поглиблена діагностична оцінка [48].

Надзвичайно важливо якнайраніше виявляти та точно діагностувати дітей із розладами аутистичного спектра, адже це дозволяє краще зрозуміти їхні індивідуальні сильні сторони та труднощі. Рання діагностика допомагає батькам і опікунам визначити, які освітні програми, терапевтичні методи та підтримувальні послуги будуть найбільш ефективними для розвитку їхньої

дитини.

Поглиблену діагностику проводить мультидисциплінарна команда фахівців, яка має досвід роботи з дітьми, що мають РАС. До складу такої команди зазвичай входять дитячі неврологи, педіатри з розвитку, логопеди, дитячі психологи й психіатри, спеціалісти з освіти та ерготерапевти. Такий підхід забезпечує комплексну оцінку стану дитини та сприяє розробленню індивідуальної програми підтримки і розвитку.

Діагностичне обстеження зазвичай охоплює:

- медичний і неврологічний огляд;
- оцінку когнітивних здібностей дитини;
- аналіз мовленнєвого розвитку;
- спостереження за поведінкою;
- бесіди з вихователями або педагогами щодо особливостей поведінки та розвитку;
- оцінку вікових навичок самообслуговування (прийом їжі, одягання, користування туалетом) [2].

Оскільки РАС є «комплексним розладом, який може поєднуватися з іншими захворюваннями або труднощами у навчанні, обстеження може також включати лабораторні аналізи крові та перевірку слуху» [9].

Дорослі, які помічають у себе або близьких ознаки РАС, повинні звернутися до медичного фахівця для отримання направлення на діагностичну оцінку. Хоча діагностика аутизму у дорослих ще вдосконалюється, їх можуть направити до нейропсихолога, психолога або психіатра, який має досвід у роботі з РАС. Під час оцінки спеціаліст зазвичай «уточнює інформацію про соціальні труднощі, особливості спілкування, сенсорні чутливості, повторювану поведінку та обмежене коло інтересів» [62].

Також обстеження може включати співбесіду з членами родини або опікунами, щоб отримати відомості про ранній розвиток людини, що допомагає забезпечити точність діагнозу.

Отримання точного діагнозу РАС у дорослому віці може допомогти

людині краще «усвідомити власний життєвий досвід, зрозуміти причини попередніх труднощів, визначити свої сильні сторони та знайти оптимальні шляхи підтримки» [63]. Наразі тривають дослідження, спрямовані на визначення найефективніших видів допомоги та послуг, які сприяють покращенню соціального функціонування та інтеграції молоді й дорослих з аутизмом у перехідному віці.

У сучасному дитячому середовищі спостерігається «збільшення кількості та різноманітності випадків порушень розвитку, що охоплюють як окремі труднощі (наприклад, затримку мовлення чи проблеми з моторикою), так і комплексні порушення, які поєднують кілька дефіцитів одночасно — аутизм, синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) або сенсорні інтеграційні розлади» [61].

Наукові джерела підкреслюють необхідність індивідуального підходу під час вибору корекційних стратегій. Останніми роками питання дослідження та корекції психічних розладів у дітей набуває «особливої актуальності, і РАС вважаються одним із найсерйозніших викликів для сучасної освітньої системи» [57].

Сучасні дослідження свідчать, що «аутизм приблизно у чотири рази частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчат, і нині він розглядається як особливий тип порушення розвитку, пов'язаний зі специфічними біологічними відхиленнями у дитини» [58].

Попри значний прогрес у вивченні цього розладу, його природа залишається недостатньо дослідженою. Уже відомо, що РАС має «системний характер, виявляючись не лише у порушеннях вищої нервової діяльності, а й у соматичних проблемах» [53].

Французький психіатр Жан Ітар одним із перших провів ґрунтовні дослідження уваги, пам'яті та здатності до наслідування у дітей з подібними розладами. Учений дійшов висновку, що ці «діти страждають на інтелектуальний мутизм, мають труднощі із соціалізацією, складно встановлюють дружні стосунки з однолітками, сприймають дорослих

переважно як засіб для задоволення власних потреб та відчують значні труднощі у розвитку мовлення» [52].

Дослідники визначили методи діагностики і корекції для дітей з аутизмом, а також розробили підходи до відновлення мовленнєвих та освітніх навичок. Жан Ітар пропонував «розрізняти дітей із диференційованими розладами та тих, у кого спостерігаються порушення інтелектуального розвитку» [52]. Проте його роботи не отримали широкого визнання серед сучасників. Лише у 1910 році швейцарський психіатр Юджин Блейер, вивчаючи шизофренію, вперше вжив термін «аутизм» як один із симптомів цього захворювання [1]. У контексті шизофренії аутизм розглядався як надмірне занурення у власний внутрішній світ, що проявлялося у відриві від реальності та зосередженості на фантазіях [9].

Австрійський педіатр Лео Каннер у 1943 році дослідив 11 дітей, які відзначалися схильністю до самотності та нав'язливим прагненням до стабільності оточення. Саме він вперше ввів термін «ранній дитячий аутизм», що згодом отримав назву «класичний аутизм», і визначив цей розлад як окрему патологію, що потребує лікування [61].

Сучасна наука застосовує термін «розлади аутистичного спектру» (РАС), що об'єднує «різні форми аутизму, які історично розглядалися як окремі порушення. Дитячий аутизм нині трактують як особливий тип дитячої патології, для якої характерні порушення комунікативних та соціальних навичок, загальні чутливі труднощі та проблеми у встановленні активних взаємозв'язків із динамічним оточенням» [2].

Аутистична поведінка зазвичай проявляється ще в ранньому дитинстві, проте її часто не помічають або плутають із віковими особливостями. Дослідження показують, що близько 70% осіб із РАС мають супутні психічні розлади, які можуть негативно впливати на повсякденне функціонування. Одним із яскравих симптомів РАС може бути «низький рівень інтелекту (IQ нижче 70), що спостерігається приблизно у 50% людей із цим порушенням» [22].

РАС охоплюють широкий діапазон станів, що характеризуються «нетиповою поведінкою, труднощами у соціальній взаємодії та комунікації (як вербальній, так і невербальній), а також стереотипними формами дій, обмеженим колом інтересів і занять» [28]. Ця група розладів вирізняється значною різноманітністю — від тяжких форм, таких як класичний аутизм Каннера, до більш м'яких варіантів. Хоча наразі не існує специфічного лікування РАС, постійно розробляються й удосконалюються методики, спрямовані на «корекцію поведінкових і когнітивних порушень, розвиток навичок навчання та соціалізації дітей і дорослих з такими особливостями» [30].

Відповідно до досліджень австрійського педіатра й психіатра Ганса Аспергера, «аутизм має неврологічне та біологічне підґрунтя, проте точні причини його виникнення залишаються невизначеними» [35]. Статистичні дані свідчать, що на частку медичних факторів припадає менше 10% випадків аутизму. Оскільки спеціального діагностичного тесту для визначення РАС не існує, діагноз встановлюють на основі характерних поведінкових ознак. Фахівці виокремлюють приблизно 60 різних метаболічних, неврологічних і хромосомних порушень, які можуть бути пов'язані з аутизмом. Молекулярно-генетичні дослідження виявили низку генів, асоційованих із цим розладом, однак підтверджено, що «аутизм є генетично гетерогенним станом, що пояснює різноманітність його фенотипічних проявів. Якщо в родині вже є дитина з РАС, ризик народження ще однієї дитини з подібним розладом зростає удвічі» [40].

Прояви соціальної поведінки та взаємодії можуть включати такі особливості:

- нестійкий або слабко виражений зоровий контакт;
- враження, що людина не дивиться на співрозмовника і не реагує на його слова;
- обмежений обмін емоціями чи зацікавленням щодо певних предметів або видів діяльності;
- відсутність або уповільнена реакція на звертання по імені чи на

інші спроби привернути увагу;

- схильність довго говорити про власні інтереси, не помічаючи байдужості співрозмовників або не даючи їм можливості відповісти;
- використання міміки, жестів і рухів, які не узгоджуються зі змістом висловлювань;
- незвичний тембр голосу — співучий, монотонний або схожий на роботизований;
- труднощі у сприйнятті точки зору іншої людини, а також у розумінні чи передбаченні її дій;
- проблеми з адаптацією поведінки до соціального контексту;
- складнощі у спільних іграх, творчій взаємодії або встановленні дружніх стосунків [48].

Обмежувальна та повторювана поведінка може проявлятися у таких формах:

- повторення певних дій або висловлювань, зокрема слів чи фраз (ехолалія);
- сильна та тривала зацікавленість окремими темами, наприклад числами, деталями чи фактами;
- надмірна зосередженість на конкретних об'єктах або їх частинах, зокрема на рухомих елементах;
- емоційне засмучення через незначні зміни у звичному розпорядку дня чи труднощі з переходом від однієї діяльності до іншої;
- підвищена або знижена чутливість до сенсорних подразників — світла, звуків, одягу, температури тощо [46].

Особи з аутистичного спектра також можуть мати виражені сильні сторони, зокрема:

- здатність глибоко занурюватися в тему, детально вивчати інформацію й запам'ятовувати її надовго;
- добре розвинену візуальну та слухову пам'ять;
- високі здібності в галузях математики, природничих наук, музики

чи мистецтва.

Етіологія та патогенез РАС залишаються не до кінця з'ясованими, проте вважається, що розвиток цих розладів має багатофакторний характер і пов'язаний із поєднанням біологічних (генетичних, диснейрогенетичних, нейрохімічних, імунологічних) та психосоціальних чинників.

У дошкільному віці симптоми РАС можуть проявлятися у вигляді обмежених сюжетно-рольових ігор, незвичних або надмірно зосереджених інтересів, а також ригідності у поведінці. У дітей шкільного віку часто спостерігається «схильність до конкретного чи буквального мислення, труднощі з розумінням емоцій, а також бажання спілкуватися з однолітками за наявності недостатніх соціальних навичок або невідповідного способу взаємодії» [51].

Для виявлення можливих проявів РАС у цих вікових групах застосовують низку скринінгових інструментів, зокрема «Опитувальник соціальної комунікації (SCQ), Шкалу соціальної реакції (SRS) та Опитувальник скринінгового спектра аутизму (ASSQ)» [53].

Серед поведінкових і психіатричних супутніх станів при РАС часто зустрічаються «тривожні розлади, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), obsесивно-компульсивний розлад, розлади настрою та інші форми деструктивної поведінки» [48]. За даними досліджень, частота виявлення СДУГ у людей із РАС становить від 25% до 81%. Нещодавній метааналіз показав, що протягом життя тривожні розлади спостерігаються у 42% дорослих із РАС, а депресивні — у 37%. Серед дітей із РАС, які проходили корекційні програми, поширеність тривожних розладів була аналогічною — 42%. Крім того, у цьому дослідженні зафіксовано «коморбідний опозиційний розлад — 46% випадків (стан, що характеризується стійкими моделями негативної та ворожої поведінки щодо авторитетних дорослих — батьків, учителів тощо), а також розлади настрою — 8%. Загалом 66% з понад 600 обстежених пацієнтів мали більше ніж один супутній психічний стан» [53].

1.2. Характеристика мовленнєвого розвитку дітей з РАС

Порушення мовленнєвого розвитку є одним із найхарактерніших і найпоширеніших проявів РАС. Особливості мовлення при РАС можуть значно варіюватися за формою, інтенсивністю та динамікою і часто пов'язані з труднощами комунікації. У наукових і методичних джерелах питання корекції комунікативних порушень висвітлюються переважно частково та несистемно. Водночас бракує «узагальнених, практично орієнтованих рекомендацій щодо впровадження комплексного підходу до мовленнєвої терапії, що значно ускладнює роботу фахівців на практиці» [46].

Прояви РАС можуть суттєво відрізнятися як за своїми характеристиками, так і за ступенем вираженості, що зумовлює існування різних форм аутизму у дітей. Кожна з них «потребує індивідуалізованого підходу до догляду, навчання та корекційної роботи» [54].

Перш ніж детально розглядати особливості мовленнєвого розвитку дітей із РАС, варто виокремити основні групи таких дітей.

Нездатність дитини встановлювати повноцінний контакт із навколишнім світом і людьми в ранньому віці суттєво впливає на її психічний розвиток і ще більше ускладнює процес соціальної адаптації. Відсутність мовлення часто стає першим тривожним сигналом для батьків дітей із РАС, який спонукає їх звернутися по допомогу до фахівців — логопеда, дефектолога, психолога чи невролога.

Діти з розладами аутистичного спектра демонструють широкий спектр мовленнєвих порушень, серед яких найпоширенішими є:

- алалія — повна відсутність мовлення;
- мутизм — відмова від мовлення за наявності фізичної можливості говорити;
- дизартрія — труднощі з артикуляцією та правильною вимовою звуків;
- апраксія — порушення здатності виконувати узгоджені рухи,

зокрема мовленнєві;

- системне недорозвинення мовлення — загальне відставання у формуванні мовленнєвих навичок [62].

Науковці, серед яких Н. Базима, І. Григус, Т. Коломоєць, К. Островська, І. Савенкова, Ю. Сіденко, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко та інші, детально досліджують мовленнєві порушення як один із найпомітніших проявів РАС [3; 11; 18; 29; 39; 42; 45; 46; 52; 60; 63]. Водночас характер і ступінь мовленнєвих порушень можуть значно відрізнятися залежно від генетичних, біологічних, соціальних чинників, а також супутніх захворювань.

На основі своїх досліджень Т. Скрипник виокремлює такі типи мовленнєвих порушень у дітей із РАС:

1. Первинний мутизм — відсутність голосу від самого початку розвитку дитини.
2. Формально нормальний розвиток мовлення до 2–2,5 років із подальшим різким регресом аж до повного мутизму.
3. Регрес мовлення, що триває до 2–2,5 років (або проявляється у віці 2,5–6 років), коли на тлі нібито «правильного» мовленнєвого розвитку згодом спостерігається його спотворення чи деградація через 5–7 років.
4. Затримка або недорозвинення мовлення, яке поєднується з функціональними порушеннями.
5. Загальні порушення мовленнєвого розвитку [48].

У працях М. Шеремет та Д. Шульженко особлива увага приділяється «специфіці становлення контактного періоду в розвитку дітей із розладами аутистичного спектра, що свідчить про наявність порушень у їхніх комунікативних функціях» [60; 61]. Враховуючи особливості формування мовлення на ранніх етапах розвитку, науковці виокремлюють чотири основні варіанти мовленнєвих розладів у дітей із РАС. Перший варіант мовленнєвого розвитку характеризується надзвичайно раннім формуванням рухових навичок — діти починають ходити вже у віці 2–6 місяців. Так само рано, приблизно у

5–7 місяців, з'являється бурмотіння. Проте перші слова виникають у період від 8 до 12 місяців, що значно випереджає типовий темп мовленнєвого розвитку. Водночас ці слова зазвичай не мають комунікативного значення та не пов'язані з реальними потребами дитини чи її оточенням. Наприклад, малюк може вимовляти слова на кшталт «свист», «травичка», які не мають для нього змістового навантаження. Навіть слова «мама», «тато», «бабуся» можуть уживатися без усвідомлення їхнього значення чи зв'язку з конкретними людьми. Характерною рисою таких «ранніх мовних проявів є складна звукова структура, яку дитина відтворює з дивовижною точністю» [57].

Досить часто у віці 2–2,5 років у таких дітей спостерігається регрес мовлення, який може бути зумовлений «зовнішніми негативними чинниками — соматичними захворюваннями, психічними травмами» тощо [59]. Іноді ж регрес відбувається без очевидних причин, супроводжуючись майже повною втратою раніше набутих мовленнєвих навичок. У деяких випадках це призводить до повної відмови від мовлення: дитина починає вимовляти лише окремі звуки чи голосні, повторює почуті раніше слова або прості фрази без усвідомлення їхнього змісту.

Попри зовнішню відсутність мовлення, у таких дітей нерідко зберігається й навіть розвивається внутрішнє мовлення, що є певним парадоксом [51]. Це потребує тривалого та уважного спостереження, оскільки іноді може створювати враження, що дитина не сприймає звернене до неї мовлення. Водночас вона не завжди одразу реагує або виконує словесні інструкції.

Інший тип мовленнєвого розвитку при РАС пов'язаний із затримкою формування мовлення. Такі діти починають ходити пізніше — приблизно у 3–5 місяців, а перші прояви лепету з'являються у віці 5–11 місяців. Перші слова вони зазвичай починають вимовляти у проміжку від 1 року 2 місяців до 3 років. Ці ранні слова мають стереотипний характер, часто не пов'язані з конкретними людьми або ситуаціями. Для їхнього мовлення типовими є «спотворення звукової структури слів, уповільнений темп мовлення, хоча в

окремих випадках він може бути й прискореним» [45].

Діти з такими особливостями мовленнєвого розвитку зазвичай не виявляють достатньої мотивації до активного мовлення, що пов'язано зі зниженим психічним тонусом. Це призводить до «повільного збагачення словникового запасу, який формується переважно за рахунок механічного запам'ятовування та схильності до стереотипних мовних конструкцій. Унаслідок цього розвиток лексики відбувається вкрай повільно» [47].

Фразове мовлення у таких дітей формується з великими труднощами, а власні висловлювання часто мають граматичні помилки або взагалі відсутні. Вони зазвичай не розрізняють рід і число слів, надають перевагу інфінітивним формам дієслів і рідко використовують прикметники. Особливі складнощі виникають із засвоєнням особових займенників, особливо «я»: дитина або зовсім не вживає його, або говорить про себе в третій особі, наприклад — «Віталія гуляє» [43].

Для цієї групи дітей також характерне накопичення великої кількості мовленнєвих кліше та цитат із улюблених мультфільмів чи книг, які вони відтворюють без урахування ситуації. Таке «механічне мовлення часто не має зв'язку з реальним контекстом і може вживатися невідповідно до часу або місця» [41]. Проте завдяки систематичній та цілеспрямованій корекційній роботі поступово спостерігається зменшення використання таких мовленнєвих стереотипів і розвиток більш осмисленого мовлення.

Слід зазначити, що діти погано розуміють звернену до них мову дорослих і рідко виконують словесні інструкції. Їхня мова часто містить «численні стереотипні вислови, які практично не забезпечують повноцінного спілкування, через що діти не ставлять запитань і не відповідають на них» [30].

У цих дітей також спостерігається рухова нестійкість, що проявляється порушенням загальної, дрібної та суглобової моторики, а також значним зниженням м'язового тону [3], що істотно уповільнює розвиток мовлення.

Третій варіант мовленнєвого розвитку у дітей з РАС характеризується

«раннім настанням основних етапів мовного формування порівняно з однолітками» [2]. Перші слова з'являються у віці 6–12 місяців, а перші речення – у 12–16 місяців. Батьки часто дивуються, коли дитина починає говорити «дорослими» коментарями, швидко поповнює словниковий запас і будує граматично правильні речення. Проте згодом виявляється, що дитина не вміє підтримувати діалог і використовує речення стереотипно.

Діти з третім типом яскраво реагують на різнобарвне мовлення та здатні складати монологи. У спонтанному мовленні вони правильно використовують граматичні конструкції і часто застосовують відповідні мовні кліше. Особливістю цього типу є підвищена увага до звукового боку слів: їх більше цікавить звучання слова, ніж його зміст. Вони люблять грати словами, змінювати окремі звуки та переставляти склади. У деяких випадках захоплення красою та можливостями мовлення перетворюється на справжню пристрасть, яку можна визначити як феномен «любові до слова». Позитивним є те, що, незважаючи на глибоке розуміння мови, такі діти не завжди прагнуть або готові виконувати словесні інструкції, оскільки їхня вибірковість зумовлена особистими бажаннями та уподобаннями.

Для дітей із таким типом розвитку мовлення характерна специфічна манера говоріння: напружений голос, підвищена гучність наприкінці речень, прискорений темп, використання незрозумілих слів, опущення або заміна звуків, нечітка вимова. Іноді їхня мова може звучати мелодійно. Діти особливо реагують на емоційні інтонації дорослих. Особлива вимова та плавність мови пояснюються підвищеним м'язовим тонусом.

Четвертий тип мовленнєвого розвитку має ряд особливостей, що відрізняють його від інших моделей. Початковий розвиток мови у таких дітей зазвичай відповідає нормі, проте у віці 2–2,5 років часто спостерігається різке зниження мовленнєвої активності та регрес, який може виникати після соматичних захворювань або психологічної травми.

Хоча цей регрес не призводить до повного мутизму, мовленнєвий розвиток ніби «зупиняється» на рівні 5–6 років. Це проявляється у значному

скороченні активного словника, а експресивне та рецептивне мовлення наближається до рівня дітей із затримкою психічного розвитку. У цей період фразова мова практично зникає: дитина не може відповідати на запитання або повторює їх. Водночас пасивний словниковий запас залишається багатим і відповідає віковій нормі.

Слід зазначити, що у стресових або емоційно напружених ситуаціях дитина може чітко вимовляти всі звуки та складні сполучення, тоді як у звичайних умовах її мова уповільнюється, іноді спостерігається заїкання. Також характерною особливістю виступає підвищена чутливість до структури слів, зокрема майже повна відсутність чергування слів і складів. Такі діти краще розуміють словесну інформацію і реагують на її зміст. Використання «першої особи для опису себе у них з'являється трохи пізніше, ніж у дітей з третім варіантом РАС» [2].

Ці особливості мовленнєвого розвитку дітей четвертого типу свідчать про необхідність розробки спеціальних методів діагностики та корекції, спрямованих на відновлення та стимулювання мовленнєвої активності. У 21% дітей спостерігаються порушення мовлення, які проявляються слабкою або повною відсутністю реакції на іноземну мову; вони віддають перевагу тихому мовленню та мають труднощі із розумінням словесних інструкцій [22].

У 49% дітей виявлені розлади експресивного мовлення, що включають затримку або відсутність ходьби, бурмотіння, слабку модуляцію голосу, запізнілий або ранній початок перших слів, часто з відлунням. Спостерігаються регрес мовлення на рівні окремих слів, затримка побудови речень, а речення часто не відповідають навколишньому контексту. Характерними є цитати ехолалії, ритмічні та формульні форми ехолалії, а також повільна ехолалія. Дослідження показують «тенденцію мовлення до ритму, декларативності, рими та інтонації, а також регрес на рівні фразового мовлення» [27].

Враховуючи різне походження та патогенетичні механізми аутизму, дослідники виділяють кілька типів мовленнєвих порушень у дітей з РАС [20]:

- Мовлення, порушене через затримку розвитку – характеризується диспропорційністю мовних рухів, фізіологічною ехолалією, обмеженим словниковим запасом та іншими проблемами, що виникають на тлі загальної затримки розвитку.

- Мовлення, пов'язане із затримкою самосвідомості – проявляється у неправильному вживанні займенників і дієслівних форм, що відображає затримку розвитку самосвідомості.

- Кататонічні порушення мовлення – включають ехолалію, внутрішню втрату мови, німоту, спів, а також протяжну або прискорену мову, порушення тембру, темпу та інтонації.

- Психічний регрес – характеризується поверненням мовлення до більш ранніх рівнів розвитку, зокрема до домашнього фонематичного рівня.

- Порушення мовлення, пов'язані з патологією асоціативного процесу – проявляються у порушенні смислової сторони мовлення, що виражається у неповному або неузгодженому поєднанні слів.

Таким чином, у дітей із РАС спостерігається широкий спектр мовленнєвих порушень. Незважаючи на різноманіття мовленнєвого розвитку в цій групі, можна виділити характерні ознаки: відсутність комунікативної спрямованості мовлення, його фрагментарність та спотворення, поєднання недорозвиненості та прискореного розвитку, а іноді й регрес аж до мутизму.

1.3. Особливості використання сенсорної інтеграції в роботі з дітьми з РАС

Сприйняття навколишнього світу є невід'ємною передумовою ефективного функціонування будь-якого живого організму. Навіть найпростіші одноклітинні форми життя, такі як амеби чи бактерії, постійно отримують, аналізують і використовують інформацію для покращення умов власного існування. Людина, як складна біологічна система, сприймає реальність за допомогою п'яти основних органів чуття — зору, слуху, нюху, смаку та дотику. Проте «можливості людського організму значно ширші: він

реагує також на такі подразники, як температура, сила тяжіння, біль, рух, відчуття голоду, спраги, тиску тощо» [1].

Механізм сприйняття інформації у людини полягає в тому, що зовнішні та внутрішні сигнали перетворюються на нервові імпульси, які надходять до кори головного мозку, де здійснюється їх обробка та інтерпретація. Цей «складний і багаторівневий процес забезпечується розгалуженою системою сенсорних рецепторів і аналізаторів» [5].

Отже, сенсорну систему людини можна визначити як «сукупність взаємопов'язаних периферійних і центральних структур нервової системи, що відповідають за сприйняття, передавання та аналіз різноманітних сигналів із зовнішнього середовища й внутрішніх органів» [8].

Існує кілька варіантів класифікації сенсорних систем, проте найчастіше виділяють такі їхні основні типи:

- зорова система;
- слухова система;
- нюхова система;
- смакова система;
- тактильна система;
- пропріоцептивна система;
- вестибулярна система [11].

Усі сенсорні системи функціонують не ізольовано, а у тісній взаємодії між собою. Сприйняття навколишнього світу має ієрархічну структуру, що «охоплює різні рівні емоційної та когнітивної обробки — від простих до складних форм» [24]. Цілісність сприйняття досягається завдяки інтеграції інформації різних модальностей: соматосенсорні, зорові та слухові сигнали поєднуються й аналізуються на рівні кори головного мозку. Це дає змогу людині усвідомлено взаємодіяти з довкіллям — бачити, чути, торкатися та досліджувати об'єкти.

Крос-модальна (міжсенсорна) взаємодія, що відбувається в корі головного мозку, забезпечує формування цілісного уявлення та ставлення до

об'єктів навколишньої дійсності [26]. Крім того, взаємозв'язок між різними сенсорними та емоційними системами проявляється у взаємному впливі їхньої збудливості. Саме цим пояснюються явища на кшталт «зменшення больової чутливості під час прослуховування музики, погіршення зорового сприйняття через шум або підвищення слухової чутливості за умов яскравого освітлення» [37].

Порушення роботи сенсорної системи може проявлятися у вигляді підвищеної (гіперчутливість) або зниженої (гіпочутливість) реакції на різні подразники. У разі гіперчутливості навіть нейтральні стимули, які не викликають дискомфорту в інших людей, можуть сприйматися як надто інтенсивні або навіть болючі. При гіпочутливості, навпаки, «подразник може залишатися непоміченим, а реакція на нього — відсутньою» [44].

Якщо у дитини спостерігається знижена чутливість до сенсорних подразників, її реакції на сенсорне навантаження відрізняються від звичних — вони можуть бути слабо вираженими або взагалі не проявлятися. Це свідчить про «підвищений поріг чутливості, коли для появи відповіді потрібен більш інтенсивний або специфічний стимул» [50].

Діти зі зниженою чутливістю часто прагнуть сильніших відчуттів або ж, навпаки, не реагують на сенсорні сигнали, що надходять до центральної нервової системи. Такі діти «потребують особливої уваги й постійного нагляду дорослих, оскільки мають схильність до ризикованої поведінки та можуть наражатися на небезпеку, щоб підвищити рівень їхньої активності й зосередженості, іноді необхідні додаткові сильні сенсорні стимули» [1].

У випадках гіперчутливості, коли органи чуття надмірно реагують на сенсорні стимули, дитина може намагатися самостійно врівноважити сенсорне навантаження через самостимуляційні дії — наприклад, розмахування руками, здійснення вібраційних рухів або повторення певних звуків. Діти з підвищеною сенсорною чутливістю часто демонструють сильні, переважно негативні реакції на звичайні подразники. Вони мають «низький поріг сприйняття, через що нервова система швидко збуджується»

[64].

Стимули, які для більшості людей залишаються непомітними, для таких дітей можуть бути надмірно інтенсивними й викликати значний дискомфорт. У результаті формується своєрідний емоційний захист, що часто проявляється у вигляді поведінки уникнення. Якщо ж дитина не має змоги уникнути подразника, це може призвести до неадекватних реакцій — спалахів роздратування, агресії або різко вираженої тривожності щодо джерела неприємного впливу. Саме тому надзвичайно важливо вчасно розпізнати такі прояви та зменшити інтенсивність сенсорних ефектів [68].

Деякі діти можуть змінювати рівень чутливості до одних і тих самих подразників залежно від ситуації чи стану. На думку дослідників, «одна з можливих причин цього полягає в тому, що у частини гіперчутливих дітей при надмірному перевантаженні сенсорної системи відбувається тимчасове «відключення» її обробки, що проявляється подібно до гіпочутливості» [67].

Коли порушується процес адаптації та фільтрації сенсорної інформації, насамперед «страждає функція уваги: людина втрачає здатність зосереджуватися на певних об'єктах чи діях і не може відокремити важливі стимули від другорядних» [62]. У дітей із РАС часто спостерігаються «дисфункції однієї або кількох сенсорних систем, які можуть проявлятися у різних формах, навіть у межах однієї системи. Такі порушення виражаються через специфічні форми поведінки, що мають захисний або компенсаторний характер» [61].

Важливою особливістю дітей з аутизмом є специфічні сенсорні риси — підвищена або знижена чутливість до різних видів стимулів: дотикових, слухових, нюхових, смакових, зорових і рухових. Ці сенсорні відмінності безпосередньо впливають на поведінку дитини та її здатність взаємодіяти з навколишнім середовищем [37].

Прояви гіпер- або гіпочутливості, труднощі з фільтрацією та адаптацією до сенсорних стимулів, а також порушення взаємодії між різними сенсорними системами формують характерні моделі поведінки, які нерідко

свідчать про наявність емоційних труднощів. Частина з цих моделей має захисне значення, інші допомагають дитині заспокоїтися в стресових ситуаціях, а деякі компенсують дефіцити в інших сенсорних сферах. При цьому подібна поведінка може мати різні причини. Наприклад, «відмова дитини мити руки може бути наслідком підвищеної тактильної чутливості, непереносимості запаху мила або надмірної яскравості освітлення у ванній кімнаті» [34].

Відмова дитини від деяких видів їжі може бути зумовлена не лише її смаковими особливостями, а й неприємними тактильними чи пропріоцептивними відчуттями, які виникають у роті під час їжі. Водночас один і той самий емоційний стимул може провокувати різні поведінкові реакції. Наприклад, «різкий або неприємний звук може спонукати дитину затуляти вуха, кричати, кусати себе чи навколишні предмети, або ж гризти комір одягу» [30].

Очевидно, що такі емоційні порушення здатні суттєво впливати навіть на повсякденне життя дитини вдома, не кажучи вже про перебування у школі, дитячому садку чи в громадських місцях. Вони можуть ускладнювати навчання, соціальну взаємодію та комунікацію з оточенням. Тому «підтримка дітей із РАС має обов'язково включати заходи, спрямовані на поліпшення роботи емоційних і сенсорних систем» [26].

На сьогодні розроблено й активно застосовується низку спеціальних методик і програм, покликаних підвищити ефективність функціонування сенсорних систем. Особливого поширення набув підхід, спрямований на розвиток емоційної та сенсорної інтеграції. Згідно з визначенням А. Банді, С. Лейн та Е. Мюррей, сенсорна інтеграція — це «неврологічний процес, який впорядковує сигнали, що надходять як із зовнішнього середовища, так і з власного тіла, забезпечуючи оптимальне використання цих відчуттів у діяльності організму» [5].

Сенсорна інтегративна терапія — це «програма корекційного втручання, яка передбачає використання спеціальних вправ і діяльності,

спрямованих на стимуляцію вищих сенсорних відчуттів, зокрема тактильних, вестибулярних і пропріоцептивних. Застосування цієї та подібних методик забезпечує значні позитивні результати для дітей з емоційними порушеннями» [3].

Першою та найважливішою умовою ефективності такого втручання є глибоке розуміння причин конкретних труднощів дитини. Надзвичайно важливо, щоб дорослі виявляли терпіння, повагу й емпатію до таких дітей, не засуджували їхню поведінку, що часто є наслідком сенсорних або емоційних труднощів, а натомість надавали необхідну підтримку. Для того щоб допомога була максимально ефективною, потрібно визначити, які саме сенсорні дисфункції має дитина, тобто скласти її індивідуальний сенсорний профіль, який є унікальним для кожної особи.

Аналіз зарубіжних досліджень свідчить, що для розуміння причин виникнення дисгнозій та інших проявів психічного дизонтогенезу доцільно використовувати методологію теорії емоційної інтеграції, розробленої Дж. Айрес [1]. Ця теорія наголошує на ключовій ролі сенсорної інтеграції у розвитку мовлення — як сприймального (рецептивного), так і виразного (експресивного), а також у формуванні різних видів праксису. Коректна сенсорна обробка є фундаментом для нормального мовленнєвого розвитку, адекватної поведінки та успішності дитини у навчанні.

На думку дослідників, розвиток усіх форм праксису тісно пов'язаний зі здатністю людини сприймати, обробляти й поєднувати вербальні та емоційні сигнали. Дж. Айрес визначає чотири основні етапи становлення сенсорної інтеграції, які охоплюють період від народження до приблизно семирічного віку:

- первинна адаптація органів чуття;
- активний сенсомоторний розвиток;
- формування перцептивно-моторної основи для когнітивного розвитку;
- розвиток вищих психічних функцій — таких як мовлення, мислення та

вольова регуляція [1].

Сенсорна інтеграція є несвідомим процесом, у ході якого мозок обробляє інформацію, отриману від органів чуття, та формує відповідну цілеспрямовану реакцію. Це «складний неврологічний механізм, який координує відчуття тіла й забезпечує їх ефективне використання у взаємодії з навколишнім середовищем» [4].

У межах теорії сенсорної інтеграції дослідники зазвичай виділяють дві головні групи порушень. Перша стосується відхилень, пов'язаних із труднощами в обробці сенсорної інформації, зокрема в процесі сенсорної модуляції. Друга охоплює «рухові розлади, спричинені сенсорними порушеннями, серед яких сенсорна диспраксія, порушення постави та гравітаційна незахищеність» [66].

Аналіз наукових досліджень у межах теорії сенсорної інтеграції свідчить, що сенсорна дисфункція виникає тоді, коли порушується здатність сенсорних систем розпізнавати, обробляти й поєднувати стимули, а також інтегрувати інформацію між різними сенсорними каналами. Унаслідок цього страждає формування адаптивної реакції на складні подразники, що проявляється у поведінці, руховій активності та цілеспрямованих діях людини. У дітей із мовленнєвими порушеннями такі труднощі «часто пов'язані зі слуховою гіперреактивністю або гіперакузією — станами, які в традиційній логопедії відносять до симптомів сенсорної алалії» [3].

Зарубіжні науковці розглядають подібні прояви у контексті сенсорної інтеграційної дисфункції, пов'язуючи їх із порушеннями сприйняття та обробки слухової інформації. Так, «слухова агнозія визначається як розлад, за якого виникають труднощі в розпізнаванні звуків, а гіперакузія — як надмірна чутливість до певних шумів, що сприймаються як надто гучні або болісні, є наслідком порушень сенсорної обробки» [5].

Крім того, «труднощі сенсорної переробки можуть бути пов'язані зі змінами реактивності сенсорних систем у ротовій ділянці, що спричиняє порушення кінестетичних і кінетичних навичок. За результатами детальної

діагностики сенсорних функцій і праксису у дітей із мовленнєвими порушеннями, проведеної за допомогою тесту SIPT Дж. Айрес, найбільші труднощі спостерігаються в таких сферах, як оральний праксис, динамічна організація та двобічна координація рухів, зорово-моторна узгодженість, локалізація тактильних подразників і пропріоцептивна чутливість» [1].

Проблема порушень різних форм праксису у дітей з мовленнєвими розладами вже тривалий час є предметом наукових досліджень (І. Мартиненко, Н. Гаврилова, О. Белова, С. Конопляста) [10; 24; 66]. Відомо, що різновиди диспраксії суттєво ускладнюють щоденну діяльність дитини, навчальний процес і виконання рухових дій.

У психолого-педагогічній літературі «диспраксія традиційно трактується як порушення праксису — здатності планувати, організовувати та виконувати цілеспрямовані дії» [10]. Стосовно дітей частіше вживається поняття «диспраксія розвитку», яке описує специфічний розлад, зумовлений порушеннями сенсорної інтеграції. Таке відхилення впливає на узгодженість тактильних, вестибулярних і пропріоцептивних відчуттів, що утруднює процес планування та реалізації рухів.

У межах теорії сенсорної інтеграції К. Рівз і Ш. Чермак виокремлюють два основні типи сенсорно-інтегративної диспраксії [4]:

- Соматодиспраксія — зумовлена недостатнім розвитком соматогнозису, тобто усвідомлення власного тіла. Цей тип пов'язаний із труднощами розпізнавання, організації та координації тілесних відчуттів. Порушення двосторонньої інтеграції та складних рухів, спричинене недостатньою обробкою вестибулярної та пропріоцептивної інформації.
- Соматодиспраксія найчастіше спостерігається у дітей з алалією та дизартрією. У той час як для дітей із нижчим рівнем мовленнєвого розвитку більш характерною є динамічна диспраксія, яка виявляється у труднощах виконання послідовних дій — як вербальних, так і мануальних чи загальнорухових.

У 2015 році відомий дослідник Ч. Ньюкітцен, аналізуючи вплив

дисфункцій сенсорної інтеграції на розвиток особистості у дітей із мовленнєвими порушеннями, виділив ряд характерних проблем [31]:

- дефіцит соматичного пізнання і пропріоцептивної чутливості, що формують базу тілесної самосвідомості;
- порушення сенсорної чутливості, включаючи гіперчутливість і гіпочутливість;
- постуральна незграбність чи загальна координаційна невпевненість тіла;
- труднощі у зоровому та зорово-просторовому сприйнятті;
- недосконалість зорово-моторної координації та зниження рівня уваги;
- незрілість моторної диференціації, зокрема прояви синкінезій;
- поява дзеркальних рухів;
- складнощі при виконанні рухів із перетином центральної лінії тіла;
- порушення двосторонньої координації рук;
- затримки у формуванні домінантної руки та латеральності;
- порушення синхронізації та ритмічності рухів.

Отже, у дітей із порушеннями мовлення часто спостерігаються проблеми з різними формами праксису: артикуляційного, орального, лицевого, вербального та пальцевого (за даними О. Белової, С. Коноплястої, І. Мартиненко). Крім того, вони стикаються з труднощами у моторному плануванні (Дж. Айрес) та мають порушення в білатеральній координації рухів і їхній динамічній організації (А. Банді, Ш. Лейн, Е. Мюррей).

Серед різноманітних моторних порушень, виявлених у дітей із мовленнєвими розладами, особливу увагу привертають дисфункції орального

праксисту. Для таких дітей «характерні значні складнощі з переключенням рухів органів артикуляційного апарату, тривалий пошук правильної артикуляційної позиції, обмежена амплітуда рухів, відхилення від нормальних конфігурацій, а також наявність синкінезів та гіперкінезів» [54].

Не менш важливими є порушення власне артикуляційного праксисту, що проявляються у неправильній вимові звуків, їхній заміні, змішуванні, спотворенні або повній відсутності при ізольованій артикуляції, а також у спотворенні загальної звуко-складової структури слів [3]. Такі артикуляторні дефіцити істотно ускладнюють мовленнєве спілкування дітей із цієї категорії.

Висновки до розділу 1

У першому розділі кваліфікаційної роботи розглядаються питання змісту, етіології та патогенезу РАС, а також особливості мовленнєвого розвитку та сенсорної інтеграції в процесі корекції цього порушення. Встановлено, що РАС є комплексними порушеннями психічного розвитку, що проявляються порушеннями емоційного контакту, комунікації та соціальної взаємодії, а також характеризуються стереотипними формами поведінки. Однією з ключових ознак цього розладу є порушення мовлення, яке може мати різноманітні форми та ступінь вираженості. З'ясовано, що мовленнєві порушення у дітей із РАС суттєво варіюють і потребують індивідуалізованого підходу до корекційної роботи.

Теоретичний аналіз показав, що порушення сенсорної інтеграції значною мірою впливає на розвиток праксисту у дітей із мовленнєвими порушеннями. Дослідження свідчать про наявність труднощів у переробці сенсорної інформації, що проявляється різними формами диспраксій, зокрема соматодиспраксією та динамічною диспраксією.

Дослідження показали, що у дітей з РАС, які мають мовленнєві порушення, часто виникають труднощі в кінестетичному та кінетичному праксисті. До них належать проблеми з перемиканням рухів органів

артикуляційного апарату, тривалий пошук артикуляційної позиції, а також ускладнення у вимові звуків та формуванні звуко-складової структури слів. Такі труднощі пов'язані з порушеннями сенсорної інтеграції, які обмежують здатність дітей адекватно реагувати на сенсорні стимули та координувати рухи.

Отже, корекційна робота з дітьми з РАС та мовленнєвими порушеннями повинна включати усунення сенсорних дисфункцій і розвиток праксису, що сприяє покращенню їхніх мовленнєвих і моторних навичок. Усвідомлення особливостей сенсорних порушень та адаптація навколишнього середовища є важливими умовами для забезпечення комфортного та безпечного розвитку дитини.

РОЗДІЛ 2

СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ ЯК МЕТОД РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДОШКІЛЬНИКІВ З РАС

2.1. Методика вивчення вербальної та невербальної комунікації у дітей з РАС

Дослідження проводилось на базі КЗ «Чернівецький навчально-реабілітаційний центр №1» (далі НРЦ №1). В закладі функціонують структурні підрозділи: центр ранньої допомоги, дошкільні групи, молодша школа, корекційно-реабілітаційний центр. На час проведення дослідження в закладі отримували навчальні послуги 102 дитини зі складними (комбінованими) порушеннями розвитку (порушення зору, інтелекту, опорно-рухового апарату, мовлення, порушення аутистичного спектру).

Дослідження тривало з вересня по травень 2024-2025 р.р. У дослідженні брали участь дві групи дітей із РАС (одна – контрольна, інша – експериментальна). Вік дітей 5-6 років; кожна група складалася з 6 дітей.

Усі діти, що брали участь у дослідженні, були немовленнєвими, тому основною сферою нашого вивчення стала невербальна комунікація. Оскільки ці діти не використовують мовлення для вираження своїх думок та потреб, основними каналами взаємодії для них виступають жести, міміка, погляд, рухи тіла та інші невербальні сигнали. Аналіз таких проявів дозволяє глибше зрозуміти їхні способи взаємодії з оточенням та визначити ефективні методи підтримки комунікації у соціальних і освітніх контекстах.

Згідно з даними літератури [4; 45; 48; 54; 61], корекційна робота з дітьми з РАС є досить складною через специфіку цих порушень. Складнощі зумовлені ухилянням дітей від контактів із навколишнім світом, особливостями мовленнєвого розвитку, відсутністю емоційного контакту та індивідуальними труднощами, що значно ускладнює роботу з ними.

Для розвитку мовлення дітей дошкільного віку з РАС були визначені

такі завдання:

1. Формування вміння виконувати прості прохання.
2. Розвиток здатності розуміти вказівки дорослих через спостереження та інтерпретацію невербальних сигналів.
3. Розвиток уміння ідентифікувати та називати предмети, дії, а також описувати ситуації з акцентом на невербальні засоби комунікації.
4. Формування навички відповідати на запитання за допомогою невербальних реакцій (жести, міміка).
5. Сприяння розвитку діалогічного мовлення через поєднання вербальних і невербальних засобів комунікації.

Для реалізації поставлених завдань були використані такі методи:

- Теоретичні: аналіз, синтез, конкретизація та узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури;
- Емпіричні: педагогічне спостереження, сенсорний скринінг, бесіда, опитування, діагностика невербальної комунікації;
- Математичні: методи математичної статистики.

Засвоєння мовлення дітьми з РАС супроводжується численними труднощами, що пов'язані з організацією довільної поведінки, маніпулюванням предметами без урахування їх функціонального призначення, стереотипністю, повтореннями та безсюжетністю дій. Ці особливості значно ускладнюють встановлення ефективної взаємодії з учителем-логопедом [4].

У таких умовах педагог має діяти надзвичайно обережно та тактовно, непомітно долучаючись до самостійної активності дитини, фіксуючи ключові моменти для подачі навчального матеріалу та тихо повторюючи слова дитини із залученням улюблених іграшок. Така поведінкова стратегія дозволяє поступово інтегруватися у світ гри дитини, не акцентуючи увагу на своїй присутності, і поступово завоювати її довіру, що потребує значного часу та терпіння.

Базове навчання елементарних комунікативних навичок у дітей з РАС

здебільшого ґрунтується на принципах оперантного навчання, тобто на підкріпленні бажаних дій дитини. Для досягнення успіху в цій роботі особливо важливо створити ефективну мотивацію до спілкування [3].

До дослідження було залучено 12 дітей старшого дошкільного віку з РАС, а також їхніх батьків і фахівців, які супроводжують розвиток цих дітей. Оскільки у дітей, що брали участь у дослідженні, спостерігався дефіцит мовленнєвого розвитку, основна увага була зосереджена на оцінці саме невербальної комунікації. Це дозволило більш точно визначити їхню здатність передавати та сприймати інформацію за допомогою жестів, міміки, виразів обличчя та інших невербальних засобів, а також простежити динаміку взаємодії з оточенням. Для вивчення специфіки невербальної комунікації ми обрали методику, розроблену фахівцями Autism Home Support Services та адаптовану в Україні В. Ольшевською та О. Таран.

Цей альтернативний підхід до оцінювання невербальної комунікації базується на комплексному аналізі, що включає як безпосереднє спостереження за поведінкою дитини у звичних умовах, так і залучення осіб, які активно беруть участь у розвитку дитини (експертів та батьків). Методика складається з двох етапів: спостереження за невербальною комунікацією дітей старшого дошкільного віку з РАС та експертна оцінка батьків і фахівців щодо цієї комунікації. Відповідно, у дослідженні було виокремлено два основні критерії оцінювання.

Перший критерій дослідження стосувався рівня розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС, що оцінювався експериментатором. Дані збиралися за допомогою карти спостереження, яка включала такі показники:

- *Експресія* – відтворення емоційного стану дитини та розпізнавання емоційних реакцій інших людей;
- *Жести* – використання рухів рук і тіла для вираження почуттів без словесного супроводу;
- *Зоровий контакт* – здатність дитини підтримувати погляд на іншій

людині під час взаємодії;

- *Фізичний контакт* – уміння застосовувати різні форми дотиків (обійми, пестощі, поплескування по плечу) для комунікації;
- *Реакція на чужу міміку* – здатність дитини адекватно реагувати на емоційні вирази оточуючих;
- *Розуміння значення жестів* – здатність дитини інтерпретувати значення жестів інших людей;
- *Інтерпретація інших тілесних сигналів* – уміння сприймати і розуміти невербальні сигнали оточуючих;
- *Вокалізація* – здатність повідомляти про свої емоції та потреби за допомогою невербальних звуків (сміх, плач, різні шумові сигнали);
- *Зорове орієнтування* – здатність дитини фокусувати увагу та взаємодіяти з навколишнім середовищем через погляд.

Система оцінювання. Показники невербальної комунікації оцінювалися за ступенем вираженості (1 до 5 балів), зазначені в картці спостереження (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Показники невербальної комунікації

Рівні	Бали	Характеристика рівня
Незначний розвиток	1	Дитина практично не виявляє навичок за параметром невербального спілкування, або його прояв дуже рідкісний або випадковий (певний стимул і реакція на зв'язок між нестійкими або відсутні)
Слабкий розвиток	2	Дитина інколи проявляє здібності, але зазвичай лише за певних умов або за певних подразників (зв'язок між стимулом і реакцією нестійкий)
Середній рівень	3	Дитина демонструє навички з певною постійністю, але можливі недиференційовані реакції (зв'язок між стимулом і реакцією є, але він неповний або може бути нестійким)

Достатній розвиток	4	Дитина може регулярно і в різних ситуаціях проявляти свої здібності (зв'язок між стимулом і реакцією досить стійкий, хоча іноді реакції недостатньо)
Високий розвиток	5	Дитина демонструє свої навички в різних контекстах і з різними стимулами (зв'язок між стимулом і реакцією стійкий і передбачуваний, відповіді достатні і відповідні)

Під час спостереження за дитиною дослідник оцінював кожен параметр відповідно до визначеного ступеня вираженості; заповнював бланк карти спостережень під час або одразу після проведення спостереження; після завершення серії спостережень (яких має бути кілька) здійснює аналіз отриманих результатів із метою визначення загального рівня розвитку невербальної комунікації дитини з розладами аутистичного спектра.

Результати констатувального етапу дослідження згідно першого критерію наведено в таблиці 2.2. Вони свідчать про недостатній рівень сформованості відповідних умінь як у контрольній, так і в експериментальній групах. Середній показник у контрольній групі становив 2,31 бала, що відповідає низькому рівню розвитку з окремими проявами навичок. В експериментальній групі середній бал дорівнював 1,99, що свідчить про ще більш виражений дефіцит невербальних комунікативних умінь.

Аналіз окремих показників показав, що найвищі результати отримано за параметром «вокалізації». У контрольній групі середній бал становив 3,33, що відповідає середньому рівню розвитку: діти демонструють навички з певною стабільністю, хоча іноді з недиференційованими реакціями. В експериментальній групі цей показник був нижчим — 2,56 бала, що характеризує слабкий рівень розвитку з нестійкими проявами.

Таблиця 2.2.

**Результати спостережень за невербальною комунікацією
старших дошкільників з РАС до проведення дослідження**

Показники	Контрольна група (середній бал)	Експериментальна група (середній бал)
Зоровий контакт	2,2	2,67
Міміка	1,67	1,4
Жести	1,67	1,13
Вокалізації	3,33	2,56
Візуальна спрямованість	2,67	2,2
Загальний рівень	2,31	1,99

Рівень розвитку «зорового контакту» в контрольній групі становив 2,2 бали, а в експериментальній — 2,67 бали. Це свідчить про слабкий рівень сформованості навички у першій групі та показники, близькі до середнього рівня, у другій. Водночас стійкість і передбачуваність цього виду поведінки залишаються недостатніми.

Показники за параметрами «міміка» та «жести» виявилися найнижчими серед усіх оцінених. У контрольній групі середній бал становив 1,67, що відображає рідкісні прояви навичок або майже повну їх відсутність. В експериментальній групі результати були ще нижчими: 1,4 бали за міміку та 1,13 бали за жести, що свідчить про мінімальну вираженість невербальних реакцій.

Параметр «візуальна спрямованість» показав середні результати: 2,67 бали у контрольній групі, що відповідає слабкому, але відносно стійкішому рівню розвитку, та 2,2 бали в експериментальній, де відзначається нестабільність проявів цієї навички.

Узагальнено, отримані результати свідчать про наявність у дітей, які брали участь у дослідженні, значних труднощів у формуванні невербальних комунікативних умінь. Хоча показники контрольної групи дещо вищі порівняно з експериментальною, загальний рівень розвитку невербального

спілкування в обох групах залишається недостатнім. Це підкреслює необхідність створення спеціально спрямованих корекційних програм, покликаних удосконалити ці навички.

Другий критерій передбачав оцінювання рівня розвитку невербального спілкування дітей старшого дошкільного віку з РАС шляхом експертної оцінки, проведеної батьками та вихователями за такими показниками: загальна характеристика невербального репертуару дитини, розуміння нею різних компонентів невербальної комунікації, а також коректність використання невербальних засобів спілкування. За кожним із параметрів експерти визначали частоту проявів навичок у межах від 1 бали (ніколи або дуже рідко) до 5 балів (дуже часто).

З метою забезпечення об'єктивності та достовірності отриманих результатів батьки й педагоги заповнювали анкети самостійно та незалежно один від одного. Крім того, експертам надавалась можливість зазначити індивідуальні особливості дітей, які вони вважали типовими, що дозволило врахувати специфіку розвитку кожної дитини під час аналізу та інтерпретації даних.

Такий комплексний підхід, який поєднує спостереження та експертну оцінку, забезпечує більш повне, об'єктивне та надійне уявлення про особливості невербальної комунікації дітей з РАС з урахуванням їхніх індивідуальних характеристик.

Результати за другим критерієм представлені в таблиці 2.3. Визначено, що загальний рівень розвитку невербальних навичок комунікації в контрольній групі становить 2,94 бали. В експериментальній групі цей показник є нижчий та дорівнює 2,33 бали, що говорить про недостатній рівень сформованості визначених вмінь в обох групах, особливо дітей експериментальної групи.

Таблиця 2.3.

Оцінювання батьками (вихователями) невербального спілкування старших дошкільників з РАС на початковому етапі дослідження

Показники	Параметри оцінювання	КГ (бал)	ЕГ (бал)
Загальна оцінка невербального репертуару особистості	Чи виявляє дитина емоції через вираз обличчя?	3	2
	Як часто дитина використовує жести для спілкування?	3	2
	Чи має дитина контакт очима під час спілкування?	3	3
	Чи використовує дитина позитивний фізичний контакт (наприклад, обійми)?	3	4
Стан сформованості		3	3
Розуміння різноманітних компонентів невербальної комунікації	Чи реагує дитина на вираз обличчя інших?	3	2
	Чи розуміє дитина значення різних жестів?	3	2
	Чи здатна дитина інтерпретувати тілесні сигнали інших осіб?	2	1
Стан сформованості		2,67	1,67
Цілеспрямована не використання невербальних засобів спілкування	Чи використовує дитина жести, щоб показати, що вона хоче або потребує?	3	2
	Чи використовує дитина контакт з очима, щоб звернути увагу до себе або певного об'єкта/дії?	3	3
	Чи використовує дитина вираз обличчя, щоб показати свої емоції або реакції?	3,5	2
Стан сформованості		3,17	2,33
Загальний стан сформованості		2,94	2,33

Загальна оцінка невербального репертуару. У КГ середній показник за цим критерієм становив 3 бали, що відповідає середньому рівню сформованості навичок. Діти виявляли здатність виражати емоції за допомогою міміки, жестів, зорового контакту та позитивного фізичного дотику на помірного рівні. В ЕГ середній бал дорівнював 2, що свідчить про низький рівень розвитку цих умінь. Водночас за показником використання

позитивного фізичного контакту спостерігався виняток — у дітей експериментальної групи результат був вищим (4 бали), ніж у контрольній.

Показник *«Розуміння різних компонентів невербальної комунікації»* характеризував здатність дітей реагувати на міміку, усвідомлювати значення жестів і правильно інтерпретувати тілесні сигнали інших людей. У КГ середній бал становив 2,67, що свідчить про недостатній рівень розвитку, але з окремими стабільними проявами. В ЕГ середній результат був нижчим — 1,67 бали, що вказує на поодинокі та несистематичні прояви відповідних навичок.

За показником *«Цілеспрямоване використання невербальних засобів спілкування»* середній бал у контрольній групі становив 3,17, що відповідає середньому рівню розвитку: діти досить послідовно застосовували невербальні засоби у взаємодії. В експериментальній групі цей показник склав 2,33 бали, що свідчить про слабкий рівень сформованості, зокрема у вмінні виражати емоції за допомогою міміки.

Рівні сформованості невербальної комунікації. У контрольній групі середній показник становив 2,94 бали, що відповідає середньому рівню розвитку невербальних комунікативних умінь. В експериментальній групі цей результат був нижчим — 2,33 бали, що свідчить про слабкий рівень сформованості відповідних навичок. Отримані дані засвідчують, що діти обох груп мають певні труднощі у засвоєнні та використанні невербальних засобів спілкування.

Підсумовуючи результати, отримані за першим і другим критерієм, можна зазначити, що загальний рівень розвитку невербального спілкування як у контрольній, так і в експериментальній групі залишається на низькому рівні. У дітей обох груп простежуються суттєві труднощі в оволодінні невербальними формами комунікації.

Відповідно до теоретичних досліджень [2, 18, 23, 47], у дітей з РАС, які мають мовленнєві порушення, часто спостерігаються труднощі, пов'язані з порушеннями сенсорної інтеграції. Це негативно впливає на їхню здатність

адекватно реагувати на сенсорні стимули та координувати рухи. Саме тому було прийнято рішення провести оцінку сенсорного профілю кожної дитини з експериментальної групи. Така робота має на меті допомогти дітям подолати сенсорні труднощі, створити сприятливі умови для розвитку мовлення та розробити індивідуальну «сенсорну дієту», що враховуватиме унікальні потреби кожної дитини, сприятиме покращенню взаємодії з оточенням і підвищенню рівня їхньої соціальної адаптації.

З цією метою було визначено *третій критерій* — вивчення особливостей функціонування сенсорних систем, зокрема зорової, слухової, тактильної, нюхової, смакової, пропріоцептивної та вестибулярної. Для цього здійснювався сенсорний скринінг, розроблений провідними фахівцями у сфері медицини та ерготерапії — Е. Як, П. Аквіллою та Ш. Саттон. Методика дозволяє сформувавши індивідуальний сенсорний профіль кожної дитини [12]. Максимальна кількість балів за кожною сенсорною сферою становить 20; чим вищий результат, тим більш вираженою є проблема. Детальніше зі змістом скринінгу можна ознайомитися в додатку Б.

Заповнення сенсорного скринінгу для дітей із розладами аутистичного спектра є важливим етапом у визначенні їхніх індивідуальних потреб. До цього процесу обов'язково залучаються батьки або дорослі, які проводять із дитиною найбільше часу, адже саме вони найкраще обізнані з її поведінкою, реакціями на різні сенсорні стимули та умовами, у яких вони проявляються.

Основною умовою під час заповнення анкети є уважність та точність у виборі відповідей. Респондентам пропонується обрати один із варіантів:

- «Так (раніше)» — якщо певна реакція дитини на сенсорний стимул спостерігалася раніше, але з часом змінилася;

- «Так (зараз)» — якщо дитина демонструє відповідну реакцію на поточний момент;

- «Ні» — якщо така реакція ніколи не проявлялася або не викликала дискомфорт;

- «Важко відповісти» — якщо дорослий не впевнений у реакції дитини чи

не має достатньої інформації для відповіді.

Такий підхід забезпечує більш точне розуміння сенсорних особливостей кожної дитини та сприяє подальшому індивідуальному плануванню корекційно-розвивальної роботи. Також це дає змогу фахівцям сформуванати цілісне уявлення про особливості сенсорного сприйняття дитини та вибудувати ефективну стратегію її підтримки й розвитку. Успішність подальшої роботи значною мірою залежить від уважності та точності заповнення сенсорного скринінгу, тому важливо, щоб батьки ставилися до цього процесу відповідально.

Результати дослідження за *третьім критерієм* — оцінкою сенсорного профілю дитини на основі сенсорного скринінгу — наведено в таблиці 2.4. Заповнення анкет дозволило отримати детальну інформацію про індивідуальні особливості сенсорних реакцій дітей, що, у свою чергу, дало можливість чітко визначити зони найбільших труднощів і спрямувати на них педагогічну та корекційну роботу.

Таблиця 2.4.

**Дослідження чутливості сенсорних систем у дітей з РАС
(експериментальна група)**

Показники	Початок дослідження
	Кількість дітей, (%)
Тактильна система	4 (67,7%)
Слухова система	3 (50,0%)
Зорова система	4 (67,7%)
Вестибулярна система	4 (67,7%)
Пропріоцептивна система	4 (67,7%)
Смакова та нюхова системи	2 (33,3%)

Результати обстеження сенсорної чутливості дітей з РАС експериментальної групи на початковому етапі дослідження свідчать про значну вираженість порушень у кількох сенсорних системах. Зокрема, у 67,7% дітей зафіксовано відхилення у функціонуванні тактильної, зорової, вестибулярної та пропріоцептивної систем. У половини учасників (50,0%) виявлено труднощі в роботі слухової сенсорної системи, тоді як у 33,3% дітей спостерігалися порушення смакової та нюхової чутливості.

Отже, узагальнені результати дослідження за трьома критеріями підтверджують наявність у дітей виражених порушень невербальної сторони мовлення, поєднаних із комплексними сенсорними труднощами. Це зумовлює необхідність проведення цілеспрямованої корекційно-розвиткової роботи із застосуванням методів сенсорної інтеграції.

2.2. Комплекс вправ з сенсорної інтеграції в корекції порушень мовленнєвого розвитку дітей з РАС

Метою проведеного дослідження було оцінити результативність застосування методів сенсорної інтеграції у процесі корекції мовленнєвих порушень у дітей із РАС. З цією метою в ЕГ поряд із традиційними логопедичними заняттями впроваджувалася програма, що включала елементи сенсорної інтеграції. Заняття проходили тричі на тиждень по 30 хвилин. У КГ діти відвідували лише звичайні логопедичні заняття, які проводилися двічі на тиждень за стандартною методикою, спрямованою на розвиток мовлення.

В ЕГ основна увага приділялася стимуляції сенсорних систем дітей для покращення їх здатності сприймати та обробляти інформацію, що позитивно впливає на формування комунікативних навичок. З цією метою застосовувалися різноманітні методи сенсорної інтеграції (Додаток А).

Використання вправ із сенсорної інтеграції в логопедичній практиці спрямоване на всебічний розвиток мовленнєвих і комунікативних умінь у дітей із мовленнєвими порушеннями. Сенсорна інтеграція, яка полягає в

організації та обробці сенсорних відчуттів, виступає основою для формування адекватних мовленнєвих реакцій.

Зокрема, впровадження сенсорно-інтеграційних вправ сприяє кращому сприйняттю різноманітних сенсорних сигналів, підвищує усвідомлення власного тіла в просторі та покращує взаємодію дитини з навколишнім середовищем. Це має особливе значення для дітей із недостатнім рівнем мовленнєвого розвитку, адже ефективна обробка сенсорної інформації є важливою передумовою становлення мовлення.

Крім того, систематичне виконання сенсорних вправ позитивно впливає на розвиток уваги та здатність до концентрації, що є важливою умовою успішного опанування мовлення. Діти, які мають труднощі із зосередженням, отримують значну користь від структурованих сенсорних занять, адже вони сприяють формуванню навичок фокусування на певній діяльності.

Не менш важливою складовою сенсорно-інтеграційних занять є розвиток моторики. Багато вправ передбачають активні рухи, що сприяє вдосконаленню як дрібної, так і великої моторики — необхідних передумов для формування правильної артикуляції та чіткої вимови звуків.

Перед початком дослідження було проведено зустріч із батьками, під час якої їх ознайомили з програмою роботи. Також здійснили опитування для виявлення індивідуальних особливостей сенсорного сприйняття дітей і визначення рівня їхньої сенсорної чутливості. На основі зібраних даних були створені індивідуальні програми занять для кожної дитини. У процесі роботи використовувалися методи сенсорної інтеграції з адаптацією вправ до особливостей кожного учасника.

Стимуляція сенсорних систем дітей здійснювалася у двох форматах:

1. Програма, яку реалізовували батьки під керівництвом логопеда та відповідно до його рекомендацій.
2. Програма, яку проводив логопед у навчально-реабілітаційному центрі.

У першому варіанті роботи, за результатами попередньої діагностики, складалася індивідуальна програма сенсорної стимуляції, яку батьки виконували з дитиною 2–3 рази на день відповідно до рекомендацій логопеда. Тривалість одного заняття не перевищувала 15 хвилин. Батьки фіксували результати виконання вправ: повністю успішне виконання позначалося знаком «+», часткове — «+/-», а невдале — «-». Такі записи дозволяли логопеду аналізувати динаміку успішності та за потреби коригувати зміст наступних програм. Оновлення програми відбувалося раз на місяць. Особливу увагу приділяли вправам, які викликали у дитини відмову чи дискомфорт — у таких випадках змінювали саму вправу або засоби її виконання.

Під час занять у закладі корекція сенсорних порушень здійснювалася в спеціально облаштованому кабінеті сенсорної інтеграції, оснащеному обладнанням для стимуляції різних сенсорних систем: крісла-гойдалки, гамаки, сухі басейни з м'ячами, м'ячі з різними наповнювачами (наприклад, подрібнений пінопласт), сенсорні панелі, лампи різних кольорів і консистенцій світла, ароматичні дифузори, музичний супровід і світлові ефекти (Додаток Б). У межах нашого дослідження застосовувався комплекс вправ, спрямованих на розвиток сенсорних навичок у дітей із РАС. Ці вправи поєднували елементи гри та корекційного впливу, сприяючи активній стимуляції різних сенсорних систем. Запропонований комплекс забезпечував розвиток моторних умінь, покращення координації рухів і формування адекватного сприйняття навколишнього середовища.

Вправи передбачали поєднання рухової активності, маніпуляцій із предметами різної текстури, використання музичного супроводу для стимуляції слухового сприйняття, а також завдання, спрямовані на вдосконалення просторової орієнтації. Комплекс було індивідуально адаптовано відповідно до особливостей кожної дитини, що забезпечило високу ефективність у досягненні поставлених цілей корекційної роботи.

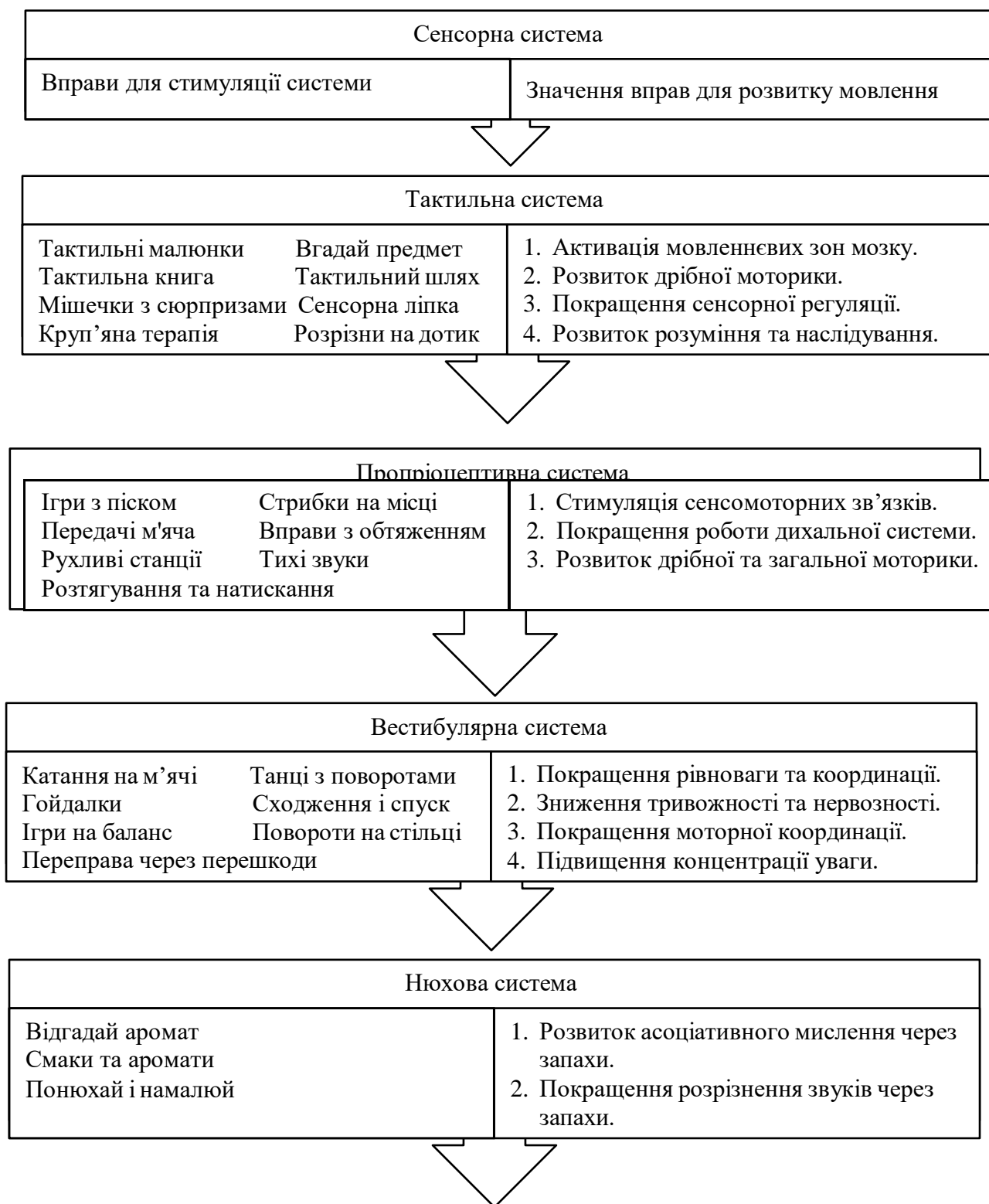


Рисунок 2.1. Комплекс вправ з сенсорної інтеграції



Рисунок 2.2. Комплекс вправ з сенсорної інтеграції (зорова, слухова та смакова системи)

Комплекс вправ із використанням елементів сенсорної інтеграції, застосований у дослідженні, подано у вигляді схематичної моделі (рисунки 2.1 та 2.2). Кожна вправа орієнтована на стимуляцію певних сенсорних каналів, розвиток координаційних умінь, сприйняття та інтеграції сенсорних сигналів. Завдяки поданій схемі можна чітко простежити логіку побудови комплексу, його мету та завдання, а також простоту адаптації вправ під індивідуальні потреби дітей із РАС.

Ми використовували наступний комплекс вправ, які містять елементи сенсорної інтеграції:

1) Тактильна система.

У деяких дітей тактильна стимуляція може викликати неприємні

відчуття або тривожність, тоді як інші, навпаки, виявляють підвищену потребу в дотику та шукають додатковий тактильний контакт. Тому важливо своєчасно визначити наявність труднощів, пов'язаних із порушенням тактильного сприйняття, які можуть перешкоджати розвитку сенсорних навичок. Використання тактильної стимуляції допомагає дитині краще сприймати навколишній світ, сприяє формуванню сенсорної регуляції та розвитку мовленнєвих умінь.

У ході дослідження широко застосовувалися засоби для активізації тактильного сприйняття: різноманітні текстуровані поверхні, тактильні іграшки, ліплення з пластиліну та кінетичного піску. Крім того, проводилися вправи з використанням сипучих матеріалів — крупи, піску та інших речовин, що стимулювали розвиток дрібної моторики та сприяли мовленнєвому розвитку через дотикове ознайомлення з різними фактурами. Занурення рук у різні матеріали та маніпуляції з ними забезпечували необхідний рівень тактильної стимуляції, що позитивно впливало на формування комунікативних і мовленнєвих навичок дітей.

Вправи для стимуляції тактильних відчуттів: «Вгадай річ», «Тактильний малюнок», «Тактильна книга», «Сенсорна ліпка», «Тактильний шлях», «Торбинки з сюрпризами», «Терапія крупами», «Вгадай на дотик» .

2) Пропріоцептивна система.

Види діяльності, що включають активні фізичні рухи, мають особливе значення для дітей, які відчувають труднощі з регуляцією рівня збудження (вестибулярна гіпочутливість). Регулярне фізичне навантаження позитивно впливає на нервову систему, сприяючи зниженню напруження та заспокоєнню. Такі вправи діють на тіло, м'язи й суглоби дитини, забезпечуючи їй необхідний рівень сенсорної стимуляції. Найбільш ефективними є вправи з обтяженням, стрибки на батуті, лазіння по канату чи шведській стінці, штовхання або розгойдування предметів. Для таких дітей особливо корисні вправи, пов'язані з глибоким тиском або «стисненням» тіла, які сприяють сенсорному заспокоєнню.

Варто підкреслити, що подібні види діяльності є корисними не лише для дітей із порушеннями регуляції збудження, а й загалом для всіх дітей із РАС. Для дітей із підвищеною чутливістю нервової системи активна фізична діяльність має особливе значення, оскільки забезпечує необхідне сенсорне навантаження, що позитивно впливає на поведінку та здатність до саморегуляції. Рекомендується чергувати завдання, які вимагають зосередженості й спокою, з більш рухливими видами активності. Також ігри з піском — риття тунелів, будівництво замків чи інші подібні заняття — є корисними як для рухливих дітей, так і для тих, хто має труднощі з тактильним сприйняттям.

Вправи: «Ігри з піском», «Стрибки», «Передай м'яч», «Вправи з обтяженнями», «Рухливі станції», «Розтягування».

3) Вестибулярна система.

Для деяких дітей рухова активність може викликати відчуття тривоги, тоді як інші, навпаки, мають труднощі з контролем власної поведінки під час активних дій. Тому важливо визначити, чи пов'язані ці труднощі з особливостями функціонування вестибулярного апарату. Вестибулярна стимуляція може виконувати як активізуючу, так і заспокійливу функцію — залежно від індивідуальних потреб дитини.

У ході дослідження широко застосовувалися засоби для вестибулярної стимуляції: батути, гойдалки, сквізери, розгойдувальні іграшки, а також різні види дитячого транспорту — самокати, скейти тощо. Крім того, вправи на гімнастичній стінці та заняття з використанням великих терапевтичних м'ячів сприяли розвитку вестибулярних навичок і забезпечували дітям необхідний рівень фізичної активності.

До комплексу вправ для стимуляції вестибулярної системи входили: «Катання з м'ячем», «Танець з поворотом», «Гойдалка», «Сходження та спуск», «Гра на баланс», «Поворот на стільці», «Перехід через перешкоди».

4) Нюхова система.

Ароматерапія є дієвим засобом роботи з дітьми, які мають порушення

у сфері нюхового сприйняття. Для тих, хто не реагує на певні запахи або, навпаки, надмірно чутливий до них, використання ефірних олій, ароматичних свічок чи дифузорів може стати джерелом приємних відчуттів і сприяти розслабленню. Застосування ароматерапії допомагає дитині поступово звикати до різних запахів або використовувати їх для створення спокійної, гармонійної атмосфери.

Ефективність ароматерапії значною мірою визначається правильним добором аромату: наприклад, запах кориці має стимулювальний ефект, тоді як аромат лаванди сприяє заспокоєнню. Такі нюхові стимуляції позитивно впливають на емоційний стан дитини, знижують рівень тривожності та сприяють розвитку соціальних навичок.

Для дітей із підвищеною чутливістю до запахів рекомендується мати при собі флакон із ефірною олією, що викликає позитивні емоції (наприклад, м'ятною). У разі неприємних або занадто інтенсивних запахів дитина може скористатися знайомим ароматом, щоб заспокоїтися або зменшити дискомфорт.

Вправи для впливу на нюхову систему: «Вгадай аромат», «Смак та аромат», «Понюхай та намалюй».

5) Зорова система.

Для дітей, які мають підвищену чутливість до яскравого освітлення або, навпаки, знижене зорове сприйняття, корисним є використання різноманітних візуальних засобів — кольорових фільтрів, проєкційних пристроїв, іграшок зі світловими ефектами. Такі матеріали сприяють розвитку зорової системи, допомагають дитині поступово адаптуватися до різних умов освітлення й кольорових відтінків, формуючи позитивне сприйняття навколишнього середовища.

Рівень ефективності візуальної стимуляції значною мірою залежить від вибору засобів. Наприклад, м'яке, розсіяне світло має заспокійливий ефект, тоді як яскраві кольори активізують дитину, підвищують рівень уваги та інтерес до діяльності. Такі візуальні методики позитивно впливають на

емоційний стан дітей і сприяють їхній соціальній адаптації.

Для дітей із надмірною чутливістю до світла важливо створити комфортне зорове середовище — застосовувати затемнювальні штори, лампи з можливістю регулювання яскравості, м'яке освітлення. Це допомагає дитині почуватися спокійніше, безпечніше й упевненіше за різних умов освітлення.

Вправи для стимуляції візуальної системи: «Визначення предметів», «Сенсорна шкатулка», «Мозаїка слів», «Знайди відповідну пару», «Які зміни?», «Розповідь за картинками», «Візуальні загадки».

б) Слухова система.

Слухова стимуляція сприяє тому, що дитина поступово навчається пристосовуватися до різних звукових умов і формує позитивне ставлення до навколишніх звуків. Ефективність таких методів значною мірою залежить від правильно підібраних звукових стимулів. Наприклад, спокійна мелодія чи звуки природи мають розслаблювальний ефект, тоді як ритмічні та енергійні звуки стимулюють активність і заохочують до рухової чи ігрової діяльності. Такі слухові вправи позитивно впливають на емоційний стан дитини, сприяють розвитку комунікативних навичок і полегшують процес соціальної адаптації.

Для дітей із підвищеною чутливістю до звуків доцільно використовувати навушники або беруші у ситуаціях надмірного шуму. Це дозволяє дитині самостійно регулювати рівень звукового впливу, обираючи приємні та комфортні звуки. Такий підхід допомагає знизити тривожність, покращити самопочуття й забезпечити відчуття контролю над власним сенсорним середовищем.

Вправи для впливу на слухову систему: «Хто сказав?», «Вгадай який звук?», «Луна», «Тихо-голосно», «Звук, який сховався», «Лабіринт зі звуками», «Повтори за мною фразу».

7) Смакова система.

Ефективність смакової стимуляції значною мірою визначається правильним добором продуктів. Так, продукти з насиченим і виразним смаком

— наприклад, лимон чи імбир — здатні активізувати чутливість дитини, тоді як більш м'які й нейтральні, як-от йогурт або банан, можуть мати заспокійливий ефект. Такі методи стимуляції позитивно впливають на емоційний стан дитини, формують позитивне ставлення до їжі та заохочують до розширення харчового раціону.

Для дітей, які мають підвищену чутливість до смаків, рекомендується поступове введення нових продуктів у раціон — з невеликих порцій, поєднуючи їх із добре знайомими або улюбленими смаками. Це сприяє адаптації до нових відчуттів і зменшує можливий дискомфорт під час спроби нових страв.

Приклади вправ для стимуляції смакової та оральної чутливості: облизування часточок лимона, апельсина або ребристого печива по колу; злизування варення з ложки чи тарілки; злизування меду з верхньої губи; облизування кришечки від йогурту чи сметани; «лакання» молока або води без допомоги рук; збирання ягід губами зі столу; перекочування льодяника, сухарика чи ягоди у роті від щоки до щоки.

Метою цих вправ є покращення сприйняття та інтеграції сенсорних сигналів, що сприяє розвитку мовленнєвих і комунікативних навичок у дітей з РАС. Поєднання таких сенсорних завдань у межах корекційної програми дозволяє не лише розвивати фізичні та сенсорні здібності дитини, але й суттєво підвищувати рівень її мовлення та комунікативної активності.

2.3. Аналіз результатів формувального експерименту

Моніторинг ефективності програми сенсорної інтеграції здійснювався на різних етапах її впровадження з метою комплексного аналізу результатів та своєчасного коригування підходів у процесі роботи. Оцінювання проводилося тричі: перед початком дослідження, у ході основного етапу для поточного контролю та після його завершення — для підсумкової оцінки результатів.

На початковому етапі проводилася детальна діагностика стану дитини, що включала аналіз сенсорних потреб, рівня розвитку невербальної

комунікації та інших індивідуальних особливостей. Це дозволяло визначити вихідні показники розвитку та окреслити напрями, які потребували корекційної роботи.

Під час основного етапу програми здійснювався систематичний моніторинг динаміки розвитку дітей, що охоплював спостереження за їхньою реакцією на різноманітні сенсорні стимули та здатністю виконувати запропоновані завдання. Поточний контроль давав змогу оперативно вносити зміни до програми відповідно до індивідуальних потреб кожної дитини, що підвищувало ефективність корекційного процесу.

Після завершення програми проводився підсумковий аналіз, під час якого результати порівнювалися з початковими показниками. Такий підхід давав можливість визначити загальний рівень ефективності програми, простежити позитивну динаміку у розвитку сенсорних навичок, моторики, мовлення та поведінкових реакцій дітей, а також окреслити подальші напрями корекційно-розвивальної роботи.

Обстеження проводилися серед дітей як експериментальної, так і контрольної груп. Отримані результати оцінювання були зафіксовані та систематизовані у таблицях, після чого на їх основі побудовано діаграми для наочного аналізу ефективності.

Дані формувального етапу дослідження за першим критерієм — рівнем розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС — подано в таблиці 2.5 та на рисунках 2.3 і 2.4.

На початковому етапі дослідження виявлено суттєві труднощі у сфері невербальної комунікації як у дітей контрольної, так і експериментальної груп. Спостерігалось обмеження в підтриманні зорового контакту, що свідчило про складнощі у взаємодії з оточенням. Мімічна виразність була недостатньо розвиненою, через що дітям було важко передавати емоційні стани. Використання жестів у комунікації також залишалося на низькому рівні, що негативно позначалося на якості невербальної взаємодії. Вокалізації мали обмежений діапазон, що утруднювало вираження потреб і почуттів. Крім

того, низький рівень візуальної спрямованості ускладнював сприйняття візуальних сигналів і реакцію на них.

Наприкінці дослідження у контрольній групі, в якій не проводилася цілеспрямована корекційна робота із сенсорної інтеграції, було зафіксовано певну позитивну динаміку розвитку невербальної комунікації. Зокрема, середній показник очного контакту зріс з 2,2 на початку дослідження до 3,04 наприкінці. Подібні зміни спостерігалися й за іншими критеріями: міміка покращилася з 1,67 до 2,55, використання жестів — з 1,67 до 2,5, вокалізації — з 3,33 до 3,4, а рівень візуальної спрямованості — з 2,67 до 3,0. У підсумку загальний рівень розвитку невербальних навичок у контрольній групі підвищився з 2,31 до 2,89, що свідчить про наявність позитивних, проте незначних змін у комунікативному розвитку дітей.

Таблиця 2.5.

Результати спостережень за невербальною комунікацією старших дошкільників з РАС

Показники	Контрольна група		Експериментальна група	
	Початок дослідження (середній бал)	Кінець дослідження (середній бал)	Початок дослідження (середній бал)	Кінець дослідження (середній бал)
Зоровий контакт	2,2	3,04	2,67	4,22
Міміка	1,67	2,55	1,4	3,5
Жести	1,67	2,5	1,13	3,0
Вокалізації	3,33	3,4	2,56	4,67
Візуальна спрямованість	2,67	3,0	2,2	3,82
Загальний рівень	2,31	2,89	1,99	3,84

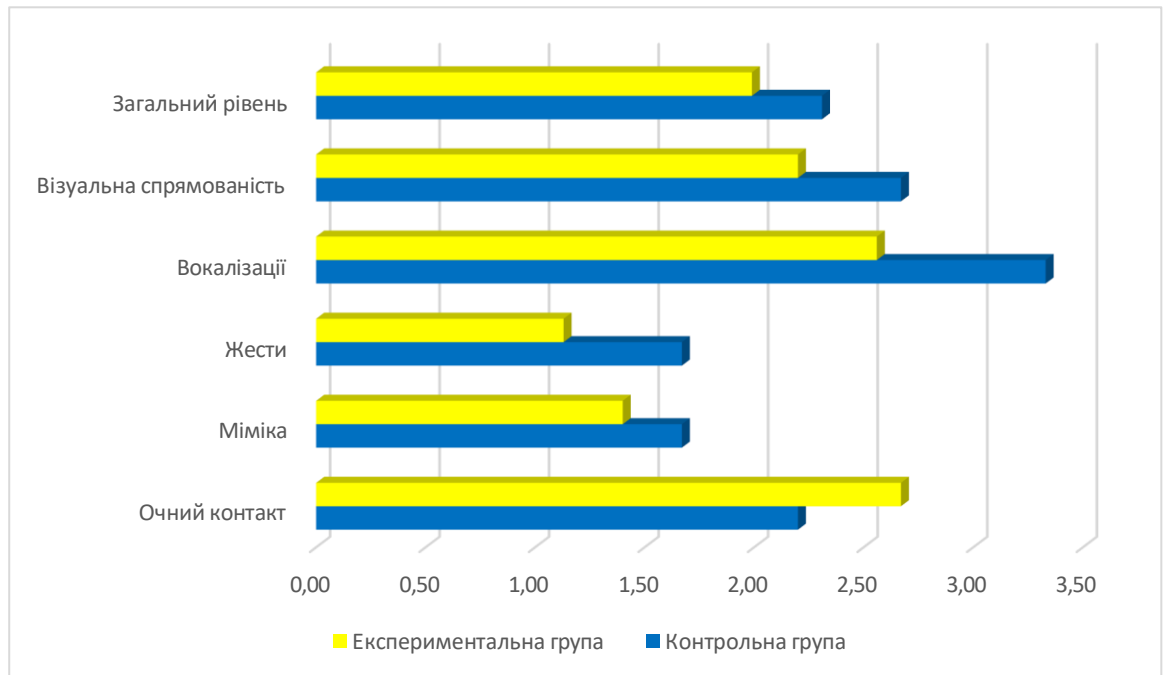


Рис. 2.4 Результати спостережень за невербальною комунікацією старших дошкільників з РАС на перших етапах дослідження

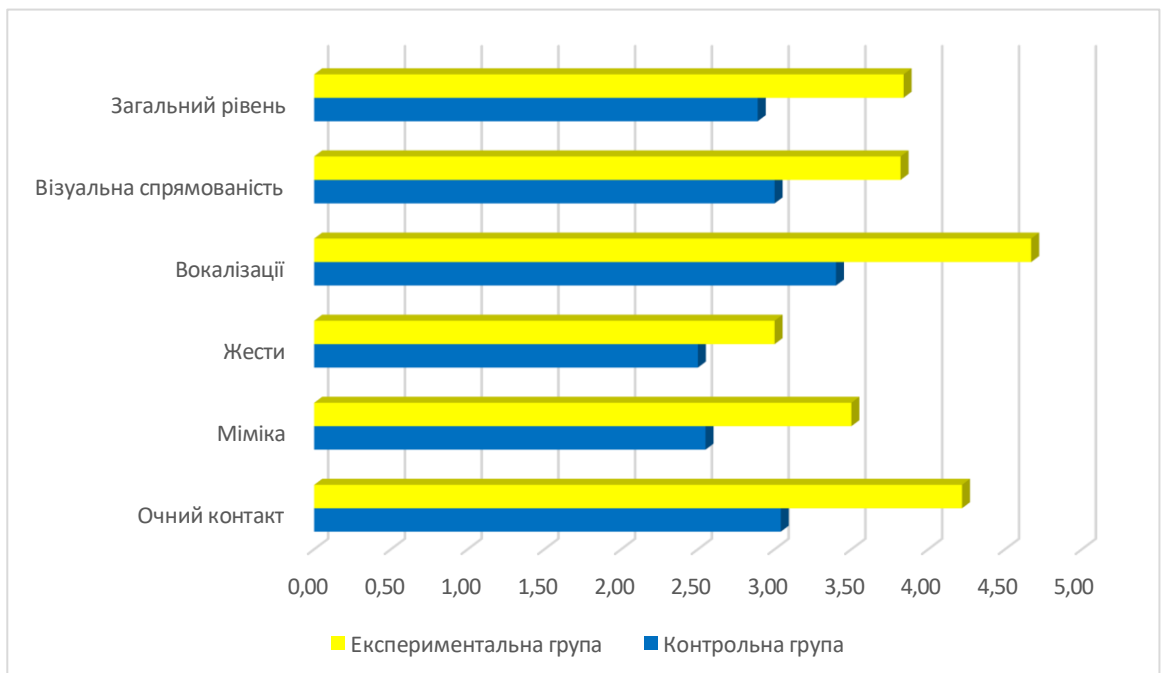


Рис. 2.5. Результати спостережень за невербальною комунікацією старших дошкільників з РАС на кінець дослідження

В експериментальній групі, де систематично проводилися корекційні заняття, які передбачали розвиток сенсорної інтеграції, спостерігалася значно більш виразна позитивна динаміка. Показники очного контакту, міміки, жестів, вокалізацій і візуальної спрямованості демонстрували суттєве покращення: середній бал очного контакту зріс із 2,67 до 4,22, міміка — з 1,4 до 3,5, жести — з 1,13 до 3,0, вокалізації — з 2,56 до 4,67, а візуальна спрямованість — з 2,2 до 3,82. У результаті загальний рівень розвитку невербальних навичок підвищився з 1,99 до 3,84, що свідчить про істотні успіхи у формуванні невербальної комунікації під впливом програми сенсорної інтеграції.

Результати дослідження за *другим критерієм* — рівнем розвитку невербального спілкування дітей старшого дошкільного віку з РАС, визначеним шляхом експертної оцінки батьків і вихователів, подано в таблиці 2.6 та на рисунках 2.5 і 2.6. Вони демонструють суттєву різницю між показниками експериментальної та контрольної груп, а також підтверджують позитивну динаміку розвитку комунікативних навичок дітей упродовж дослідження.

У контрольній групі на початковому етапі середній показник рівня невербальної комунікації був на помірному рівні. Зокрема, діти мали середні результати за такими параметрами, як вираження емоцій за допомогою міміки (3 бали) та використання жестів у процесі спілкування (3 бали). Наприкінці дослідження спостерігалася незначне покращення: контакт очима під час взаємодії підвищився з 3 до 4 балів. У цілому рівень сформованості невербальних комунікативних умінь у контрольній групі зріс із 2,94 до 3,08, що свідчить про певне, проте незначне позитивне зрушення.

Таблиця 2.6.

Оцінювання батьками та вихователями невербального спілкування дітей з РАС

Показники	Параметри оцінювання	Початок		Кінець	
		КГ (бал)	ЕГ (бал)	КГ (бал)	ЕГ (бал)
Загальна оцінка невербального репертуару особистості	Чи виявляє дитина емоції через вираз обличчя?	3	2	3	4
	Як часто дитина використовує жести для спілкування?	3	2	3	3
	Чи має дитина контакт очима під час спілкування?	3	3	4	5
	Чи використовує дитина позитивний фізичний контакт (наприклад, обійми)?	3	5	3	5
Стан сформованості		3	3	3,25	4,5
Розуміння різноманітних компонентів невербальної комунікації	Чи реагує дитина на вираз обличчя інших?	3	2	3	4
	Чи розуміє дитина значення різних жестів?	3	2	3	4
	Чи здатна дитина інтерпретувати тілесні сигнали інших осіб?	2	1	2	3
Стан сформованості		2,67	1,67	2,67	3,67
Цілеспрямова не використання невербальних засобів спілкування	Чи використовує дитина жести, щоб показати, що вона хоче або потребує?	3	2	3	4
	Чи використовує дитина контакт з очима, щоб звернути увагу до себе або певного об'єкта/дії?	3	3	4	5
	Чи використовує дитина вираз обличчя, щоб показати свої емоції або реакції?	3,5	2	3	4
Стан сформованості		3,17	2,33	3,33	4,33
Загальний стан сформованості		2,94	2,33	3,08	4,17

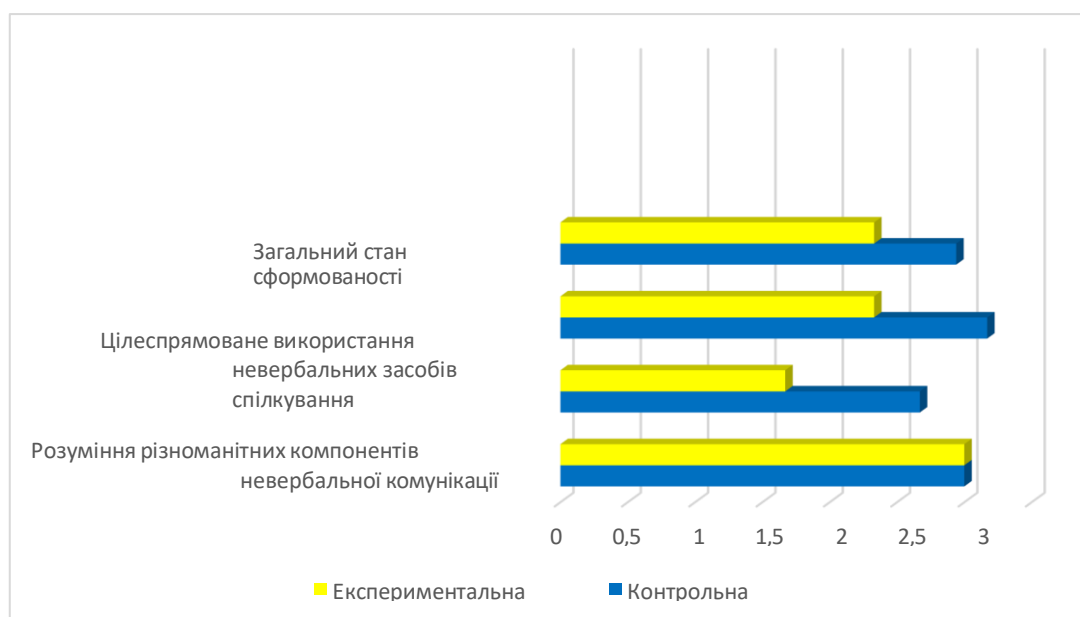


Рис. 2.5. Оцінювання батьками та вихователями невербального спілкування дітей з РАС на початку дослідження

В експериментальній групі спостерігалася значно більш виражена позитивна динаміка. Початкові показники були дещо нижчими порівняно з контрольною групою (наприклад, вираз емоцій через міміку — 2 бали, використання жестів — 2 бали), однак у процесі дослідження зафіксовано суттєве покращення. Зокрема, вираз обличчя підвищився з 2 до 4 балів, а показник зорового контакту зріс із 3 до 5 балів. Також покращилися результати, пов'язані з цілеспрямованим використанням невербальних засобів комунікації: рівень застосування жестів для вираження потреб збільшився з 2 до 4 балів. Загалом рівень розвитку невербального спілкування в експериментальній групі зріс із 2,33 до 4,17, що свідчить про значні успіхи, досягнуті завдяки впровадженню корекційної програми.



Рис. 2.7. Оцінювання батьками та вихователями невербального спілкування дітей з РАС на кінець дослідження

Отже, результати оцінювання свідчать про те, що корекційна робота, проведена в експериментальній групі, суттєво підвищила рівень розвитку невербальної комунікації дітей. Найбільш помітні покращення спостерігалися у виразності міміки, встановленні та підтриманні зорового контакту, а також у цілеспрямованому використанні жестів під час спілкування. Порівняльний аналіз даних контрольної та експериментальної груп показав, що саме в експериментальній групі досягнуто більш виражених позитивних змін, що підтверджує ефективність застосованих корекційних методик для дітей з РАС.

Третій критерій — дослідження особливостей функціонування сенсорних систем — розглядався лише в межах експериментальної групи. Під час спостереження за дітьми на початковому етапі було встановлено, що всі учасники експериментальної групи (100%) мали труднощі зі сприйняттям і переробкою сенсорної інформації різного ступеня вираженості. Отримані результати подано в таблиці 2.7 та на рисунку 2.7.

Таблиця 2.7.

Особливості чутливості сенсорних систем старших дошкільників з РАС

Показники	Початок дослідження	Кінець дослідження
	Кількість дітей, (%)	Кількість дітей, (%)
Тактильна система	4 (67,7%)	3 (50,0%)
Слухова система	3 (50,0%)	3 (50,0%)
Зорова система	4 (67,7%)	3 (50,0%)
Вестибулярна система	4 (67,7%)	4 (67,7%)
Пропріоцептивна система	4 (67,7%)	4 (67,7%)
Смакова та нюхова системи	2 (33,3%)	2 (33,3%)

У чотирьох дітей (67,7%) спостерігалася підвищена чутливість до дотиків і різних текстур, що спричиняло відчуття дискомфорту та призводило до уникання певних предметів або матеріалів. У трьох дітей (50,0%) відзначалася гіперчутливість до гучних чи раптових звуків, яка викликала підвищене нервово збудження або бажання залишити подразливе середовище. Чотири дитини (67,7%) мали труднощі із концентрацією на зорових стимулах, що ускладнювало сприйняття візуальної інформації під час навчальної чи ігрової діяльності. Також у чотирьох дітей (67,7%) спостерігалися порушення рівноваги, що проявлялося у проблемах з координацією рухів, особливо під час швидких змін положення тіла. Крім того, у такої ж кількості дітей (67,7%) виявлено труднощі з відчуттям власного тіла у просторі, що негативно впливало на рухову координацію та контроль сили, ускладнюючи виконання точних і скоординованих дій. Це свідчить про порушення у переробці сенсорної інформації пропріоцептивною системою.

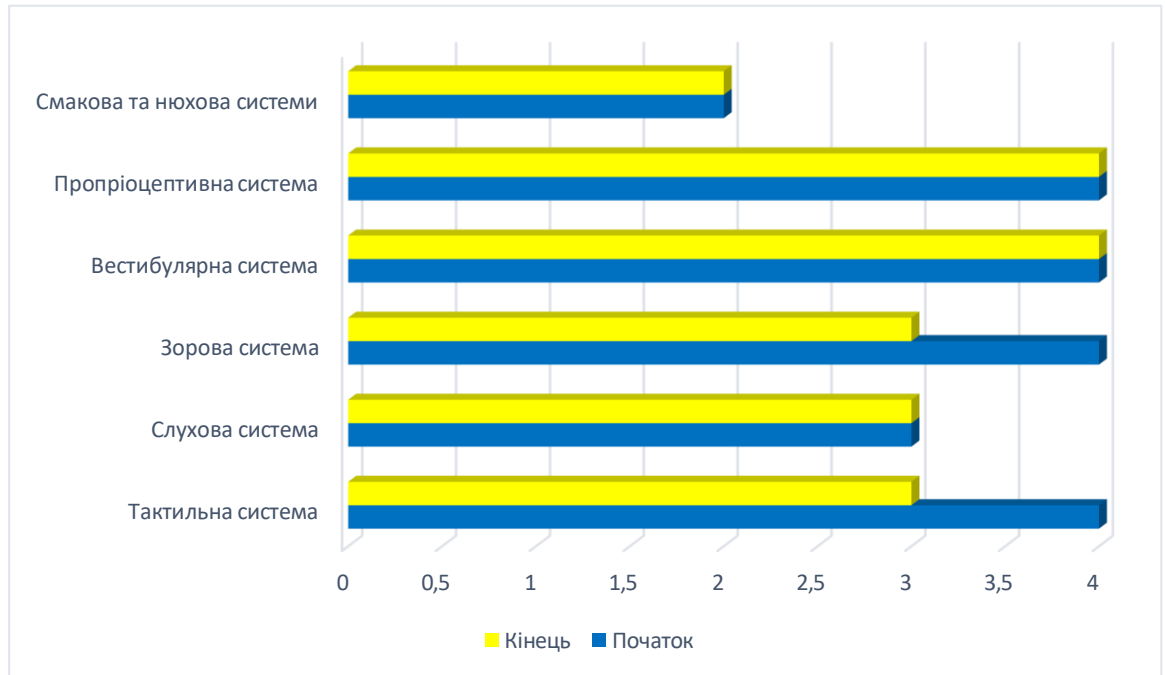


Рис. 2.7. Особливості чутливості сенсорних систем старших дошкільників з РАС

Наприкінці дослідження, після проведення цілеспрямованої корекційної роботи, у дітей було зафіксовано позитивні зміни, що свідчать про прогрес у розвитку сенсорної інтеграції. Кількість дітей із підвищеною чутливістю до дотиків і текстур зменшилася з 4 до 3 (50,0%), що вказує на поступове зниження дискомфорту, який раніше спричиняв уникання певних матеріалів або предметів. Деякі діти почали приймати нові текстури, що є позитивним показником сенсорної адаптації.

Гіперчутливість до гучних або раптових звуків залишалася у трьох дітей (50,0%), однак вони стали спокійніше реагувати на подразники та менше виявляли бажання уникати звукових ситуацій, що свідчить про покращення здатності до адаптації в навколишньому середовищі. Труднощі з концентрацією на зорових стимулах зберігалися у трьох дітей (50,0%), проте рівень зосередженості значно підвищився: діти стали уважнішими під час навчання та ігрової діяльності.

Порушення рівноваги все ще спостерігалися у чотирьох дітей (67,7%), проте їхня вираженість помітно знизилася. Також у чотирьох дітей (67,7%) зберігалися труднощі з відчуттям власного тіла у просторі, однак покращення у функціонуванні пропріоцептивної системи дало змогу краще контролювати рухи. Діти почали виконувати точніші, більш координовані дії, що позитивно вплинуло на їхню загальну активність і самостійність у повсякденному житті.

Отримані результати свідчать про позитивні зміни у функціонуванні сенсорних систем дітей з РАС протягом дослідження. Після десяти місяців роботи над сенсорними порушеннями спостерігається зниження чутливості у всіх сенсорних системах, що підтверджує ефективність застосованих корекційних заходів і сприяє формуванню більшої толерантності до різноманітних сенсорних стимулів. Важливо, що ці зміни у сенсорній чутливості позитивно впливають на загальний розвиток дітей, зокрема на їхні навчальні здібності, соціальну інтеграцію та розвиток невербальної комунікації.

Висновки до розділу 2

У другому розділі викладено дослідно-експериментальну роботу, спрямовану на корекцію порушень мовленнєвого розвитку дітей з РАС за допомогою методів сенсорної інтеграції. Дослідження мовленнєвого розвитку проводилося з урахуванням трьох основних критеріїв: 1. Рівні розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС, які оцінював експериментатор, зокрема: експресія, жести, зоровий та фізичний контакт, реакція на міміку інших людей, розуміння значення жестів, інтерпретація тілесних сигналів, вокалізація та зорове орієнтування; 2. Рівні розвитку невербального спілкування за оцінкою батьків та вихователів, що включали загальну оцінку невербального репертуару дитини, розуміння різних компонентів невербальної комунікації та правильне використання невербальних засобів спілкування; 3. Особливості функціонування сенсорних систем, таких як зорової, слухової, тактильної, нюхової, смакової,

пропріоцептивної та вестибулярної систем.

Результати дослідження за першим критерієм показали, що на початку дослідження загальний рівень невербального спілкування в контрольній групі становив 2,31 бали, тоді як в експериментальній – 1,99 бали. Це свідчить про те, що всі діти, які брали участь у обстеженні, мали помітні труднощі у розвитку невербальних комунікативних навичок. Показники контрольної групи були дещо вищими, ніж експериментальної, проте в обох групах рівень розвитку невербальної комунікації на старті дослідження залишався недостатнім.

За другим критерієм оцінки середній бал у контрольній групі склав 2,94, що відповідає середньому рівню сформованості невербальних навичок. В експериментальній групі цей показник був нижчим – 2,33, що вказує на слабкий рівень розвитку. Таким чином, отримані дані підтверджують, що в обох групах діти мали значні труднощі в оволодінні невербальними засобами спілкування.

Результати дослідження за третім критерієм, що стосуються оцінки сенсорного профілю дітей, свідчать про значні порушення у кількох сенсорних системах у дітей експериментальної групи. Зокрема, 67,7% дітей мали порушення тактильної, зорової, вестибулярної та пропріоцептивної систем, 50,0% – слухової системи, а 33,3% – смакової та нюхової систем.

На основі отриманих даних констатативного етапу було розроблено комплекс вправ для розвитку невербальної комунікації, орієнтований на стимулювання сенсорної інтеграції. Вправи були спрямовані на покращення сенсорних реакцій та стимулювання невербальних засобів спілкування.

Результати формувального етапу дослідження свідчать про покращення розвитку невербальних комунікаційних навичок у обох групах. За першим критерієм загальний рівень невербальних навичок у контрольній групі зріс з 2,31 до 2,89, а в експериментальній – з 1,99 до 3,84. За другим критерієм у контрольній групі спостерігалось незначне підвищення – з 2,94 до 3,08, тоді як у експериментальній групі покращення було більш вираженим: загальний бал

підвищився з 2,33 до 4,17. За третім критерієм відзначалося зниження чутливості до дотику (з 4 до 3 дітей) та до гучних звуків, покращилася здатність концентруватися на зорових стимулах, а проблеми з рівновагою та координацією рухів стали менш вираженими.

Таким чином, застосовані засоби сенсорної інтеграції підтвердили свою ефективність, сприяючи покращенню всіх показників розвитку, що охоплювали три обрані критерії дослідження.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі проведено дослідження ефективності застосування засобів сенсорної інтеграції для корекції порушень мовленнєвого розвитку у дітей з РАС. Результати дослідження дозволяють сформулювати такі висновки:

1. Теоретичний аналіз засвідчив зростаючу увагу науковців і практиків до пошуку ефективних методів та технологій корекції мовленнєвого розвитку у дітей із РАС. У роботі розглянуто особливості розвитку таких дітей, зокрема медико-педагогічні аспекти, включаючи етіологію та патогенез порушень. Проаналізовано характер мовленнєвих труднощів, з якими стикаються діти з РАС, основні проблеми комунікації та взаємозв'язок цих порушень із загальним розвитком дитини. Теоретичне дослідження також включало розкриття понять «порушення мовленнєвого розвитку», «корекційно-розвиткова робота», «невербальна комунікація» та «сенсорна інтеграція».

Особливу увагу приділено використанню сенсорної інтеграції як методу корекції мовленнєвих порушень. Проаналізовано механізми впливу сенсорних стимулів на когнітивний розвиток дітей із РАС та оцінено ефективність методик, спрямованих на покращення мовлення та комунікативних навичок через сенсорну інтеграцію.

2. Було розроблено методика вивчення порушень мовленнєвого розвитку у дітей з РАС, яка включала три основні критерії з відповідними показниками.

Перший критерій стосувався рівня розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС, що оцінювався експериментатором. Серед показників цього критерію розглядалися експресія, жести, зоровий і фізичний контакт, реакція на міміку, розуміння жестів та інтерпретація тілесних сигналів. Для вивчення специфіки невербальної комунікації застосовувалася методика, розроблена фахівцями Autism Home Support Services та адаптована в Україні В. Ольшевською та О. Таран.

Другий критерій передбачав оцінку рівня розвитку невербального спілкування у дітей старшого дошкільного віку на основі експертної оцінки батьків та вихователів, зокрема здатності дітей правильно використовувати та розуміти невербальні сигнали. Третій критерій стосувався оцінки функціонування сенсорних систем (зорової, слухової, тактильної, нюхової, смакової, пропріоцептивної та вестибулярної). Для цього застосовувався сенсорний скринінг, розроблений провідними спеціалістами в галузі медицини та ерготерапії — Е. Як, П. Аквіллою та Ш. Саттоном.

3. За результатами констатувального етапу дослідження було виявлено значні труднощі у розвитку невербальної комунікації у дітей з РАС. За першим критерієм рівень невербального спілкування в контрольній групі становив 2,31, а в експериментальній групі – 1,99, що свідчить про суттєві складнощі в оволодінні невербальними навичками. Хоча показники контрольної групи були вищими, загальний рівень розвитку залишався низьким.

За другим критерієм середній бал контрольної групи дорівнював 2,94, що відповідає середньому рівню розвитку невербальної комунікації, тоді як у експериментальній групі цей показник був нижчим – 2,33, що вказує на слабший розвиток цих навичок.

Результати за третім критерієм продемонстрували, що 67,7% дітей експериментальної групи мали порушення у тактильній, зоровій, вестибулярній та пропріоцептивній сенсорних системах. Водночас 50,0% дітей мали порушення сприйняття інформації в слуховій сенсорній системі, а 33,3% – у нюховій та смаковій системах.

4. На основі результатів констатувального етапу було розроблено комплекс вправ сенсорної інтеграції для корекції мовленнєвих порушень у дітей із РАС. Основною метою комплексу є покращення сприйняття та обробки сенсорної інформації, стимулювання комунікативних навичок і розвиток моторики, необхідної для артикуляції.

Комплекс засобів сенсорної інтеграції включає: тактильні вправи –

пальчикові ігри, маніпулювання різними матеріалами, масаж, використання тактильних іграшок; зорову інтеграцію – вправи на розпізнавання кольорів і форм; слухову інтеграцію – розвиток звукорозрізнення та реагування на звуки різної гучності та тембру; вестибулярну систему – балансування та вправи на рівновагу; пропріоцептивну систему – зміцнення м'язів і орієнтація в просторі; нюхову систему – ароматерапія та ігри з різними запахами; смакову систему – дегустація продуктів з різними смаками та вибір за смаковими характеристиками; вправи для розвитку миміки та артикуляційної моторики.

5. Описано методичні особливості впровадження комплексу вправ, що передбачали індивідуальний підхід до кожної дитини, визначення її специфічних сенсорних потреб та адаптацію вправ відповідно до цих потреб. Програма включала як індивідуальні заняття з логопедом, так і домашні вправи з чіткими інструкціями для батьків, що забезпечувало регулярність занять та поступове покращення мовленнєвих навичок.

Порівняльний аналіз результатів формувального етапу показав покращення розвитку невербальних комунікаційних навичок у обох групах. Зокрема, за першим критерієм загальний рівень розвитку невербальних навичок у контрольній групі підвищився з 2,31 до 2,89 балів (приріст 25,1%), тоді як у експериментальній групі цей показник зріс із 1,99 до 3,84 балів (збільшення на 93,5%). За другим критерієм рівень розвитку невербальної комунікації у контрольній групі підвищився з 2,94 до 3,08 балів (приріст 4,7%), тоді як у експериментальній групі покращення було значнішим: середній бал зріс із 2,33 до 4,17 (приріст 79,5%).

За третім критерієм спостерігалось зменшення кількості дітей із підвищеною чутливістю до дотику на 25,0% (з 4 до 3 дітей), а також зниження чутливості до гучних звуків. Крім того, зафіксовано покращення здатності до фокусування на візуальних стимулах та зменшення труднощів з рівновагою й координацією рухів.

Таким чином, результати проведеного експериментального дослідження підтвердили ефективність використаних засобів сенсорної інтеграції в

корекційно-розвитковій роботі, що сприяло розвитку та усуненню виявлених порушень мовленнєвого розвитку у дітей із РАС. Отже, поставлені завдання дослідження виконано, а його мету досягнуто. Перспективним напрямом наукових досліджень є розширення застосування методик сенсорної інтеграції в логопедичній практиці для подальшого покращення мовленнєвого розвитку та соціальної адаптації дітей із РАС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айрес Е. Джин, Роббінс Д. Дитина і сенсорна інтеграція. Перекл. Колеснік Т. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 266 с.
2. Андреева Н. С., Шульженко Д. І. Корекційний розвиток аутичної дитини: книга для батьків та педагогів. Київ. 2011. 344 с.
3. Базима Н. Розвиток мовлення дітей з аутизмом. Київ: Літера ЛТД. 144 с.
4. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2014. 22 с.
5. Банди А., Лейн Ш., Е Мюррей Е. Сенсорна інтеграція. Теорія і практика. К. 2019. 768 с.
6. Ванжа С. М. Перспективний план розвивально-виховної зайнятості дітей молодшого дошкільного віку. 5-й рік життя: Літо. Х. : Вид-во Ранок», 2011. 208 с.
7. Варивода К. Сенсорна інтеграція як ключовий компонент нейропсихологічної корекції дітей з розладами спектра аутизму. *Перспективи та інновації науки*. Вип. 12(30) 2023. С. 609-622. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12\(30\)-609-622](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12(30)-609-622)
8. Василевський Т. Сенсорна інтеграція та її значення для функціонування та розвитку мовлення дитини. Режим доступу: <https://autism.ua/about-autism/20-terapiia/896-sensorna-intehratsiia-znachennia-dlia-funktsionuvannia-rozvytku-movlennia-dytyny>
9. ВООЗ. Аутизм. Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/inshi-neinfekciyni-zakhvoryuvannya/autizm>
10. Гаврилова Н. С. Вплив недорозвитку кінестетичного праксису на формування у дітей вимови фонем. *Вісник КПНУ ім. Івана Огієнка*. Корекційна педагогіка і психологія. Кам'янець-Подільський. 2009. С. 23-36.

11. Григус І., Крук І. Сенсорна інтеграція дітей з раннім аутизмом. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.11.12>
12. Данілавичутє Е. А., Литовченко С. В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі : навч.-метод. посібник; за заг. ред. А. А. Колупаєвої. К.: «А.С.К.», 2012. 360 с.
13. Данилюк І., Буркало Н. Сенсорна інтеграція та її значення для розвитку дитини. Режим доступу: <https://doi.org/10.31108/1.2024.10.2.1>
14. Дитина. Програма виховання і навчання дітей від 3 до 7 років. К.: Богдана, 2003. Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/programy-rozvytku-ditey/osvitnya-programa-ditina-nmc.pdf>
15. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 424 с.
16. Душка А. Л. Діагностика і корекція аутизму: метод. рекомендації. Одеса: Астропрінт, 2013. 45 с.
17. Клопов Р., Гладуш М. Генезис сенсорної інтеграції як методу в логопедії. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2023.90.5>
18. Коломоєць Т., Ворох В. Розвиток мовлення дітей із аутизмом сучасними дидактичними засобами. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 8. С. 27-40. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pednauk_2020_8_5
19. Колупаєва А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їхнього навчання. 2-ге вид, доп. і перероб. К. : Вид. група «АТОПОЛ», 2011. 273 с.
20. Компанець Н. М., Луценко І. В. Моделювання індивідуального розвитку дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного ДНЗ. К. : І-нт спец. педагогіки НАПН України, 2018. 66 с.
21. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». Наук. кер. та заг. ред. Т. В. Скрипник. Київ: «Гнозіс», 2013. 200 с.
22. Крет Я. В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом: монографія. Запоріжжя: ЗНУ, 2007. 608 с.

23. Кузьменко В. У. Розвиток індивідуальності дитини 3-7 років: Монографія. Київ.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2005. 354 с.
24. Мартиненко І., Савицький А. Дисфункції сенсорної інтеграції у структурі дизонтогенезу дітей із первинними порушеннями мови та мовлення. Режим доступу: <https://enpuiarb.edu.ua/server/api/core/bitstreams/3ff41312-3758-4085-b333-5df9372c21f8/content>
25. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Одинадцятий перегляд (МКХ-11). Режим доступу: <https://www.uiphr.org.ua/uk/hromadske-zdorovia/podii-ta-anonsy/item/363-mkhh11-shcho-novo>
26. Морозова А. Сенсорна інтеграція як один з методів ефективного функціонування програми раннього втручання. *International Science Journal of Education & Linguistics*. Vol. 2, No. 3, 2023, pp. 1-6. doi: 10.46299/j.isjel.20230203.01
27. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2009. 110 с.
28. Островська К. О., Рибак Ю. В., Мельник У. Р. та ін. Соціальний супровід дітей з аутизмом під час навчання Львів: Тріада плюс. 2009. 188 с.
29. Островська К. О., Качмарик Х. В. Особливості психологічного супроводу навчання аутичних дітей. *Науковий часопис НПУ імені М. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. К., 2013. Вип. 23. С. 370-374.
30. Островська К. О. Соціальний супровід дітей з аутизмом під час навчання. Львів: Тріада плюс, 2009. 175 с.
31. Ньюкіктъєн Ч. Дитяча поведінкова неврологія. Перекл. з англ. К., 2010. 288 с.
32. Павелків Р. В. Дитяча психологія. Київ: Освіта, 2008. 422 с.
33. Пахомова Н. Г. Спеціальна педагогіка з історією. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2012. 280 с.

34. Позднякова О. Л. Розвиток інтегральної індивідуальності дітей з аутистичними порушеннями в умовах виховної системи освітньо-реабілітаційного закладу. *Актуальні питання корекційної освіти*: зб. наук. праць. Вип. 11. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2018. С. 251-264.

35. Почкун Ю. О. Вивчення досвіду застосування новітніх корекційних технологій у роботі з аутичними дітьми. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. № 30. С. 78-83.

36. Почкун Ю. О. Прикладний аналіз поведінки як засіб корекції психофізичного розвитку дітей з аутизмом. *Педагогічні науки*: зб. наук праць. Херсон: ХДУ, 2017. № 73. С. 138-142.

37. Прокопчук Н. Сенсорна інтеграція як ефективний метод у роботі з дітьми із сенсорними дисфункціями. Режим доступу: [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2025-1\(220\)-87-90](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2025-1(220)-87-90)

38. Резніченко І. Створення розвивального простору у групових приміщеннях дошкільного закладу. *Практика управління дошкільним закладом*. 2011. № 1. С. 27-40.

39. Рибченко Л. К. Роль помічника дитини в організації навчально-виховного процесу осіб з аутизмом. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова. 2013. № 24. С. 193-198.

40. Рибченко Л. К. Психологічні механізми створення педагогічних умов ефективною корекційною роботи з аутичними дітьми. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова. 2016. № 32. ч. 2. С. 83-90.

41. Рибченко Л. К. Тенденції вирішення питань аутизму. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського НУ імені Івана Огієнка*. Вип. XXII в двох

частинах, частина 2. Серія: соціальнопедагогічна. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори: 2013. С. 250-257.

42. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: монографія. Київ: КУ імені Б. Грінченка, 2018. 236 с.

43. Сайко Х. Я. Суб'єктно-особистісна готовність корекційного педагога до виховання дітей з аутизмом. Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.08 Спеціальна психологія. Київ, 2016. 21 с.

44. Сенсорна інтеграція: посібник для батьків. Режим доступу: <https://lnk.ua/5V1RvYZNd>

45. Сіденко Ю. Педагогічні умови формування пізнавальної готовності старших дошкільників з розладами аутистичного спектру до навчальної діяльності. Режим доступу: file:///D:/Disk_C_NO_DELETE/Downloads/disertaciya_sidenko_yu.pdf

46. Скрипник Т. В. Дитина з синдромом раннього дитячого аутизму в школі. *Дефектологія*. 2008. № 2. С. 62-73.

47. Скрипник Т. В. Підготовка дитини з розладами аутистичного спектра до навчання у закладі освіти. Київ: Альянт, 2019. 84 с.

48. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму. Київ: Фенікс, 2010. 388 с.

49. Специфіка роботи з дітьми з аутичними розладами. Методичні рекомендації. Суми: НВВ Сумський ОШПО, 2016. 52 с.

50. Стахова Л., Душина А. Сенсорна інтеграція як метод корекції порушень мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації* (15 лютого 2019 року, м. Суми). С. 127-129.

51. Сухіна І. М. Використання ресурсів середовища в освітньому просторі для забезпечення розвитку і навчання дітей з аутизмом. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2015. № 1. С. 41-48.

52. Тарасун В. В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації). *Дефектологія*. 2005. № 1. С. 8-15.

53. Тарасун В. В., Хворова Г. М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова. 2004. 103 с.

54. Тарасун В. В. Трансверсальні здібності в контексті проблем аутології. Київ: Наук. світ, 2004. 372 с.

55. Філіпек П. Аутистичні розлади: рекомендації щодо ранньої діагностики. *Медицина світу*: наук.-практ. ж-л оглядових та перекладених статей для широкого кола лікарів. 2001. Т.10, ч.3. С. 159-163.

56. Хворова Г. М. Особливості корекційно-розвивального навчання дітей із аутизмом. *Дефектологія*. № 2. 2005. С. 4-8.

57. Хворова Г. М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.03 «Корекційна педагогіка». Нац. пед. унт ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2010. 22 с.

58. Чуприков А. П. Ранній дитячий аутизм: навч.-метод. посіб. Івано-Франківськ: Вид-во Івано-Франківської держ. мед. академії, 2005. 48 с.

59. Чуприков А. П. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс, 2012. 184 с.

60. Шеремет М. К. Поняття мовлення і мислення в системі підготовки дошкільників з тяжкими порушеннями мовлення до школи. *Корекційна педагогіка*. 2008. № 1. С. 6-8.

61. Шульженко Д. І. Аутизм – не вирок. Львів: Кальварія, 2010. 224 с.

62. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 385 с.

63. Шульженко Д.І. Формування готовності дітей з аутистичним спектром порушень до навчання у школі. *Корекційна педагогіка*. *Вісник української асоціації корекційних педагогів*. 2008. № 1. С. 9-15.

64. Bauman S., Margaret L., Thomas L. Kemper B. *The Neurobiology of Autism*. Baltimore. Md.: Johns Hopkins University Press. 2005.

65. Baron-Cohen S. Psychological markers of autism at 18 months of age in a large population. *British Journal of Psychiatry*. 1996. P. 158-163.
66. Bielova O., & Konopliasta S. Functionality of oral and articulatory praxis in older preschool children with logopathology. *CHILD`S HEALTH*, 18(6), 2023. P. 410–416. <https://doi.org/10.22141/2224-0551.18.6.2023.1627>
67. Sidenko Y., Kolyshkin O. The use of corrective technologies in the process of preparing senior preschoolers with autism spectrum disorder for learning activities. *EUREKA: Social and Humanities*. Estonia Tallin, 2020. Vol. 3. P. 47-52.
68. Sidenko Y. The study of the levels of cognitive readiness for learning of senior preschoolers with autism spectrum disorders. *Poland Czestochowa: Peridyk Naukowy Akademii Polonijnej*, 2020. Vol.3. P. 158-163.

ДОДАТКИ

Додаток А

Сенсорні вправи для стимуляції мовлення

Для дітей з аутизмом (РАС) важливо забезпечити комплексний підхід до розвитку мовлення, де кожна сенсорна система отримує відповідну стимуляцію. Нижче наведені три вправи, що спрямовані на зорову, тактильну і слухову сенсорні системи, об'єднані тематикою природи. Ці вправи створені для підтримки мовленнєвої активності у дітей з РАС, використовуючи природні асоціації для стимуляції сенсорних відчуттів і розвитку комунікативних навичок.

Зорова вправа: "Знайди сонечко". Мета: розвивати зорове сприйняття та навички концентрації уваги, стимулюючи мовлення через візуальні образи природи.

Опис: перед дитиною розкладають картки або малюнки із зображенням різних елементів природи, наприклад, дерева, хмари, річки, квіти і сонце. Завдання полягає в тому, щоб знайти зображення сонця серед інших елементів. Після того як дитина знайде сонце, вона повинна сказати слово «сонечко» або побудувати просте речення, наприклад, «Це сонечко». Вправа допомагає розвивати концентрацію, зорове сприйняття та стимулює мовленнєву активність.

Тактильна вправа: "Доторкнись до листочка". Мета: розвивати тактильне сприйняття та мовленнєву моторику через активну взаємодію з природними матеріалами.

Опис: логопед або педагог пропонує дитині торкатися до справжніх або штучних листочків різних розмірів і текстур (гладкі, шершаві, м'які). Після цього дитина повинна описати свої відчуття, використовуючи слова чи короткі фрази, наприклад: «Цей листочок м'який» або «Цей листочок шершавий». Важливо заохочувати дитину використовувати різні прикметники для опису текстур. Така тактильна стимуляція не лише покращує мовленнєву активність, але й допомагає дітям з РАС краще

усвідомлювати сенсорні відчуття та власне тіло.

Слухова вправа: "Прислухайся до звуків природи".

Мета: стимулювати слухове сприйняття і мовлення через розпізнавання звуків навколишнього світу.

Опис: використовуючи аудіо-записи звуків природи (птахи, вітер, дощ, шурхіт листя), логопед вмикає один зі звуків і просить дитину слухати та ідентифікувати його. Після прослуховування дитина повинна сказати, що це за звук, наприклад: «Це пташка співає» або «Я чую дощ». Важливо заохочувати дитину до формування речень для опису того, що вона чує. Ця вправа допомагає розвивати фонематичний слух, мовленнєву сприйнятливність і здатність до відтворення почутих звуків.

Сенсорні вправи

Масаж всього тіла долонями.

Опис вправи: Вибираємо найприємнішу дитині форму для масажу. Починаємо з розігрівачого масажу – погладжування, можна супроводжувати примовками. Переходимо до більш динамічних форм:

«Дощик». Легке плескання кінчиками пальців по поверхні тіла. Сила тиску поступово збільшується.

«Рубання». Легкі удари ребром долоні під різним кутом до тіла дитини.

«Човник». Дорослий складає долоні човником і і плескає ними тіло дитини.

«Тісто». Дорослий розминає тіло дитини, ніби місить тісто.

«Кулачки». Масаж виконується кулачками, притискаючи їх до тіла дитини.

«Черв'ячок». Зібрати шкіру дитини пальцями й легенько пересувати її знизу догори.

«Гусачок». Пощипування тіла дитини кінчиками пальців.

Погладжування тіла дитини долонями, здійснюючи кругові руки.

Час виконання: 30 секунд на одну частину тіла.

Масаж долоні.

Опис вправи: Під час виконання вправи потрібно називати частину долоні, яку затискаємо.

«Затискання». Сильно затискаємо руку, палець, пізніше інші частини руки (пізніше ноги) своїми долонями, називаючи при цьому частину тіла, з якою відбувається взаємодія.

«Їжачок». Масаж долоні дитини гумовим м'ячиком з шипами.

Час виконання: 30 секунд на долоню.

Вправи для долоні й пальців.

Опис вправи: «Закрий – відкрий». Дорослий допомагає дитині стулити кулачок і відкрити його.

Час виконання: 30 секунд на кожну руку.

Масаж стоп.

Опис вправи:

«Притискання». Дорослий сильно притискає руками стопи дитини. Дії супроводжує називанням частин стопи, з якими взаємодії.

«Їжачок». Використовується гумові м'ячки з шипами різної твердості (починаємо з найм'якшого). Крутимо м'ячком, змінюючи силу натиску, натискаючи на стопу і називаючи частину ноги, з якою взаємодіє м'ячик.

Час виконання: 30 секунд на стопу.

Обстукування стопи.

Опис вправи: «Постукування». Обстукуємо стопу з перемінною силою, називаючи частину ноги, з якою взаємодіємо.

Час виконання: 30 секунд на стопу.

Масаж обличчя долонею.

Опис вправи:

«Дощик». Делікатно постукуємо кінчиками пальців по обличчю,

називаючи його частини.

«Гусачок». Легенько пощипуємо, називаючи частини обличчя.

«Кішечка». Погладжуємо частини обличчя долонею, називаючи їх.

Час виконання: Від 15 секунд до 1 хвилини. Час збільшуємо поступово.

Масаж ротової порожнини щіточкою для зубів.

Опис вправи: Використовуємо для вправи щіточку для зубів з м'якою щетиною. Перед масажем зволожуємо щіточку теплою водою. Масуємо дуже делікатно зуби, ясна, внутрішню частину ротової порожнини: внутрішню частину щік, піднебіння і язик. Спочатку, якщо дитина не дозволяє вкласти щітку до ротової порожнини, можна масувати легенько губи, поступово просуваючись до масажу в ротовій порожнині (можна почати масаж тильною стороною щітки).

Час виконання: 15-30 секунд. Час збільшуємо поступово.

Виповзання.

Опис вправи: Дитина лежить на животі (на підлозі) руки витягнуті вперед. Зверху лягає дорослий навхрест (спираючись на свої руки і коліна) так щоб його живіт був на талії дитини, таким чином створюючи перепону для виповзання. Дитині потрібно виповзти з-під пресу. Якщо у дитини не виходить треба їй допомогти виставляючи ноги та руки в потрібне положення.

Перекичування.

Опис вправи: Вправу виконуємо на твердій поверхні (твердий килимок, матрац).

Якщо дитина не зможе самостійно виконати цю вправу, то дорослий може сам перекидати руки і ноги дитини. Можна разом з дитиною перекичуватися, тримаючи її на собі. Перекичування можна робити почергово то в одну, то в другу сторону. Також, можна перекичувати дитину і, одночасно, замотувати її в ковдру або іншу тканину, а потім розмотувати її. Але необхідно все це робити в ігровій формі, не

викликаючи спротив дитини і не закривати тканиною її обличчя, голову. Бажано, щоб дорослий, надавав ритм виконання вправи.

Підскакування на двох ногах.

Опис вправи: «Підскакування на двох ногах». Вправу слід виконувати босоніж для профілактики плоскостопості і додаткової стимуляції.

Вправу починаємо від підстрибування на місці на двох ногах. Спочатку дитині допомагає дорослий, який тримає дитину за руки і підскакує разом з нею в такт. Коли дитина вже підстрибує самостійно, дорослий перестає допомагати. Прагнемо, щоб дитина стрибала самостійно. Під час виконання цієї вправи слідкуємо, щоб дитина тримала спинку рівно.

«Зіскакування». Зіскакування обома ногами на підлогу з предмету. (лава, стільчик; висота 20-30 см.)

Вставання.

Опис вправи: Дитині необхідно показати, як треба присісти або допомогти їй це зробити (дорослий знаходиться за спиною дитини, тримає її за руки і допомагає їй присісти). Потрібно присісти та обхопити руками коліна. З такого положення дитині потрібно піднятися у повний зріст і підняти руки вгору. Стопи при цьому не відриваються від підлоги. Починати з 2-3 разів.

Водіння очима за предметом.

Опис вправи: Саджаємо дитину і сідаємо навпроти неї. У руці дорослого знаходиться іграшка (або інший предмет), який цікавить дитину. Просимо дитину, щоб вона водила поглядом за тою іграшкою. Іграшку рухаємо вниз, вгору, вбік по скошеній лінії, по колу, крутимо нею вісімку.

Час виконання: 30 секунд-1 хвилина. Час збільшуємо поступово.

Слухання шепотіння.

Опис вправи: Безпосередньо на вухо дитини шепочемо позитивну інформацію, яка його стосується (я тебе люблю, ти найкращий хлопчик;

або нейтральну інформацію чи віршики). Почергово шепочемо то до лівого, то до правого вуха. Вправу можна виконувати або в час відведень для вправи, або ж на впродовж дня декілька разів повторюючи її.

Час виконання: 1 хвилина.

Показ картинок «Кольори».

Опис вправи: У будь-який зручний час посадити дитину перед собою. Показувати картки по черзі і називати колір: «червоний», «жовтий», «зелений», «синій» (без будь-яких інших пояснень, конкретно: «червоний» тощо).

Наступний раз показувати картку іншою стороною, де записано назву кольору (друковане слово, напр. «червоний»). Виконання вправи повторюється багаторазово.

Час виконання: сприймання кожної картинки 3-5 секунд.

Додаток Б

Особливості обладнання, придатного для всіх видів чутливості

Портрет емоцій. Цей тренажер спрямований на розвиток розуміння у дітей з аутизмом різних емоцій інших людей. В силу захворювання страждає емоційно-вольова сфера, що веде до того, що дитина сама не виявляє емоції, а також не може розрізнити емоції оточуючих. Тренування проходить на базі основ міміки. дитина вивчає емоції конструюючи їх на полотні із зображенням обличчя.



Це допомагає їй вивчити особливості реагування оточуючих на його вчинки, що в подальшому сприяє соціалізації. Цей портрет займає ключову роль в навчанні дітей з аутизмом і допомагає їм зрозуміти емоції. “Як ти себе відчуваєш? Який у тебе настрій?”, “Як ти думаєш, як ВІН себе відчуває?” Всі ці теми можливо деталізувати і візуалізувати. У терапії цей портрет може виступати як канал комунікації. Також це інструмент для підвищення емоційної грамотності дітей.

Гра “Циркові слоники”.

Ця гра відмінно підходить для дітей з аутистичним спектром. Мета гри полягає в розвитку дрібної моторики, почуття балансу і навчанні дитини різним квітам і функцій предметів. Елементи пофарбовані в основні кольори. Слоники одного розміру. Можливі багаторівневі і варіативні укладання блоків. При таких вправах, дитина мимоволі вивчає закони симетрії і балансу. Навички усного рахунку додаються.

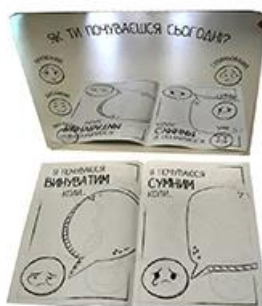
“Гра” “Циркові слоники” “розвиває конструктивну і ігрову діяльність дитини, моторне планування, вміння знаходити рівновагу і

будувати стійкі конструкції.



Сприяє засвоєнню понять сенсорних еталонів (колір, розмір), елементарних математичних умінь (навички рахунку). Варіанти гри безмежні, залежать від фантазії дорослого і дитини, цілей і завдань роботи, що є великим плюсом, адже її можна застосовувати на базі вже наявної корекції. Таким чином, під час гри відбувається: зорова і тактильна стимуляція, розвиток навичок дрібної моторики, вивчення сенсорних еталонів.

Дзеркало емоцій. Якщо в разі заняття з портретом емоцій дитина конструювала і вивчала канони міміки обличчя відповідно до емоційним станом, то дзеркало емоцій призначене для того, щоб вона могла їх відтворити. Для дитини з аутизмом це не гра, а серйозне тренування. На дзеркалі, з боків, представлені картинки з різними емоційними станами та описом.



Тренування проходить під керівництвом і коментарями психолога. Мета дитини – відтворити ту емоцію, яку вона відчуває, вибравши її з описаних зображень на дзеркалі. Таким чином, до дитини доносять розуміння і значення емоцій, а також загартовують її емоційно-вольову

сферу. Дитина вчиться розрізняти емоції і коригувати свою поведінку, а також соціалізується. Це дзеркало виготовлено з міцного пластику, на ньому нанесені зображення відомих дітям тварин, персонажів мультфільмів, які висловлюють різні емоції. Діти так люблять показувати “пики” в дзеркалі, а тут дитині пропонується співвіднести свій емоційний стан із зображенням на дзеркалі.

Таблиця компетенції впливу обладнання

№	Устаткування	Стимул	Вплив	Призначення
1	Темна сенсорна кімната	Світлові, тактильні та звукові ефекти в темряві.	Зняття напруги, заспокійлива, комфортне середовище.	Гіпочутливість
2	Портрет емоцій	Фігурки зон особи зображують емоції – на липучках.	Розвинути емоційно-вольової сфери і розуміння про оточуючих, соціалізація.	Для всіх типів сприйняття.
3	Гра «Циркові слоники»	Різнокольорові слоники, дощечки для балансу.	Розвиток поняття про сенсорні еталони, моторика, відчуття балансу, навички конструювання.	Для всіх типів сприйняття.
4	Сенсорна сухостираєма дошка	Світлодіодний напис.	Концентрація уваги, база для навчання.	Гіпочутливість
5	Кольорова панель для розвитку	Електронна панель з пастельними квітами і тихою музикою.	Розвиток когнітивних функцій і сенсомоторики.	Гіперчутливість
6	Вібруючий олівець	Олівець з вібрацією на наконечнику.	Концентрація уваги, база для навчання, заспокоює.	Гіпочутливість
7	Шнуровка-кубики «Веселі картинки»	Дерев'яні кубики і шнурок.	Розвиток дрібної моторики, когнітивних функцій і база для навчання.	Гіперчутливість
8	Дзеркало емоцій	Дзеркальна пластина.	Розвиток емоційно-вольової сфери, комунікативних навичок, розуміння про оточуючих, соціалізація.	Для всіх типів сприйняття.
9	Обтяжена сенсорна ковдра	Обтяжувач для ковдри.	Заспокоює, стабілізує состояние, покращує сон, компенсує недостачу тактильних відчуттів.	Гіпочутливість

Комплектація сенсорної кімнати для гіперчутливих дітей з аутизмом

Кольорова панель для розвитку. Панель відома по всьому світу і неодноразово отримувала позитивні відгуки від психологів, які займалися корекцією аутизму. У світлі аутичного спектру слід виділити такі властивості цвітної панелі: програма забезпечує зорову і звукову стимуляцію сенсорних систем. Панель повільно змінює колір, створюючи заспокійливу атмосферу з музичним супроводом. Використовувані кольори – приглушені, а матове скло розсіює світло і зменшує відблиски без мерехтіння.



В програму входять ігри на знаходження відповідностей і звірки, можливе регулювання рівнів складності вправ. Ігрові режими розвивають когнітивні функції і сенсомоторну сферу дитини: сприйняття кольорів, пам'ять, мислення, увагу. Завдяки музичним ефектам Панель може бути використана в корекційній роботі мнемічних процесів (запам'ятовування, відтворення інформації), а також сприяє формуванню зорово-моторної координації і стратегій вирішення завдань. Все це сприяє успішній корекції захворювань аутистичного спектру.

Шнурівка-кубики «Веселі картинки». Гра володіє розвиваючими властивостями в області дрібної моторики і відмінно підходить гіперчутливим дітям, так як має нейтральний забарвлення, ненав'ячивий запах і текстуру. Виконана з дерева. Гра вважається одним з найефективніших способів розвитку когнітивних функцій у дітей з аутизмом.



Шнурівки розвивають: сенсомоторну координацію; дрібну моторику рук; розвивають просторове орієнтування; сприяють розумінню понять “вгору”, “вниз”, “вправо”, “вліво”; формують навички шнурування, зав’язування шнурків в бант і ін.; сприяють розвитку мовлення. В іграх з шнуруванням також розвивається окомір, увагу, відбувається зміцнення пальців і всієї кисті руки (дрібна моторика), а це, в свою чергу, впливає на формування головного мозку і становлення мови.