

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет дошкільної і технологічної освіти
Кафедра дошкільної освіти

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ Ковшар О.В.

«__» _____ 20__ р.

Реєстраційний № _____

«__» _____ 20__ р.

СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ
МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ В ДІТЕЙ З РСА

Кваліфікаційна робота студента групи
СОМ-23

ступінь вищої освіти «магістр»
спеціальності 016 «Спеціальна освіта.
Логопедія»

Торби Віталія Васильовича

Керівник професор кафедри дошкільної
освіти,
доктор педагогічних наук
Бондаренко Ю.А.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ У МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	8
1.1. Розлади аутистичного спектру як медико-педагогічна проблема: сутність, етіологія і патогенез.....	8
1.2. Характеристика порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру	17
1.3. Сенсорна інтеграція як метод корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами спектру аутизму.....	24
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ У МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ЗАСОБАМИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ	33
2.1. Методика та результати вивчення порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.....	34
2.2. Корекція порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру засобами сенсорної інтеграції.....	45
2.3. Аналіз результатів впровадження засобів сенсорної інтеграції в корекційно-розвиткову роботу з дітьми з розладами аутистичного спектру.....	54
Висновки до розділу 2.....	63
ВИСНОВКИ	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

НРЦ №1 – комунальний заклад освіти «Криворізький навчально-реабілітаційний центр №1» Дніпропетровської обласної ради»

РАС – розлади аутистичного спектру

СІ – сенсорна інтеграція

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному світі питання порушень мовленнєвого розвитку у дітей є однією з найактуальніших тем в сфері педагогіки. Особливої уваги потребує ситуація з дітьми, які мають розлади аутистичного спектру (РАС), що часто супроводжуються значними порушеннями розвитку мовлення.

Розлади аутистичного спектру залишається однією з найбільш складних питань у сфері спеціальної педагогіки з урахуванням стрімкого збільшення дітей з РАС та недосконалістю методик діагностики. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно 1 з 100 дітей у світі має РАС . Ці цифри можуть відрізнятися залежно від країни та регіону. Наприклад, у Сполучених Штатах, за даними Центрів контролю та профілактики захворювань (CDC), станом на 2023 рік частота РАС серед дітей становила 1 з 36. Це значне зростання порівняно з 1 з 150 у 2000 році, що демонструє зростання випадків діагностики.

В Україні статистика поширення РАС залишається менш дослідженою темою, але останніми роками спостерігається тенденція до зростання кількості виставлених діагнозів. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2023 рік близько 1 з 88 дітей має РАС . Проте, експерти зазначають, що ці цифри можуть бути занижені через недостатнє виявлення випадків і недостатню обізнаність серед батьків та лікарів. У порівнянні з країнами Західної Європи та США, в Україні діагностика РАС ще знаходиться на етапі розвитку, що вказує на необхідність подальших досліджень та вдосконалення системи охорони здоров'я. Відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) в Україні загалом обліковано 20 936 дітей з діагнозом дитячий аутизм.

Найбільше дітей з розладами аутистичного спектру обліковано у Києві (3891), Рівненській (1253), Харківській (1246), Київській (1209) і Львівській (1117) областях; найменше – у Луганській області (101). У

Дніпропетровській області обліковано 983 дитини з розладами аутистичного спектру.

Саме тому останнім часом Україні спостерігається зростання інтересу до проблеми розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, що знайшло відображення у працях таких провідних вчених, як Н. Базима, І. Григус, Т. Коломоєць, К. Островська, І. Савенкова, Ю. Сіденко, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко та інші. Науковцями акцентовано увагу на важливості використання методики сенсорної інтеграції в корекційно-розвитковій роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру, що сприятиме покращенню якості їхнього життя та інтеграції у соціум. Відповідно, дана проблема є актуальною в умовах сьогодення і потребує вирішення як на теоретичному, так і практичному рівнях, що спонукало до проведення дослідження на тему: «Сенсорна інтеграція як метод корекції порушень мовленнєвого розвитку в дітей з РСА».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати, та експериментально перевірити ефективність використання засобів сенсорної інтеграції для корекції порушень мовленнєвого розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру
2. Укласти методику та виявити порушення у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.
3. Розробити комплекс вправ сенсорної інтеграції з корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру та описати методичні особливості їх реалізації.
4. Здійснити порівняльний аналіз ефективності підібраних засобів сенсорної інтеграції в корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Об'єкт дослідження – корекційно-розвиткова робота з дітьми з розладами аутистичного спектру.

Предмет дослідження – сенсорна інтеграція як метод корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

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

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці комплексу вправ сенсорної інтеграції з корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, описі методичних особливостей їх реалізації, що дозволить покращити ефективність корекційно-розвиткової роботи з досліджуваною категорією дітей. Результати проведеного дослідження можуть бути використано у навчальних курсах для студентів ЗВО, які навчаються за спеціальністю 016 Спеціальна освіта.

Експериментальна база дослідження – Комунальний заклад освіти «Криворізький навчально-реабілітаційний центр №1» Дніпропетровської обласної ради.

Апробація результатів роботи. Основні положення і окремі результати дослідження було представлено на IV Міжнародній студентській науковій конференції «Тренди та перспективи розвитку мультидисциплінарних досліджень» (01.12.2023 року, м. Луцьк) та VII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Інноваційні підходи в освіті та реабілітації дітей із особливими освітніми потребами» ГО «УАКП».

Публікації. Матеріали дослідження висвітлені в двох публікаціях:

1. Торба В.В. Сенсорна інтеграція як ефективний інструмент корекції мовленнєвих порушень у дітей з РАС. Тренди та перспективи розвитку мультидисциплінарних досліджень: матеріали IV Міжнародної студентської

наукової конференції, м. Луцьк, 1 грудня, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С. 447–448.

2. Горба В.В. Корекція мовленнєвих порушень у дітей з аутизмом за допомогою сенсорно-інтегративних методик. Інноваційні підходи в освіті та реабілітації дітей із особливими освітніми потребами: матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 06-07 листопада, 2024 рік / ГО «УАКП».

Структура роботи: Кваліфікаційна робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (51) і додатків (3). Основний зміст кваліфікаційної роботи викладено на 69 сторінках. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 101 сторінка.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ У МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Розлади аутистичного спектру як медико-педагогічна проблема: сутність, етіологія і патогенез

Розлади аутистичного спектру – це сукупність розладів, які відзначаються дефіцитом спілкування та соціальної взаємодії [13]. За останніми дослідженнями РАС зустрічається у кожної 59-ї дитини. Аутизм не є хворобою, а розладом, що впливає на майже всі сфери життя людини. Відповідно до чинної в Україні міжнародної класифікації хвороби (МКХ-10), аутизм віднесено до загальних розладів психологічного розвитку (F84).

Однак у МКХ-11, прийнятому в 2018 році, введено діагноз «розлад аутистичного спектра» (код 6A02). У новій версії класифікації розлади поділяються на підтипи, зокрема з урахуванням інтелектуальних пошкоджень і здатності до використання функціональної мови (усної чи письмової).

Варто отримати, що ці розлади є дуже різноманітними і не мають єдиного шаблону симптомів чи ступеня пошкодження. У світовій літературі використовують термін «розлади аутистичного спектра» (РАС, англ. autism spectrum disorder – ASD) [7]. Аутизм проявляється труднощами в соціальних навичках, повторюваними діями, порушеннями мовного та невербального спілкування, а також особливостями в навчанні й індивідуальному розвитку [35].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оцінює міжнародну поширеність РАС у 0,76% світового дитячого населення [42]. За оцінками Центрів контролю та профілактики захворювань (CDC), близько 1,68% дітей віком 8 років (або 1 з 59 дітей) мають діагноз РАС. У 2016 році в середньому

кількість діагнозів РАС, повідомлених батьками, була трохи вищою - 2,5%. Згідно з оцінками Мережі моніторингу аутизму та порушень розвитку (ADDM), розширення РАС зростає більш ніж удвічі між 2002 та 2012 роками [42].

Збільшення поширеності також може бути наслідком змін у практиці діагностування. Одне дослідження в Данії показало, що здебільшого зростання поширеності РАС у період з 1980 по 1991 рр. ґрунтувалося на змінах діагностичних критеріїв і включенні амбулаторних даних, а не на справжньому збільшенні поширеності РАС [25].

РАС зустрічається в усіх расових, етнічних і соціально-економічних групах, але його діагностика далеко не однакова для цих груп. РАС частіше зустрічається у чоловіків, але в нещодавньому мета-аналізі справжнє співвідношення чоловіків і жінок ближче до 3:1, ніж раніше повідомлялося 4:1. Це дослідження також показало, що дівчата, які відповідають критеріям РАС, мають більший ризик не отримати клінічний діагноз [47]. Фенотип жіночого аутизму може відігравати певну роль у тому, що дівчаткам неправильно діагностують, діагностують пізніше або залишають поза увагою. Мало того, що у жінок менша ймовірність прояву явних симптомів, вони більш схильні маскувати свої соціальні дефіцити за допомогою процесу, який називається «камуфлюванням», що ще більше перешкоджає своєчасній діагностиці. Подібним чином гендерні упередження та стереотипи РАС як чоловічого розладу також можуть перешкоджати постановці діагнозу у дівчат [22].

Деякі генетичні порушення мають підвищену частоту виникнення РАС порівняно із середньою популяцією, включаючи Синдром крихкої Х, туберозний склероз, синдром Дауна, синдром Ретта тощо [23]. Інші фактори ризику РАС включають дорослий вік батьків і недоношеність. Це може бути пов'язано з теорією про те, що дорослі гамети мають більшу ймовірність нести мутації, які можуть призвести до додаткових акушерських ускладнень, включаючи недоношеність.

РАС – це нейробиологічне порушення, на яке впливають як генетичні, так і екологічні фактори, що впливають на мозок в процесі розвитку [13]. Дослідження досі тривають та продовжують поглиблювати розуміння потенційних етіологічних механізмів РАС, але наразі жодної об'єднуючої причини не з'ясовано [17].

Нейропатологічні дослідження обмежені, але вже виявили відмінності в мозочковій архітектурі, аномаліях лімбічної системи та кортикальних змінах лобової та скроневої часток. Дослідження неокортикальної архітектури у маленьких дітей виявило фокальне порушення кортикальної пластинчастої архітектури у більшості суб'єктів, що свідчить про проблеми з формуванням кортикального шару та диференціацією нейронів [37]. Надмірний ріст мозку як з точки зору розміру кори головного мозку, так і збільшення мозкової рідини, описаний у дітей з РАС, і є областю триваючих досліджень. Генетичні фактори відіграють певну роль у сприйнятливості до РАС, причому брати і сестри осіб з РАС мають підвищений ризик діагностування порушення порівняно з популяційними нормами, а конкордантність діагнозу аутизму у монозиготних близнюків значно вища, хоча й не абсолютна [12].

Зрештою, дослідження продовжують виявляти фактори, які корелюють із ризиком РАС, але жодних причинних визначень не було зроблено. Це залишає багато можливостей для відкриттів, оскільки дослідники продовжують з'ясовувати нові варіанти, що передають генетичний ризик, або нові екологічні кореляти, які потребують подальшого вивчення.

Медичні працівники діагностують РАС, оцінюючи поведінку та розвиток людини. РАС зазвичай можна надійно діагностувати у віці 2 років. Важливо якомога швидше звернутися за обстеженням. Чим раніше буде діагностовано РАС, тим швидше можна розпочати лікування та надання послуг [38].

Діагностика у маленьких дітей часто складається з двох етапів [35].

1 етап: загальний скринінг розвитку під час огляду здоров'я дитини.

Кожна дитина повинна пройти обстеження у педіатра або лікаря раннього віку. Американська академія педіатрії рекомендує, щоб усі діти проходили скринінг на затримку розвитку під час візитів для здоров'я дитини у віці 9, 18, 24 або 30 місяців, а також перевірки на аутизм під час візитів для здоров'я дитини у віці 18 та 24 місяців [35]. Дитина може пройти додаткове обстеження, якщо вона має більшу ймовірність РАС або проблеми з розвитком. Діти з вищою ймовірністю РАС включають тих, хто має члена сім'ї з РАС, демонструє певну поведінку, типову для РАС, має старших батьків, має певні генетичні захворювання або має дуже низьку вагу при народженні.

Розгляд досвіду та проблем опікунів є важливою частиною процесу скринінгу маленьких дітей. Лікар може поставити запитання про поведінку дитини та оцінити ці відповіді в поєднанні з інформацією з інструментів скринінгу РАС та клінічних спостережень за дитиною. Якщо під час цього скринінгу у дитини виявляться відмінності в розвитку у поведінці або функціонуванні, медичний працівник може направити дитину на додаткове обстеження.

Етап 2: Додаткова діагностична оцінка [35].

Важливо точно виявляти та діагностувати дітей з РАС якомога раніше, оскільки це проллє світло на їхні унікальні сильні сторони та проблеми. Раннє виявлення також може допомогти опікунам визначити, які послуги, освітні програми та методи поведінкової терапії, швидше за все, будуть корисними для їхньої дитини. Команда надавачів медичних послуг, які мають досвід діагностики РАС, проведе діагностичну оцінку. Ця команда може включати дитячих неврологів, педіатрів з розвитку, логопедів, дитячих психологів і психіатрів, спеціалістів з освіти та ерготерапевтів.

Діагностична оцінка включатиме: медичні та неврологічні огляди, оцінку пізнавальних можливостей дитини, оцінку мовленнєвих здібностей дитини, спостереження за поведінкою дитини, глибоку бесіду з вихователями

про поведінку та розвиток дитини, оцінку відповідних віку навичок, необхідних для самостійного виконання повсякденних дій, таких як прийом їжі, одягання та відвідування туалету [15]. Оскільки РАС є комплексним розладом, який іноді виникає разом з іншими захворюваннями або розладами навчання, комплексна оцінка може включати аналізи крові та перевірка слуху [30].

Дорослі, які помітили ознаки РАС, повинні поговорити з медичним працівником і попросити направлення для оцінки РАС. Хоча оцінка РАС у дорослих все ще вдосконалюється, дорослих можна направити до нейропсихолога, психолога або психіатра, який має досвід лікування РАС. Експерт запитає про проблеми соціальної взаємодії та спілкування, сенсорні порушення, повторювану поведінку та обмежені інтереси [31]. Оцінка також може включати розмову з опікунами або іншими членами сім'ї, щоб дізнатися про історію раннього розвитку людини, що може допомогти забезпечити точний діагноз.

Отримання правильного діагнозу РАС у дорослому віці може допомогти людині зрозуміти минулі виклики, визначити особисті сильні сторони та знайти правильну допомогу [2]. Тривають дослідження для визначення типів послуг і підтримки, які є найбільш корисними для покращення функціонування та інтеграції в суспільство молоді та дорослих з аутизмом перехідного віку.

У дитячому середовищі спостерігається зростання як кількості, так і різноманітності випадків розвитку, що охоплюють як окремі порушення, такі як затримка мовлення або проблеми з моторикою, так і комплексні порушення, які включають комбінацію різних дефіцитів, таких як аутизм, синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) або інтегровані сенсорні розлади [43].

Наукові джерела наголошують на важливості індивідуального підходу при виборі корекційних методів. Останнім часом дослідження та корекція психічних розладів у дітей набувають все більшого значення, причому

розлади аутистичного спектру стають одним з основних викликів сучасної освітньої системи [19]. Останні дослідження аутизму вказують на те, що захворювання зустрічається в 4 рази частіше у хлопчиків, ніж у дівчат. Сучасне розуміння аутизму сприймає його як особливий вид порушення розвитку, який виникає через специфічні біологічні недостатності дитини [13].

Природа цього порушення досі залишається мало вивченою, але вже відомо, що воно має системний характер, проявляючись не тільки у порушеннях вищої нервової діяльності, але й у соматичних розладах [46]. Французький психіатр Жан Ітар провів детальне дослідження уваги, пам'яті та здатності до імітації у дітей із цим порушенням. Він дійшов висновку, що ці діти страждають на інтелектуальний мутизм, мають проблеми з соціалізацією, важко налагоджують дружні зв'язки з однолітками, сприймають дорослих лише як засіб для задоволення своїх потреб і відчують значні труднощі з розвитком мовлення [48].

Окрім цього, науковці розробили методи діагностики та корекції для дітей з аутизмом, а також визначили підходи до відновлення їх мовленнєвих і навчальних навичок. Жан Ітар запропонував розрізняти дітей із диференційованими розладами та тих, хто має порушення інтелектуального розвитку [29]. Проте, його робота не отримала визнання серед сучасників. Лише у 1910 році швейцарський психіатр Юджин Блейер, вивчаючи шизофренію, висвітлив термін «аутизм» як один із симптомів цього захворювання [26]. У контексті шизофренії аутизм трактувався як «неадекватне занурення у власний внутрішній світ», що виражалось у повному відриві від реальності та зануренні у фантазії [16].

Австрійський педіатр Лео Каннер у 1943 році дослідив 11 дітей, які мали непереборну схильність до самотності та нав'язливе прагнення до стабільності оточення. Саме Каннер увів термін «ранній дитячий аутизм», який згодом став відомий як «класичний аутизм», і вперше визначив цей розлад як окрему патологію, що потребує лікування [44]. Сучасний підхід

використовує термін «розлади спектру аутизму» або «розлади аутистичного спектру», що охоплює кілька різновидів аутизму, які були визначені як окремі порушення в різні історичні періоди. Дитячий аутизм нині розглядається як особливий вид дитячої патології. Для всіх дітей з аутизмом характерними є порушення комунікативних і соціальних можливостей, загальні чутливі проблеми, а також складнощі у встановлених активних зв'язків із динамічним навколишнім середовищем [2].

Аутистична поведінка зазвичай проявляється вже в ранньому дитинстві, але часто залишається непоміченою, хоча її легко сплутати з віковими особливостями. Проте, як показують останні дослідження, близько 70% осіб з розладами аутистичного спектру мають супутні психічні порушення, які можуть негативно вплинути на їх повсюдне функціонування. Одним із помітних симптомів РАС може бути низький рівень інтелекту – IQ нижче 70, що є приблизно у 50% людей з цим порушенням [52].

Розлади аутистичного спектру охоплюють широкі зони утворення, що характеризуються аномальною поведінкою, проблемами із соціальною взаємодією та комунікацією (вербальною і невербальною), а також стереотипними моделями поведінки, обмеженими колом інтересів та діяльності [37]. Ця група розладів вирізняється виключною різноманітністю – від серйозних порушень розвитку, як-від класичного аутизму Каннера, до більш легких форм. Досі не існує спеціального лікування РАС, проте постійно розвиваються нові методики, спрямовані на корекцію поведінкових і когнітивних порушень, навчання, розвиток та соціалізацію дітей і дорослих із цими розладами [8].

Відповідно до досліджень австрійського педіатра і психіатра Ганса Аспергера, аутизм зумовлений неврологічними та біологічними порушеннями, точні причини яких досі не з'ясовані [7]. Статистика показує, що медичні працівники становлять менше 10% випадків аутизму. Сьогодні немає спеціального тесту для діагностики аутизму, тому висновок обґрунтовується на характерних ознаках поведінки. Лікарі виокремлюють

близько 60 різноманітних метаболічних розладів, неврологічних і хромосомних аномалій, які можуть бути пов'язані з аутизмом. Виявлені молекулярно-генетичні дослідження показали гени, асоційовані з аутизмом, проте підтверджено, що аутизм є генетично гетерогенним розладом, що повністю до різноманітності фенотипічних проявів. Якщо в сім'ї вже є одна дитина з РАС, ймовірність народження ще однієї дитини з таким розладом зростає вдвічі [42].

Поведінка соціального спілкування/взаємодії може включати:

- слабкий або непостійний зоровий контакт;
- здається, що співрозмовник не дивиться і не слухає на людей, які говорять;
- обмежений обмін інтересами або емоціями від предметів чи діяльності;
- відсутність реакції або повільна реакція на своє ім'я чи інші словесні прохання привернути увагу;
- співрозмовник часто довго говорить на улюблену тему, не помічаючи, що інші не зацікавлені, або не даючи іншим шансу відповісти;
- використовує міміку, рухи і жести, які не відповідають сказаному;
- володіє незвичайним тембром голосу, який може звучати співочим або беззвучним і схожим на робота;
- проблеми з прийняттям думки іншої людини або невміння передбачити чи зрозуміти дії інших людей;
- труднощі адаптації поведінки до соціальних ситуацій;
- труднощі спільного спілкування в творчих іграх або в пошуку друзів [18].

Обмежувальна/повторювана поведінка може включати:

- повторення певної поведінки або незвичайна поведінка, наприклад повторення слів або фраз (ехолалія);

- наявність тривалого інтенсивного інтересу до конкретних тем, таких як цифри, деталі чи факти;
- показ надмірно зосереджених інтересів, наприклад до рухомих об'єктів або частин об'єктів;
- засмучення через невеликі зміни в розпорядку дня та труднощі з переходами;
- гіпо- або гіперчутливість до певних сенсорних сигналів, таких як світло, звук, одяг або температура [18].

Люди аутистичного спектру також можуть мати багато сильних сторін, зокрема:

- здатність вивчати речі в деталях і запам'ятовувати інформацію протягом тривалого часу;
- схильність до розвинутої візуальної та слухової пам'яті;
- відмінні знання з математики, природничих наук, музики чи мистецтва.

Етіологія і патогенез РАС повністю не з'ясовані, але існують припущення про багатофакторні причини захворювання, включаючи біологічні (генетичні, диснейрогенетичні, нейрохімічні, імунологічні) та психосоціальні чинники.

Симптоми у дошкільнят можуть включати обмежені рольові ігри, дивні або інтенсивно зосереджені інтереси та ригідність. Діти шкільного віку можуть демонструвати конкретне або буквальне мислення, мати проблеми з розумінням емоцій і можуть навіть виявляти інтерес до однолітків, але їм бракує навичок спілкування чи відповідного соціального підходу [4]. Якщо є підозра на РАС у цих групах, доступні інструменти скринінгу включають Опитувальник соціальної комунікації (SCQ), Шкалу соціальної реакції (SRS) і Опитувальник скринінгового спектру аутизму (ASSQ) [38].

Інші поведінкові або психіатричні супутні стани при РАС включають тривогу, синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ), obsesивно-компульсивний розлад, а також розлади настрою або інші розлади

деструктивної поведінки [28]. Дослідники зазначають, що частота виявлення СДУГ коливається від 25% до 81%. Нещодавній мета-аналіз, що вимірював частоту тривоги, і дослідження, яке вимірювало рівень депресії, вказав, що протягом життя дорослих із РАС 42% мають тривожні розлади та 37% – депресивні розлади. У дітей з розладом аутистичного спектру, які зверталися за корекцією, частота виявлення тривожного розладу виявилася подібною – 42%, і, крім того, у цьому дослідженні повідомлялося про коморбідний опозиційний розлад (це стан, при якому людина проявляє стійкі моделі негативної та ворожої поведінки щодо авторитетних фігур, таких як батьки, вчителі або інші дорослі) – 46% і розлади настрою – 8%, при цьому 66% вибірки з понад 600 пацієнтів мали більше одного супутнього захворювання [7].

1.2. Характеристика порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру

Порушення мовленнєвого розвитку є одним з найпоширеніших симптомів РАС. Прояви мовленнєвих порушень при РАС дуже різноманітні за характером і динамікою і часто зумовлені порушеннями спілкування. У спеціалізованих літературних джерелах способи корекції комунікативних порушень переважно висвітлюються фрагментарно. Однак у науковій літературі, бракує систематизованих, практико-орієнтованих рекомендацій щодо реалізації такого комплексного підходу. Це суттєво ускладнює впровадження ефективних корекційних заходів фахівцями на місцях [5].

Симптоми розладів аутистичного спектру можуть відрізнятися як за своїми характеристиками, так і за ступенем вираженості, що визначає різні варіанти аутизму у дітей. Ці варіанти вимагають іншого підходу до догляду та корекції [28]. Перш ніж розглянути особливості мовленнєвого розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, необхідно виділити основні групи дітей з РАС.

На психічний розвиток дитини істотно впливає нездатність до спілкування з навколишнім світом і людьми в ранньому дитинстві, що ще більше ускладнює соціальну адаптацію. Відсутність мовлення – це перший тривожний сигнал для батьків дітей з РАС, який спонукає їх звернутися за допомогою до спеціалістів: логопеда, дефектолога, психолога чи невролога.

Діти з РАС мають дуже широкий спектр мовленнєвих розладів, найважливішими з яких є:

- алалія – повна відсутність мови;
- мутизм – відмова говорити за можливості;
- дизартрія – порушення артикуляції та вимови;
- апраксія – нездатність виконувати загальні або мовні рухи;
- системне недорозвинення мовлення – загальні порушення

розвитку мовленнєвих навичок [15].

Такі дослідники як Н. Базима, І. Григус, Т. Коломоєць, К. Островська, І. Савенкова, Ю. Сіденко, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко та інші, детально висвітлюють порушення мовленнєвого розвитку як найбільш очевидний прояв розладів аутистичного спектру [44, 6, 17, 27, 36, 39, 50, 34, 12]. Залежно від генетичних, біологічних і соціальних факторів, а також супутніх захворювань порушення мови можуть істотно відрізнятися.

На основі досліджень Т. Скрипник виділяє такі види мовленнєвих розладів при РАС:

1. Первинний мутизм - відсутність голосу з початку розвитку.
2. Формально «правильний» розвиток мовлення до 2-2,5 років, потім глибокий розпад до мутизму.
3. Регрес тривалістю до 2-2,5 років (2,5-6 років) і офіційно «правильний» розвиток мовлення з регресивно спотвореною динамікою через 5-7 років.
4. Затримка (або недорозвинення) мови в поєднанні з функціональними порушеннями.

5. Порушення мовленнєвого розвитку [39].

У наукових роботах дослідників М. Шеремет та Д. Шульженко [50, 34] особливу увагу приділено специфіці контактного періоду в розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, що можна свідчити про деякі порушення їхніх комунікативних функцій. Враховуючи особливості формування мовленнєвої функції на ранніх етапах, науковці виокремлюють чотири основні варіанти мовленнєвих розладів у таких дітей.

Перший варіант характеризується тим, що руховий розвиток (ходьба) починається в надзвичайно ранньому віці – 2-6 місяців, так само рано, вже в 5-7 місяців, з'являється бурмотіння. Натомість перших слів дитина народжується в період від 8 до 12 місяців, що значно перевищує терміни нормативного мовленнєвого розвитку. Однак ці початкові слова часто не відображають щоденних потреб дитини та не пов'язані з конкретними особами в її оточенні. Наприклад, дитина може вимовляти таке слово, як «свист», «травичка», яке не має жодного змістового навантаження. При цьому слові на кшталт «бабуся», «мама», «тато» дитина вимовляє без будь-якого значення, не відносячи їх до конкретних людей. Характерною особливістю таких ранніх слів є їхня складна структура, яка дитина відтворює дуже точно [50].

Нерідко в ранньому віці 2-2,5 років у таких дітей є регрес мовлення, спричинений зовнішніми негативними чинниками – соматичними захворюваннями, психічною травмою тощо [20]. Іноді регрес відбувається і без явних провокуючих факторів, що супроводжується майже повною внутрішньою дитиною набутих мовленнєвих навичок. У деяких випадках регрес про майже виникає повною відмовою від мовлення – діти починають вживати лише окремі голосні або повторювати почуті раніше слова, навіть іноді простими реченнями. Водночас, парадоксально, внутрішнє мовлення в таких дітей може зберегтися і навіть розвиватися, хоча зовнішні вони майже не розмовляють [18]. Це потребує тривалого спостереження, часто ускладнює

враження, що дитина не використовує зверненого до її мовлення, але не завжди й одразу виконує словесні інструкції.

Інший варіант мовленнєвого розвитку у дітей з РАС пов'язаний із затримкою формування мовлення. Такі діти починають ходити пізніше – в 3-5 місяців, а перші ознаки лепету з'являються в 5-11 місяців. Проте перші слова вони вимовляють – від 1 року 2 місяців до 3 років. Ці початкові слова, як правило, є стереотипними, не прив'язаними до конкретних осіб. Вимова в них характеризується обертанням звуків у словах та уповільненим темпом мовлення, хоча в окремих випадках темп може й прискорюватися [9].

Діти з таким типом мовленнєвого розвитку не виявляють достатнього прагнення до активної мовленнєвої діяльності через зниження їх психічного тону. Це зараз до повільного накопичення словникового запасу, а механічне запам'ятовування та культурність до стереотипів зберігають цей лексичний запас на повільному рівні [34]. Розвиток фразового мовлення у таких дітей відбувається вкрай складно, а самостійні речення більшого є граматично неправильними або майже відсутні. Діти погано розрізняють рід і число слів, використовуючи переважно інфінітивні дієслів, та майже не вживають прикметників. Особливі труднощі спостерігаються при використанні особистих займань, зокрема «Я» – дитина або взагалі його не вживає, або ж говорить про себе у третій особі, наприклад «Віталія гуляє» [17].

Водночас для цієї категорії дітей характерним є накопичення великої кількості мовленнєвих штампів, цитат із улюблених текстів, які вони вживають без урахування контексту. Таке «механічне» мовлення часто не пов'язане з навколишнім середовищем і використовується невідповідно до часу та простору [18]. Проте з часом, використовуючи наполегливу корекційну роботу, діти починають уникати використання таких мовленнєвих стереотипів.

Варто також зазначити, що діти з таким типом мовленнєвого розвитку погано розуміють звернене до них мовлення дорослих і часто не

забезпечують словесні інструкції. В їхньому мовленні часто присутні різноманітні стереотипи, які практично неможливі для повноцінного спілкування, після чого вони не залишають запитань і не відповідають на них [5].

У дітей спостерігається рухова нестійкість, яка проявляється порушенням загальної, дрібної та суглобової моторики та значним ослабленням м'язового напруження [36]. Це значно затримує їх мовленнєвий розвиток.

Третій варіант розвитку мовлення у дітей з РАС характеризується тим, що основні етапи розвитку мовлення наступають раніше, ніж у однолітків [34]. Перші слова з'являються в 6-12 місяців, а перші речення - в 12-16 місяців. Батьки часто дивуються, коли їх діти починають спілкуватися «дорослими» коментарями, коли ті швидко набирають словниковий запас і складають граматично правильні речення. Але з часом стає зрозуміло, що дитина не вміє вести діалог і вживає речення стереотипно.

Діти з третім варіантом мовленнєвого розвитку емоційно реагують на багате мовлення, здатні будувати монологи. У спонтанному мовленні вони використовують правильні граматичні структури і часто використовують відповідні кліше. Особливістю цього варіанту є те, що діти більше звертають увагу на звуковий зміст слів. Їх більше цікавить звучання слова, ніж його значення; їм подобається грати словами, замінювати окремі звуки і переставляти склади [51]. Захоплення красою та можливостями мовленнєвого вираження у деяких людей набуває ознак справжньої пристрасті та може бути окреслене як феномен «любові до слова». Позитивним аспектом цього явища є те, що діти, попри глибоке розуміння мовлення, не завжди готові або бажають виконувати словесні інструкції. Така вибірковість безпосередньо пов'язана з їхніми особистими бажаннями та перевагами.

Для дітей з такою формою мовленнєвого розвитку характерним є специфічне мовлення: напружений голос, підвищена гучність наприкінці

речень, прискорений темп, незрозумілі слова, опущення та заміна звуків, нечітка вимова. Іноді їхнє мовлення може набувати співучості. Діти люблять емоційні інтонації дорослих. Така особлива вимова та плавність мови походить від підвищеного м'язового тону [17].

Четвертий варіант мовленнєвого розвитку у дітей з порушеннями мови характеризується особливостями, які відрізняють його від інших типових моделей. Ранній мовленнєвий розвиток таких дітей близький до норми, однак у віці 2-2,5 років спостерігається різке зниження їхньої мовленнєвої активності, що супроводжується регресом мовлення після соматичних захворювань або психологічної травми [50].

Незважаючи на те, що цей регрес не призводить до повного мутизму, розвиток мовлення ніби зупиняється на рівні 5-6 років. Це проявляється у різкому скороченні активного словника, а експресивно-рецептивне мовлення стає подібним до мовлення дітей із затримкою психічного розвитку [34].

У такий період фразова мова практично зникає. Дитина не вміє відповідати на запитання і часто їх повторює. Проте, незважаючи на низьку комунікативну активність, дитина має багатий пасивний словниковий запас, який відповідає віковій нормі [5]. Варто зазначити, що в емоційно напружених ситуаціях дитина може чітко вимовляти всі звуки і складні сполучення, в той час як в інших випадках її мова уповільнюється, іноді спостерігається заїкання.

Ще однією характерною особливістю є висока чутливість до будови слів, зокрема, майже повна відсутність чергування слів і складів. Ці діти на більш високому рівні розуміють словесне мовлення і краще реагують на зміст інформації. Вони також починають використовувати першу особу для опису себе трохи пізніше, ніж діти з РАС 3 варіанту [48].

Такі особливості мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями мови четвертого варіанту свідчать про необхідність розробки спеціальних підходів до їх діагностики та корекції, спрямованих на відновлення та стимулювання мовленнєвої активності. У 21% дітей є порушення мовлення, яке

проявляється у слабкій або повній відсутності реакції на іноземну мову. Ці діти віддають перевагу тихій мові, їм важко зрозуміти словесні інструкції [48].

49% дітей мали розлади експресивного мовлення, включаючи відсутність або затримку ходьби та бурмотіння, слабку модуляцію голосу, запізнений або ранній початок перших слів, часто з відлунням. Спостерігався також регрес мовлення на рівні окремих слів і затримка побудови речень, речення часто не стосуються найближчого оточення. Характерні цитати ехолалії, ритми ехолалії, формули ехолалії та повільна ехолалія. Дослідження показали тенденцію мовлення до ритму, декларативності, рими та інтонації, а також регрес на рівні фразового мовлення [9].

Враховуючи різний генез і патогенетичний принцип аутизму, дослідники виділяють наступні види мовленнєвих розладів у дітей з розладами аутистичного спектру:

1. Порушення мовлення, спричинені затримкою розвитку, включають диспропорційність мовних рухів, фізіологічну ехолалію, обмежений словниковий запас та інші проблеми, що є наслідком загальної затримки розвитку.

2. Порушення мовлення внаслідок затримки самосвідомості, що виявляється в неправильному вживанні займенників і дієслівних форм, пов'язаних із затримкою самосвідомості.

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

4. Психічний регрес характеризується поверненням мовлення до домашнього фонематичного рівня, що може проявлятися як повернення до більш ранніх етапів розвитку мовлення.

5. Серед мовленнєвих порушень, пов'язаних з патологією асоціативного процесу, варто виокремити порушення смислової сторони

мовлення, що проявляються у вигляді неповного або неузгодженого поєднання слів [20].

Узагальнюючи, можна дійти висновку, що дітям із розладами аутистичного спектра притаманний різний ступінь мовленнєвих порушень. Попри варіативність мовленнєвого розвитку у цій когорті, простежуються такі характерні особливості: відсутність комунікативного спрямування мовлення, його спотворення та фрагментарність, поєднання недорозвиненості та прискороеного становлення, а інколи й регрес аж до мутизму.

1.3. Сенсорна інтеграція як метод корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами спектру аутизму

Сприйняття навколишнього світу – це невід'ємна умова успішної життєдіяльності будь-якого живого організму. Навіть найпростіші одноклітинні істоти, такі як бактерії та амеби, постійно отримують та обробляють інформацію, застосовуючи її для оптимізації власного існування.

Людина як складніша біологічна система набула здатності сприймати навколишню дійсність за допомогою п'яти класичних органів чуття – зору, слуху, нюху, смаку та дотику. Водночас, людський організм реагує на значно ширшу гамму сенсорних подразників, включно з температурою, силою тяжіння, больовими відчуттями, руховими реакціями, відчуттями спраги, голоду, тиску тощо [14].

Механізм сприйняття інформації у людини полягає в перетворенні зовнішніх та внутрішніх сигналів на нервові імпульси, які далі надходять до кори головного мозку, де й відбувається їх аналіз та інтерпретація. Цей багаторівневий процес забезпечується складною системою сенсорних рецепторів та аналізаторів [2].

Сенсорну систему людини загалом можна визначити як сукупність взаємопов'язаних периферійних та центральних структур нервової системи,

які відповідають за сприйняття, передачу та обробку різноманітних сигналів з навколишнього середовища та внутрішніх органів [49].

Існує кілька класифікацій сенсорних систем. Як правило, всі вони виділяють:

- зорову систему;
- слухову систему;
- нюхову систему;
- смакову систему;
- тактильну систему;
- пропріоцептивну систему;
- вестибулярну систему [2].

Всі сенсорні системи працюють не окремо, а в тісному зв'язку одна з одною. Сприйняття світу має ієрархічну організацію емоцій: від простого до складного [13]. Цілісний рівень сприйняття забезпечується поєднанням відчуттів різних модальностей: соматосенсорна, зорова та слухова інформація поєднується та обробляється на рівні кори головного мозку. Це дозволяє осмислено сприймати навколишній світ і активно досліджувати (доторкнутися, побачити, почути). Міжсенсорна (крос-модальна) взаємодія на рівні кори головного мозку створює умови для формування цілісного ставлення до об'єктів зовнішнього світу [40].

Крім того, взаємодія емоційних систем виявляється в тому, що збудливість одних систем впливає на збудливість інших. Цим пояснюються такі явища, як зниження больової чутливості при прослуховуванні музики, погіршення зорового сприйняття через шум, підвищення чутливості до слухових подразників при яскравому світлі [41].

Порушення чутливості сенсорної системи призводить до посилення (гіперчутливість) або зниження (гіпочутливість) реакції на відповідні подразники. У випадках підвищеної чутливості навіть нейтральний для інших людей подразник сприймається як дуже сильний і в деяких випадках

болючий. При зниженні чутливості, навпаки, подразник не відчувається і реакції на нього може не бути [2].

Через знижену чутливість до сенсорних подразників дитина інакше реагує на інтенсивність сенсорного введення, ніж більшість людей. Його реакції можуть бути тупими, слабкими або відсутніми. Це вказує на вищий поріг чутливості, коли потрібна більш специфічна дія, щоб викликати відповідь [38].

Така дитина може шукати сильних відчуттів або ігнорувати сенсорні сигнали центральної нервової системи. Діти зі зниженою чутливістю потребують дуже пильної уваги та нагляду з боку дорослих, тому що вони схильні до небезпеки та ризику травм. Потрібні додаткові сильні впливи для підвищення активності та уваги дитини, щоб «стимулювати» [2]. При підвищеній чутливості органи чуття можуть притуплятися, і щоб стимулювати їх, дитина може займатися самостимуляцією: трясє руками, вібрує або видає дивні звуки.

Діти з високою чутливістю до сенсорних стимулів часто сильно, часто негативно, реагують на сенсорні стимули. У таких дітей низький поріг чутливості, що призводить до швидкої активації та збудження нервової системи [2]. Відчуття, які не відчуває звичайна людина, для них дуже гострі і можуть викликати дискомфорт. Це призводить до формування емоційних захистів, які часто проявляються як поведінка уникнення. Якщо дитина не може уникнути контакту, це може призвести до «ненормальної» поведінки або вибуху роздратування, агресії до джерела неприємного впливу. Тому важливо розпізнати та зменшити інтенсивність таких ефектів [14].

Деякі діти можуть підвищувати або знижувати чутливість до одних і тих же подразників у різний час. На думку дослідників, одна з причин цього явища полягає в тому, що у деяких (але не у всіх) гіперчутливих дітей при перевантаженні сенсорної системи припиняється обробка сенсорної інформації, що схоже на гіпочутливість [40].

При порушенні адаптації та фільтрації сенсорної інформації, зокрема, серйозно порушується функція уваги, оскільки втрачається здатність зосереджуватися на конкретних об'єктах, діях та ігнорувати несуттєві подразники [24]. При розладах аутистичного спектру часто спостерігаються дисфункції однієї або кількох сенсорних систем, які часто є багатогранними, у тому числі, як уже зазначалося вище, в межах однієї системи. Ці порушення проявляються як особливі форми поведінки, які можуть виконувати захисну або компенсаторну функцію [21].

Невід'ємною рисою розладів аутистичного спектра у дітей є специфічні сенсорні характеристики. Вони можуть проявлятися як надмірною, так і недостатньою чутливістю до дотиків, звуків, запахів, смаків, зорових і моторних стимулів, що, своєю чергою, позначається на їхній поведінці та взаємодії з оточуючим світом [2]. У Додатку А детально розкрито особливості дітей з кожним конкретним сенсорним порушенням.

Такі прояви підвищеної або зниженої сенсорної чутливості, проблеми з фільтрацією та адаптацією до подразників, а також порушення взаємодії між сенсорними системами призводять до формування специфічних поведінкових патернів, які часто свідчать про наявність емоційної дисфункції. Деякі з них мають захисний характер, інші допомагають дитині заспокоїтися у стресових ситуаціях, а треті пов'язані з необхідністю компенсації порушень в інших сенсорних сферах. При цьому одні й ті ж поведінкові прояви можуть мати різне підґрунтя. Наприклад, відмова дитини мити руки може бути зумовлена як підвищеною чутливістю до дотиків, так і непереносимістю запахів (наприклад, мила) або надто яскравого світла у ванній кімнаті [40].

Відмова від певних видів їжі може бути викликана специфічними смаковими відчуттями, які вона викликає, або неприємними для дитини тактильними або пропріоцептивними відчуттями в роті. З іншого боку, один і той же емоційний стимул може викликати цілий спектр поведінки: таке

неприємне звукове попередження може змусити дитину затулити вуха, кричати, гризти нашійник або кусатися [40].

Зрозуміло, що описані емоційні дисфункції можуть серйозно вплинути навіть на повсякденне життя вдома, не рахуючи відвідування школи, дошкільного закладу та інших місць поза домом. Вони можуть заважати навчанню та спілкуванню з іншими людьми. У зв'язку з цим підтримка дітей з РАС обов'язково повинна включати заходи, спрямовані на поліпшення функціонування емоційних систем [38].

В даний час розроблені і широко використовуються спеціальні методики і програми, метою яких є підвищення продуктивності сенсорних систем. Зокрема, набув поширення напрямок розробки методик, спрямованих на покращення емоційної інтеграції. А. Банді, С. Лейн, Е. Мюррей описують сенсорну інтеграцію як неврологічний процес, який організовує сенсорні відчуття ззовні та від власного тіла, що дозволяє організму найбільш ефективно використовувати середовище [1].

Сенсорна інтегративна терапія – це програма втручання, яка включає дії, що характеризуються вищими відчуттями, особливо тактильними, вестибулярними та пропріоцептивними. Навчання за цією та іншими подібними програмами дає значні переваги дитині з емоційною дисфункцією [13].

Першою і найважливішою умовою ефективності такої допомоги є розуміння причин конкретних проблем дитини. Оточуючим дуже важливо ставитися до таких особливостей дітей з розумінням і повагою, не турбуватися поведінкою дитини, що виникає внаслідок труднощів, які вона постійно відчуває, а надавати їй необхідну підтримку. Щоб допомога була адресною, необхідно визначити, які саме сенсорні дисфункції є у дитини, іншими словами, визначити її сенсорний профіль, унікальний для кожної людини.

Вивчення зарубіжних джерел показало, що для розуміння причин виникнення дисгнозій та інших ознак психічного дисонтогенезу необхідно

використовувати методи теорії емоційної інтеграції, розробленої Дж. Айресом [2]. Ця теорія підкреслює важливість сенсорної інтеграції для розвитку мовлення – як рецептивного, так і експресивного, а також для формування різноманітних праксисів. Правильна сенсорна обробка має вирішальне значення для нормального мовлення, поведінки та успішності дітей.

Розвиток усіх форм праксису вчені пов'язують, зокрема, зі здатністю опрацьовувати та поєднувати вербальні та емоційні сигнали. Дж. Айрес виділяє чотири стадії розвитку сенсорної інтеграції, які проходять від народження до 7 років: первинна адаптація органів чуття, активний сенсомоторний розвиток, формування перцептивно-моторних основ когнітивного розвитку і, нарешті, формування вищих психічних функцій, таких як мова і воля [2].

Сенсорна інтеграція – це несвідомий процес обробки інформації, отриманої від органів чуття, і формування адекватної цілеспрямованої реакції на неї. Це неврологічний процес, який організовує відчуття від свого тіла та створює умови для їх ефективного використання в навколишньому середовищі [2]. Дослідники в галузі теорії сенсорної інтеграції зазвичай розрізняють дві основні категорії розладів. Перший включає відхилення, викликані проблемами в обробці сенсорної інформації, зокрема в процесі сенсорної модуляції. Друга категорія включає рухові розлади внаслідок сенсорного введення, такі як сенсорна диспраксія, порушення постави та гравітаційна незахищеність [16].

Аналіз досліджень у галузі теорії сенсорної інтеграції показує, що дисфункція виникає, коли здатність сенсорних систем розпізнавати, обробляти та інтегрувати стимули, а також здатність інтегрувати інформацію з інших систем порушується. Це призводить до порушення формування пристосувальної реакції на комплексні подразники, яка проявляється через поведінку, дії та цілеспрямовану діяльність людини. Порушення в обробці сенсорної інформації у дітей з мовленнєвими порушеннями часто пов'язані зі

слуховою гіперреактивністю та гіперакузією, які в традиційній логопедії вважаються частиною симптомів сенсорної алалії [18].

Іноземні дослідники вивчають ці симптоми в контексті дисфункцій сенсорної інтеграції, пов'язуючи їх із труднощами обробки та інтерпретації слухової інформації. Такий розлад називається слуховою агнозією, а гіперакузія, яка проявляється у сприйнятті певних звуків як надто гучних або болючих, розглядається як наслідок порушень сенсорної обробки [23].

Труднощі в обробці сенсорної інформації також можуть бути пов'язані зі змінами в реактивності сенсорних систем у ротовій області, що призводить до проблем у кінестетичній та кінетичній практиці. Аналіз результатів поглибленої діагностики сенсорних функцій і праксису у дітей з порушеннями мовлення та мовлення за допомогою тесту SIPT Дж. Айреса виявив найбільші труднощі в таких сферах, як оральна практика, динамічна організація та білатеральне мовлення. координація рухів, зорово-моторна координація, локалізація тактильних подразників і пропріоцептивна чутливість [2].

Порушення різноманітного праксису в мовленнєвих і слабомовних дітей досліджується давно (І. Мартиненко, Н. Гаврилова, О. Белова, С. Конопляста) [18, 9, 7]. Відомо, що різні види диспраксії значно ускладнюють повсякденну діяльність дитини, навчання та виконання рухових завдань.

У психолого-педагогічних джерелах диспраксію традиційно визначають як розлад праксису, який включає здатність виконувати цілеспрямовані дії, організовувати та планувати їх [18]. Для дітей термін «диспраксія розвитку» часто використовується для опису конкретного розладу розвитку, що виникає внаслідок дисфункцій сенсорної інтеграції. Це порушення впливає на організацію тактильних, вестибулярних і пропріоцептивних почуттів, що ускладнює планування рухів.

У контексті теорії сенсорної інтеграції К. Рівз і Ш. Чермак виділяють два основних типи сенсорно-інтегративної умовної диспраксії [47]:

1. Соматодиспраксія, зумовлена недорозвиненням соматогнозу в цілому. Цей тип диспраксії пов'язаний із проблемами розпізнавання та координації тілесних відчуттів людини.

2. Порушення двосторонньої інтеграції та комплексності рухів, викликане недостатньою обробкою вестибулярних і пропріоцептивних сигналів.

Соматодиспраксія частіше зустрічається у дітей з алалією та дизартрією. Натомість в осіб із менш розвиненим мовленнєвим розвитком домінує динамічна диспраксія, що означає виконання послідовності дій на вербальному, мануальному та загальному рівнях [47].

У 2015 році авторитетний дослідник Ч. Ньюкітсен, вивчаючи вплив дисфункцій сенсорної інтеграції на функціонування особистості в контексті порушень мовленнєвого розвитку, виокремив низку проблем, а саме [40]:

- дефіцит соматичного пізнання та пропріоцептивної чутливості, що є основою тілесної ідентичності;
- розлади чутливості (гіперчутливість та гіпочутливість);
- постуральна незграбність або незграбність тіла;
- порушення зорового і зорово-просторового сприйняття;
- недоліки зорово-моторної координації та уваги;
- незрілість моторної диференціації, зокрема синкінезії;
- виникнення дзеркальних рухів;
- труднощі у виконанні рухів, при перетині центральної вісі тіла;
- порушення двосторонньої ручної координації;
- затримки у визначенні домінантної руки та латеральності;
- порушення синхронізації і ритмічності рухів.

Отже, у дітей із мовленнєвими порушеннями часто виявляються проблеми з різними видами праксису, такими як артикуляційний, оральний, лицевий, вербальний та пальцевий (О. Белова, С. Конопляста; І. Мартиненко, Ч. Ньюкітсен). Вони також стикаються з труднощами в моторному

плануванні (Дж. Айрес) та мають проблеми з білатеральною організацією рухів і їхньою динамічною організацією (А. Банді, Ш. Лейн, Е. Мюррей).

Серед комплексу порушень моторної сфери, виявлених науковцями у дітей з мовленнєвими розладами, особливої уваги заслуговують дисфункції орального праксису. Для них характерні значні труднощі з перемиканням рухів органів артикуляційного апарату, тривалий пошук необхідної артикуляційної позиції, обмежена амплітуда рухів, відхилення від нормальних конфігурацій, а також наявність синкінезів та гіперкінезів [40].

Не менш суттєвими є й порушення власне артикуляційного праксису, що проявляються в неправильній вимові звуків, їх заміні, змішуванні, спотворенні або повній відсутності при ізольованій вимові, а також в спотворенні загальної звуко-складової структури слів. Ці специфічні артикуляторні дефіцити суттєво ускладнюють мовленнєве спілкування дітей з даною категорії порушень [7].

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерського дослідження розглядаються питання сутності, етіології і патогенезу розладів аутистичного спектру, особливостей мовленнєвого розвитку та сенсорної інтеграції в корекції даного порушення.

Визначено, що розлади аутистичного спектру (РАС) – комплексні розлади психічного розвитку, які мають прояв у порушенні емоційного контакту, спілкування та соціального розвитку і характеризуються стереотипними проявами поведінки. Однією з основних ознак цього розладу є порушення мовленнєвого розвитку, яке може проявлятися в різних формах.

З'ясовано, що порушення мовлення у дітей з РАС мають різний характер і можуть істотно відрізнятися за ступенем вираженості. Кожен варіант мовленнєвого розвитку відрізняється особливостями, які потребують індивідуального підходу до корекції.

Теоретичний аналіз довів, що порушення сенсорної інтеграції має значний вплив на розвиток праксису у дітей із мовленнєвими порушеннями. Дослідження вказують на труднощі в обробці сенсорної інформації, які мають прояв у вигляді різних типів диспраксій (соматодиспраксія, динамічна диспраксія).

З'ясовано, що у дітей з РАС, які мають мовленнєві порушення часто спостерігаються труднощі в кінестетичному та кінетичному праксисі, такі як проблеми з перемиканням рухів органів артикуляційного апарату, тривалий пошук артикуляційної позиції та труднощі з вимовою звуків і звуко–складовою будовою слів. Ці труднощі зумовлені порушеннями сенсорної інтеграції, які впливають на здатність дітей до адекватного реагування на сенсорні стимули та організації рухів.

Таким чином, корекційна допомога дітям з РАС і мовленнєвими порушеннями має включати корекцію сенсорних дисфункцій та розвиток праксису, що дозволяє покращити їх мовленнєві і моторні навички. Розуміння специфіки сенсорних порушень та адаптація навколишнього середовища є ключовими для забезпечення комфортного і безпечного розвитку дитини.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ У МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ЗАСОБАМИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

2.1 Методика та результати вивчення порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру

Дослідження проводилось на базі КЗО «Криворізький спеціальний багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр №1» ДОР» (далі – НРЦ №1). В закладі функціонує п'ять структурних підрозділів: центр ранньої допомоги, дошкільний підрозділ, початкова школа, корекційно-реабілітаційний підрозділ та пансіон. На початок дослідження в закладі отримували освітні послуги 102 дитини зі складними порушеннями розвитку (порушення зору, опорно-рухового апарату, мовлення, інтелекту, порушеннями аутистичного розвитку).

Дослідження тривало 10 місяців з січня по жовтень 2024 року. У ході дослідження ми взяли дві групи дітей із загальним порушенням – розлади аутистичного спектру (одна – контрольна, інша – експериментальна). Вік дітей, які приймали участь в експерименті від 5 до 6 років. У кожній групі перебувало по 6 дітей.

Всі діти, які брали участь у нашому дослідженні, – немовленнєві, тому ми обрали обстежувати саме невербальну комунікацію. Оскільки діти не використовують мовлення для вираження своїх думок та потреб, основними засобами комунікації для них стають жести, міміка, погляд, рухи тіла та інші невербальні сигнали. Аналіз цих проявів дозволяє глибше зрозуміти їхні способи взаємодії з навколишнім світом, а також допомагає підібрати відповідні методи для підтримки їхньої комунікації в соціальних та освітніх середовищах.

Згідно з літературними джерелами [10, 19, 22, 25, 32, 35] корекційна робота з дітьми з порушенням спектру аутизму досить складна через специфіку цього порушення. Прагнення дітей з РАС ухилятися від контактів з навколишнім світом, специфічний сценарій мовленнєвого розвитку, відсутність у дитини емоційного контакту з оточуючим світом, персональні труднощі ускладнюють роботу з ними.

З метою розвитку мовлення дітей дошкільного віку з РАС перед нами ставилися наступні завдання:

1. Виробити вміння виконувати прості прохання.
2. Розвинути розуміння вказівок дорослих через спостереження та інтерпретацію невербальних сигналів.
3. Розвинути вміння ідентифікувати та називати предмети, дії, а також описувати ситуації з акцентом на невербальні засоби комунікації.
4. Формувати вміння відповідати на запитання за допомогою невербальних реакцій (жести, міміка).
5. Сприяти розвитку діалогічного мовлення, спираючись на поєднання вербальних і невербальних засобів спілкування.

Для виконання поставлених завдань були підібрані такі методи: *теоретичні*: аналіз, синтез, конкретизація, узагальнення спеціальної науково-методичної літератури; *емпіричні*: педагогічне спостереження, сенсорний скринінг, бесіда, опитування, діагностика невербальної комунікації; *математичні*: методи математичної статистики.

Засвоєння мовлення дітьми з порушеннями аутистичного спектру характеризується численними труднощами, пов'язаними із організацією довільної поведінки, маніпулюванням предметами без урахування їх функціонального призначення, стереотипністю, повторенням, безсюжетністю. Ці особливості суттєво ускладнюють налагодження позитивної взаємодії з учителем-логопедом [11].

Педагог у такому випадку має бути надзвичайно обережним та тактовним, непомітно підключаючись до самотійної активності дитини,

фіксуючи ключові моменти для подачі необхідного матеріалу, повторюючи тихо слова дитини за допомогою улюблених іграшок. Така поведінкова тактика дозволяє педагогу поступово увійти до світу гри дитини, не акцентуючи уваги на своїй присутності, та заслужити її довіру, що, безперечно, потребує значних часових затрат та терпіння. Базове навчання елементарних комунікативних навичок дітей з РАС майже завжди ґрунтується на принципах оперантного навчання, тобто підкріплення бажаних дій дитини. Для досягнення успіху у цій роботі необхідно створити дієву мотивацію до спілкування [33].

До дослідження було залучено 12 дітей старшого дошкільного віку з порушеннями аутистичного спектру, а також їх батьки та фахівці, що супроводжують розвиток цих дітей. Оскільки, у дітей старшого дошкільного віку з РАС, що брали участь у діагностиці, спостерігався дефіцит мовленнєвого розвитку, було доцільно зосередитись на оцінці саме невербальної комунікації. Це дозволило точніше визначити їхню здатність передавати та сприймати інформацію за допомогою жестів, міміки, виразів обличчя та інших невербальних засобів, а також відстежити динаміку взаємодії з оточуючим середовищем. Саме тому для вивчення специфіки невербальної комунікації ми обрали методика, розроблену фахівцями Autism Home Support Services та адаптовану в Україні В. Ольшевською та О. Таран [26].

Цей альтернативний підхід до діагностики невербальної комунікації заснований на комплексному аналізі, який включає як безпосереднє спостереження за поведінкою дитини в звичайних умовах, так і участь в процесі оцінювання осіб, які безпосередньо беруть участь у розвитку дитини (експертів і батьків). Методика складається з двох етапів: спостереження за невербальним спілкуванням дітей старшого дошкільного віку з РАС; експертна оцінка батьків/експертів щодо невербальної комунікації дітей старшого дошкільного віку з РАС. Відповідно, нами було виокремлено два критерії дослідження.

Перший критерій – рівні розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС, що вивчалися експериментатором. Під час нашого дослідження дані були зібрані на основі карти спостереження, яка включала такі показники:

експресія – повторення емоційного стану дитини, розпізнавання інших виразів і реакцій;

жести – використання рук і тіла для вираження певних почуттів без використання словесних форм;

зоровий контакт – здатність дитини підтримувати зоровий контакт з іншою людиною;

фізичний контакт – уміння використовувати різні форми фізичного контакту (обійми, пестощі, поплескування по плечу);

реакція на іншу міміку – здатність реагувати на емоційні вирази інших людей;

розуміння значення жестів – здатність дитини розуміти значення інших жестів;

інтерпретація інших сигналів тіла – здатність дитини сприймати і розуміти невербальні сигнали інших людей;

вокалізація – здатність дитини повідомляти про свої почуття (потреби) відповідними невербальними звуками (сміх, плач, шум тощо);

зорове орієнтування – здатність дитини дивитися, зосереджуватися у взаємодії з навколишнім середовищем.

Система оцінювання. За ступенем вираженості (від 1 до 5 балів) оцінювалися показники невербальної комунікації, наведені в запропонованій картці спостереження, а саме:

незначний розвиток (1 бал) – 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 бали) – дитина інколи проявляє здібності, але зазвичай лише за певних умов або за певних подразників (зв'язок між стимулом і реакцією нестійкий);

середній рівень розвитку (3 бали) – 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 бали) – 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 балів) – дитина демонструє свої навички в різних контекстах і з різними стимулами (зв'язок між стимулом і реакцією стійкий і передбачуваний, відповіді достатні і відповідні).

Так, під час спостереження за дитиною дослідник (експерт): оцінює кожен параметр спостереження за визначеним ступенем тяжкості; заповнює бланк карти спостереження під час або після спостереження; після завершення всіх спостережень (їх має бути декілька) проаналізує отримані дані, щоб визначити загальний рівень невербальної комунікації дитини з порушеннями аутистичного спектру.

Результати констатувального етапу дослідження за першим критерієм представлені в таблиці 2.1 та свідчать про недостатній рівень сформованості відповідних навичок як у контрольній, так і в експериментальній групах. Загальний середній бал у контрольній групі становив 2,31, що відповідає слабкому рівню розвитку з окремими проявами навичок, тоді як в експериментальній групі цей показник склав 1,99, вказуючи на більш виражену нестачу невербальних комунікативних умінь.

Зокрема, аналіз окремих показників показав, що найвищі результати спостерігалися за параметром «вокалізації». У контрольній групі середній бал становив 3,33, що вказує на середній рівень розвитку, за якого діти демонструють навички з певною постійністю, але з можливими

недиференційованими реакціями. В експериментальній групі цей показник був нижчим – 2,56, що відповідає слабкому рівню із нестійкими проявами.

Таблиця 2.1.

Результати спостереження за невербальним спілкуванням дітей старшого дошкільного віку з РАС на початку дослідження

Показники	Контрольна група (середній бал)	Експериментальна група (середній бал)
Очний 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 «очного контакту» у контрольній групі оцінено на 2,2 бали, а в експериментальній групі – на 2,67 балів. Це свідчить про слабкий рівень у першому випадку та про показники, близькі до середнього рівня, у другому. Однак стійкість і передбачуваність цієї навички залишаються недостатніми.

Показники «міміка» та «жести» демонструють найнижчі результати. У контрольній групі середній бал за міміку і жести склав 1,67, що свідчить про рідкісні прояви навичок або їхній майже повний дефіцит. В експериментальній групі ці показники були ще нижчими: 1,4 бали за міміку та 1,13 балів за жести, що вказує на мінімальну вираженість невербальних реакцій.

Показник «візуальна спрямованість» мав середні результати: 2,67 у контрольній групі, що свідчить про слабкий, але дещо стійкіший розвиток, та 2,2 в експериментальній групі, що демонструє нестабільність цієї навички.

Загалом результати вказують на те, що діти, що приймали участь в обстеженні, мають значні труднощі в оволодінні невербальними

комунікативними навичками. У контрольній групі показники дещо вищі, ніж у експериментальній, однак загальний рівень розвитку невербального спілкування в обох групах залишається недостатнім, що обґрунтовує потребу в розробленні спеціальних корекційних програм для вдосконалення цих навичок.

Другий критерій – рівні розвитку невербального спілкування дітей старшого дошкільного віку з РАС у процесі експертної оцінки батьків та вихователів, що проводилася за такими показниками: загальна оцінка невербального репертуару дитини, розуміння різних компонентів невербальної комунікації дитини, правильне використання невербальних засобів спілкування. За окремими аспектами експерти визначали рівні їх прояву від 1 балу (ніколи або рідко) до 5 балів (дуже часто).

Для досягнення об'єктивності та достовірності оцінки невербальної комунікації дитини з РАС батьки та педагоги незалежно один від одного заповнювали анкети. Крім того, експерти мали можливість вказати, що вважають певні прояви характерними для своїх дітей, що дозволило врахувати індивідуальні особливості кожної дитини при аналізі та інтерпретації отриманих результатів.

Такий комплексний підхід, що поєднує спостереження та експертну оцінку, дозволяє отримати об'єктивну та достовірну інформацію про особливості невербальної комунікації дітей з РАС, враховуючи їхні індивідуальні характеристики.

Представимо результати за другим критерієм в таблиці 2.2.

Загальний рівень розвитку невербальних комунікативних навичок у контрольній групі становив 2,94 бали, тоді як в експериментальній групі цей показник був нижчим і дорівнював 2,33 бали. Це свідчить про недостатню сформованість відповідних умінь в обох групах, особливо в експериментальній.

Таблиця 2.2.

**Результати експертного оцінювання батьками/вихователями
невербальної комунікації дітей старшого дошкільного віку з РАС на
початку 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
Цілеспрямоване 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 особистості. В КГ середні результати за цим показником становили 3 бали, що відповідає середньому рівню сформованості. Діти демонстрували здатність до вираження емоцій через обличчя, використання жестів, підтримання контакту очима та позитивного фізичного контакту на середньому рівні. В ЕГ середній бал становив 2, що свідчить про слабкий рівень навичок. Винятком став параметр

використання позитивного фізичного контакту, де результат в ЕГ (4 бали) був вищим, ніж у КГ.

Розуміння різноманітних компонентів невербальної комунікації. Цей показник оцінював здатність дітей реагувати на вираз обличчя, розуміти значення жестів та інтерпретувати тілесні сигнали інших осіб. В КГ середній бал становив 2,67, що вказує на слабкий розвиток з певними стабільними проявами. В експериментальній групі середній бал був значно нижчим – 1,67 – рідкісні або випадкові прояви відповідних навичок.

Цілеспрямоване використання невербальних засобів спілкування. В КГ середній результат за цим показником становив 3,17, що відповідає середньому рівню розвитку. Діти демонстрували здатність використовувати невербальні засоби для комунікації з певною постійністю. В ЕГ середній бал дорівнював 2,33, що свідчить про слабкий рівень сформованості, особливо у використанні виразу обличчя для демонстрації емоцій.

Загальний стан сформованості невербальної комунікації. В КГ загальний середній бал становив 2,94. Це свідчить про середній рівень сформованості невербальних комунікативних навичок. В ЕГ показник був нижчим – 2,33 – слабкий рівень розвитку. Отримані результати вказують на те, що у дітей обох груп спостерігаються труднощі в оволодінні невербальними засобами спілкування.

Проведене дослідження за першим і другим критерієм засвідчило, що загальний рівень розвитку невербального спілкування в обох групах знаходиться на слабкому рівні, у дітей обох груп спостерігаються труднощі в оволодінні невербальними засобами спілкування.

Згідно теоретичних досліджень [2, 18, 23, 47] у дітей з РАС, які мають мовленнєві порушення часто спостерігаються труднощі, зумовлені порушеннями сенсорної інтеграції, які впливають на здатність дітей до адекватного реагування на сенсорні стимули та організації рухів. Саме тому нами було вирішено провести оцінку сенсорного профілю кожної дитини з експериментальної групи, щоб допомогти їм впоратися з сенсорними

проблемами, створити сприятливе середовище для розвитку мовлення та розробити індивідуальну «сенсорну дієту», яка враховуватиме унікальні потреби кожної дитини, сприятиме покращенню взаємодії з оточенням і підвищенню рівня їхньої соціальної адаптації.

З цією метою нами було виокремлено *третій критерій* – вивчення особливості функціонування сенсорних систем, а саме: зорової, слухової, тактильної, нюхової, смакової, пропріоцептивної та вестибулярної систем, тобто здійснити сенсорний скринінг, розроблений провідними спеціалістами в області медицини та ерготерапії: Е. Як, П. Аквілла та Ш. Саттон, що дозволяє побудувати сенсорний профіль кожної конкретної дитини [12]. Максимальна кількість балів, яку можна набрати за кожною сферою – 20. Чим більше балів, то більше виражена проблема. Детально ознайомитися зі змістом сенсорного скринінгу можна в додатку Б.

Заповнення сенсорного скринінгу для дітей з порушеннями аутистичного спектру є важливим етапом в оцінці їхніх особливих потреб. Цей процес вимагає залучення батьків або людей, які проводять найбільше часу з дитиною, оскільки саме вони мають найбільш глибокі знання про її поведінку та реакції на різні стимули.

Ключовим моментом під час заповнення скринінгу є спостережливість і точність відповідей на запитання. Батьки або інші дорослі мають відповісти на кожне запитання, обираючи один з варіантів: «Так (раніше)» (використовується, коли певна реакція дитини на сенсорний стимул була притаманною раніше, але на даний момент змінилася), «Так (зараз)» (вказує на те, що дитина демонструє цю реакцію в поточний період.), «Ні» (означає, що дитина ніколи не проявляла певну реакцію або не відчувала дискомфорту у відповідь на даний стимул) або «Затрудняюся відповісти» (обирається, якщо дорослий не впевнений у реакції дитини або не має достатньої інформації для надання відповіді).

Цей підхід допомагає фахівцям отримати повну картину сенсорного сприйняття дитини і вибудувати відповідну стратегію її підтримки та

розвитку. Точність і ретельність заповнення скринінгу є запорукою успіху в подальшій роботі з дитиною, тому важливо, щоб батьки ставилися до цього процесу уважно і відповідально.

Результати дослідження за третім критерієм – оцінки сенсорного профілю дитини шляхом заповнення сенсорного скринінгу, представлено в таблиці 2.3. Заповнення скринінгу дозволило отримати детальну картину індивідуальних особливостей сенсорних реакцій дітей, що сприяло точному визначенню зон найбільших труднощів, на які потрібно орієнтувати педагогічну та корекційну роботу.

Таблиця 2.3.

Результати обстеження чутливості сенсорних систем дітей з РАС експериментальної групи на початку дослідження

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 чутливості сенсорних систем дітей з РАС експериментальної групи на початку дослідження вказують на високий рівень порушень у кількох сенсорних системах. Так, 67,7% дітей виявили порушення в розвитку тактильної, зорової, вестибулярної та

пропріоцептивної систем. 50,0% дітей мали порушення слухової сенсорної системи, а 33,3% – порушення смакової та нюхової систем.

Таким чином, результати дослідження за трьома критеріями свідчать про наявність порушень невербальної сторони мовлення та комплексних сенсорних порушень, що потребує цілеспрямованої корекційно-розвиткової роботи з використанням засобів сенсорної інтеграції.

2.2. Корекція порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру засобами сенсорної інтеграції

Метою дослідження було перевірити ефективність використання засобів сенсорної інтеграції для корекції порушень мовленнєвого розвитку у дітей з аутистичними порушеннями. Тому в експериментальній групі, поряд із традиційними логопедичними заняттями, діти займалися за програмою, яка включала елементи сенсорної інтеграції. Заняття проводилися тричі на тиждень по 30 хвилин. У контрольній групі діти брали участь лише в звичайних логопедичних заняттях, які проводилися двічі на тиждень за стандартною методикою, спрямованою на розвиток мовлення.

В експериментальній групі основний акцент був зроблений на стимуляцію сенсорних систем дітей з метою покращення їхньої здатності сприймати і обробляти інформацію, що впливає на розвиток комунікативних навичок. Для цього використовувалися методи сенсорної інтеграції.

Виконання вправ з сенсорної інтеграції в логопедичній роботі має на меті комплексний розвиток мовленнєвих і комунікативних навичок у дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку. Сенсорна інтеграція, що передбачає процес обробки та організації сенсорних відчуттів, є основою для формування адекватних мовленнєвих реакцій.

Зокрема, впровадження вправ з сенсорної інтеграції сприяє покращенню сприйняття різноманітних сенсорних сигналів, що, в свою чергу, забезпечує кращу усвідомленість дитини щодо її тіла в просторі та

покращує взаємодію з навколишнім середовищем. Це критично важливо для дітей, які не мають достатнього мовленнєвого розвитку, оскільки ефективно сприйняття і обробка сенсорної інформації є передумовою для розвитку мовлення.

Окрім того, регулярне виконання сенсорних вправ покращує увагу та концентрацію, що є необхідним для успішного навчання мовленню. Діти, які мають труднощі з фокусуванням, можуть отримати значну користь від структурованих сенсорних активностей, які тренують їхню здатність зосереджуватися на завданнях.

Важливою складовою є також розвиток моторних навичок, оскільки багато вправ передбачає рухливість, що, в свою чергу, підтримує розвиток дрібної та великої моторики, необхідних для артикуляції та вимови звуків.

Перед початком дослідження були проведені батьківські збори, на яких батьки ознайомилися з програмою, і було проведено опитування щодо індивідуальних особливостей сенсорного сприйняття дітей, проведено оцінку рівня їхньої сенсорної чутливості. На основі отриманих даних були розроблені індивідуальні програми занять для кожної дитини. Під час занять ми використовували методи сенсорної інтеграції, адаптуючи вправи відповідно до потреб дитини.

Стимуляція сенсорних систем дітей реалізувалася двома способами:

1. Батьки проводять програму сенсорної стимуляції вдома за чіткими вказівками та рекомендаціями логопеда.

2. Програму сенсорної стимуляції проводить логопед у навчально-реабілітаційному центрі.

У першому випадку за результатами діагностики складалася програма сенсорної стимуляції, яку батьки проводили 2-3 рази протягом дня за потреби з рекомендаціями логопеда. Тривалість одного сеансу не більше 15 хвилин. Завдання батьків відзначати успішність виконання кожної вправи: абсолютно вдале виконання відзначалося знаком «+»; часткове виконання – «+/-»; абсолютна невдача – «-». Успішність виконання кожної вправи давала

інформацію, яка дозволяла логопеду змінити зміст наступної програми. Програма змінювалася раз на місяць. Особлива увага приділялася вправам, від виконання яких дитина категорично відмовлялася. При цьому змінювалися вправи або засоби їх виконання.

Під час занять в закладі корекція сенсорних порушень відбувалася в кабінеті «сенсорної інтеграції» зі спеціальним обладнанням для стимуляції сенсорних систем: крісла-гойдалки, гамаки, басейни, наповнені м'ячами (пули з м'ячами), м'ячі з різними наповнювачами, наприклад, крупно-подрібнений пінопласт, а також різної консистенції, різнокольорові лампи, ароматичні лампи, спеціальна музика, світло, звук і сенсорні стінові панелі.

У рамках нашого дослідження було застосовано комплекс вправ, спрямованих на розвиток сенсорних навичок у дітей з РАС. Ці вправи мали не лише розважальний, але й корекційний характер, сприяючи стимуляції різних сенсорних систем. Розроблений комплекс вправ забезпечив розвиток моторних навичок, покращення координації рухів та формування адекватного сприйняття навколишнього середовища.

Вправи включали елементи рухової активності, маніпуляції з предметами різної текстури, використання музичного супроводу для стимуляції слухового сприйняття, а також вправи для покращення просторової орієнтації. Комплекс було адаптовано до індивідуальних особливостей дітей, що забезпечило максимальну ефективність у досягненні поставлених цілей.

Комплекс вправ з елементами сенсорної інтеграції, використаних під час дослідження, представлено у вигляді схематичної моделі на рисунках 2.1. та 2.2. Модель детально демонструє кожен етап взаємодії з різними сенсорними системами. Кожна вправа спрямована на стимуляцію відповідних сенсорних каналів та розвиток навичок координації, сприйняття та інтеграції сенсорних сигналів. Завдяки схемі можна чітко простежити логіку побудови комплексу, його цілі та завдання, а також зручність адаптації для індивідуальних потреб дітей з аутистичними порушеннями.

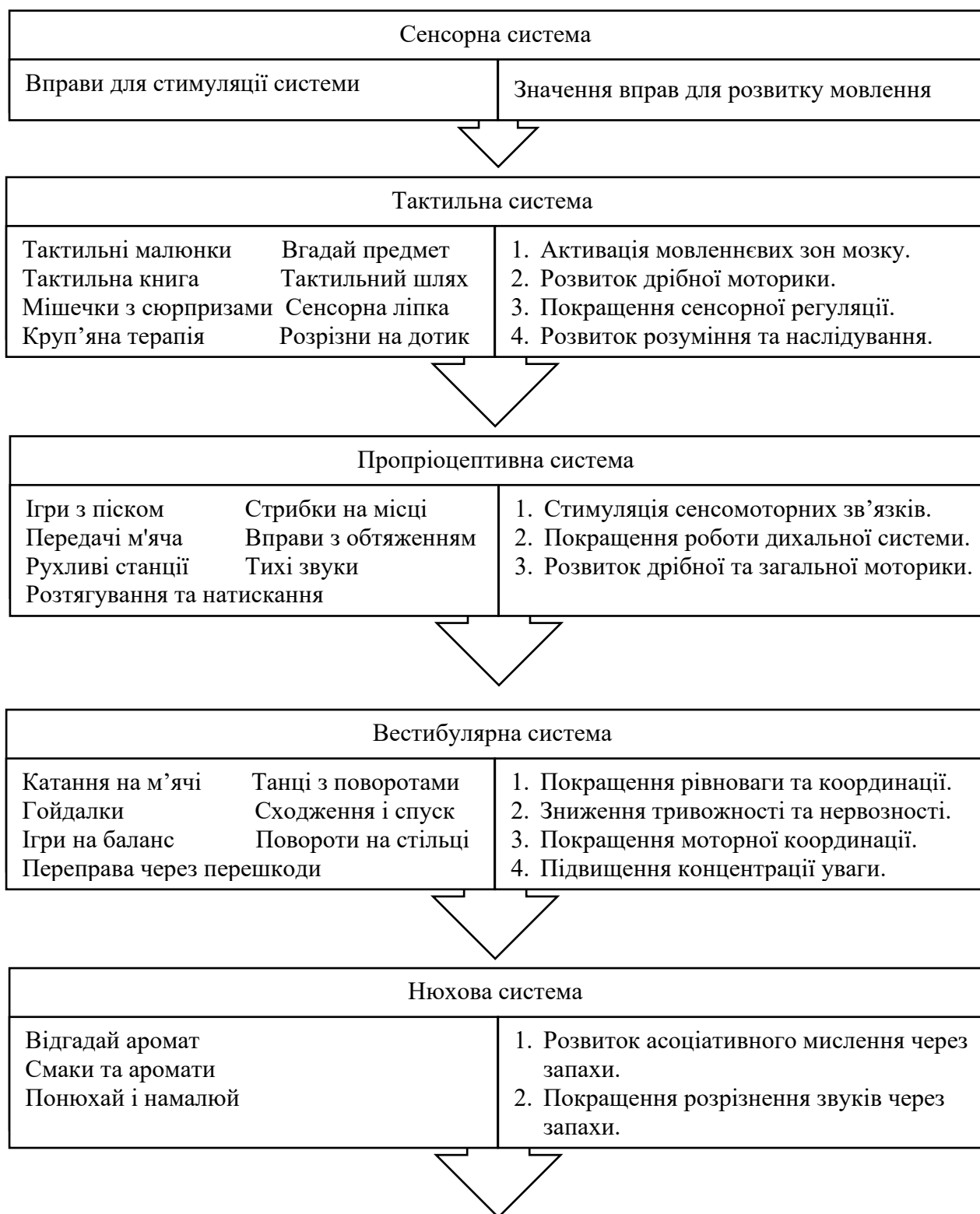


Рисунок 2.1. Комплекс вправ з елементами сенсорної інтеграції, використаних під час дослідження



Рисунок 2.2. Комплекс вправ з елементами сенсорної інтеграції, використаних під час дослідження

Комплекс вправ з елементами сенсорної інтеграції, використаних під час дослідження:

1. Тактильна система.

Для деяких дітей тактильна стимуляція може викликати відчуття дискомфорту або тривоги, тоді як інші, навпаки, можуть шукати додатковий тактильний контакт. Важливо визначити, чи існують у дитини труднощі, пов'язані з порушенням тактильного сприйняття, що можуть заважати їй у розвитку сенсорних навичок. Тактильна стимуляція здатна допомогти дитині краще сприймати навколишнє середовище, розвиваючи як сенсорну регуляцію, так і мовленнєві навички.

У процесі дослідження активно використовувалися засоби для забезпечення тактильної стимуляції: різноманітні текстуровані поверхні, тактильні іграшки, ліплення з пластиліну та кінетичного піску. Також проводилися вправи з тактильними матеріалами – крупою, піском та іншими насипними речовинами, які стимулювали дрібну моторику та розвиток мовлення через тактильне ознайомлення з різними фактурами. Занурення рук у різні матеріали й взаємодія з ними дозволили дітям отримати необхідну тактильну стимуляцію та сприяли розвитку мовленнєвих і комунікативних навичок.

Вправи для стимуляції тактильної системи (детальний опис вправ та ігор на стимуляцію сенсорної інтеграції в додатку Г): «Вгадай предмет», «Тактильні малюнки», «Тактильна книга», «Тактильний шлях», «Сенсорна ліпка», «Мішечки з сюрпризами», «Круп'яна терапія», «Розрізни на дотик».

2. Пропріоцептивна система.

Види діяльності, що передбачають активну фізичну діяльність, є важливими для дітей, які мають труднощі у регулюванні рівня свого збудження (вестибулярну гіпочутливість). Регулярне фізичне навантаження на нервову систему може сприяти заспокоєнню дітей. Такі фізичні заходи впливають на їхнє тіло, м'язи та суглоби, що дозволяє активним дітям отримати необхідне сенсорне навантаження. Ефективними є вправи з обтяженими предметами, стрибки на батуті, лазіння по канату або шведській стінці, а також штовхання предметів і розгойдування. Для таких дітей особливо корисно відчувати «стиснення», коли на їхнє тіло впливає глибокий тиск.

Важливо відзначити, що подібні вправи є необхідними не лише для дітей з проблемами регуляції збудження, але й для всіх дітей з РАС. Однак для дітей з чутливою нервовою системою активна діяльність є особливо важливою, оскільки вона надає їм необхідне сенсорне навантаження, що може мати позитивний вплив на їхню поведінку та здатність до саморегуляції. Рекомендується чергувати завдання, які вимагають

посидючості, з активними видами діяльності. Крім того, ігри з піском, такі як риття тунелів або будівництво замків, також є корисними для рухливих дітей і тих, хто має тактильні проблеми.

Вправи для стимуляції пропріоцептивної системи: «Ігри з піском», «Стрибки на місці», «Передачі м'яча», «Вправи з обтяженням», «Рухливі станції», «Розтягування та натискання», Тихі звуки».

3. Вестибулярна система.

Для деяких дітей активність може бути джерелом тривоги, тоді як інші можуть мати труднощі з самоконтролем під час рухової активності. Важливо визначити, чи є у дитини порушення, пов'язані з функціонуванням вестибулярного апарату. Вестибулярна стимуляція здатна як підбадьорити дитину, так і забезпечити заспокійливий ефект, в залежності від конкретних потреб дитини.

Під час дослідження активно використовувалися засоби для забезпечення вестибулярної стимуляції: батуту, гойдалки, сквізер, іграшки, що розгойдуються, а також різні транспортні засоби, такі як самокати, скейти. Додатково, заняття на гімнастичній стінці та використання великих терапевтичних м'ячів також сприяють розвитку вестибулярних навичок і забезпечують необхідну фізичну активність для дітей.

Вправи для стимуляції вестибулярної системи: «Катання на м'ячі», «Танці з поворотами», «Гойдалки», «Сходження і спуск», «Ігри на баланс», «Повороти на стільці», «Переправа через перешкоди».

4. Нюхова система.

Ароматерапія є ефективним інструментом для роботи з дітьми, які мають порушення в чутливості до запахів. Для дітей, які не сприймають певні аромати або, навпаки, виявляють підвищену чутливість, використання ароматичних олій, свічок та дифузорів може стати джерелом задоволення та розслаблення. Ароматерапія може допомогти дитині навчитися терпіти різноманітні запахи або використовувати їх для створення спокійної атмосфери. Ефект ароматерапії значною мірою залежить від вибору аромату.

Наприклад, запах кориці може активізувати, тоді як аромат лаванди здатен забезпечити заспокійливий ефект. Такі практики стимуляції через аромат можуть позитивно впливати на емоційний стан дитини та сприяти її соціалізації.

Для дітей з підвищеною чутливістю до запахів рекомендовано носити з собою флакон ароматичного масла, що викликає у них позитивні емоції (наприклад, масло м'яти). У таких випадках дитина може використовувати його, щоб заспокоїтися або зменшити дискомфорт від інших запахів, які можуть бути занадто інтенсивними.

Вправи для стимуляції нюхової системи: «Відгадай аромат», «Смаки та аромати», «Понюхай і намалюй».

5. Зорова система.

Для дітей, які виявляють підвищену чутливість до яскравого світла або навпаки, мають обмежене зорове сприйняття, використання різноманітних візуальних матеріалів, таких як кольорові фільтри, проекційні апарати та іграшки з вбудованими світловими ефектами, може бути корисним для розвитку зорової системи. Візуальна стимуляція допомагає дитині адаптуватися до різних умов освітлення та кольорової палітри, що сприяє формуванню позитивних асоціацій з оточенням.

Ефективність візуальної стимуляції значною мірою залежить від типу використовуваних матеріалів. Наприклад, м'яке розсіяне світло може заспокоювати, тоді як яскраві кольори можуть активізувати дитину і підвищувати її увагу. Такі візуальні практики можуть позитивно впливати на емоційний стан дитини та сприяти її соціальній інтеграції. Для дітей з підвищеною чутливістю до світла корисно створювати комфортне візуальне середовище, яке може включати використання затемнюючих штор, ламп з регулюванням яскравості. Це дозволить дитині відчувати себе більш комфортно та безпечно в умовах різноманітного освітлення.

Вправи для стимуляції візуальної системи: «Ідентифікація предметів», «Сенсорна коробка», «Мозаїка слів», «Знайди пару», «Мозаїка слів», «Що змінилося?», «Історія за картинками», «Зорові загадки».

6. Слухова система.

Слухова стимуляція допомагає дитині навчитися адаптуватися до різних звукових умов і формувати позитивні асоціації зі звуковим оточенням. Ефективність слухової стимуляції значною мірою залежить від вибору звуків. Наприклад, м'яка музика або звуки природи можуть заспокоювати, тоді як більш швидкі та ритмічні звуки можуть активізувати дитину і заохочувати її до активних дій. Такі слухові практики можуть позитивно впливати на емоційний стан дитини, покращувати її комунікативні навички та сприяти соціалізації.

Для дітей з підвищеною чутливістю до звуків рекомендується використовувати навушники або беруші у ситуаціях, коли звук стає занадто інтенсивним. У таких випадках дитина може самостійно регулювати рівень звукової стимуляції, обираючи ті звуки, які їй приємні і комфортні, що сприяє зниженню тривожності та покращенню загального самопочуття.

Вправи для стимуляції слухової системи: «Луна», «Хто це сказав?», «Вгадай звук», «Тихо-голосно», «Знайди звук», «Повтори фразу», «Звуковий лабіринт».

7. Смакова систем.

Ефективність смакової стимуляції залежить від вибору продуктів. Наприклад, продукти з яскраво вираженим смаком, такі як лимон або імбир, можуть активізувати чутливість дитини, тоді як м'які та нейтральні смаки, наприклад, йогурт або банан, здатні заспокоїти. Ці практики стимуляції можуть позитивно впливати на емоційний стан дитини, покращувати її відношення до їжі та заохочувати до розширення харчового раціону.

Для дітей з підвищеною чутливістю до смаків рекомендовано поступово вводити нові продукти в їхній раціон, починаючи з невеликих порцій та комбінуючи їх з улюбленими смаками. Це допоможе дитині

адаптуватися до нових смакових відчуттів і зменшити дискомфорт, який може виникати при спробі нових страв.

Вправи для стимуляції слухової системи:., облизування кружка лимона, апельсина або ребристого печива по колу, злизування варення з ложок або тарілок, злизування меду з верхньої губи, злизування кришечки від йогурту чи сметани, облизування «чупа-чупса», «лакання» молока чи води без допомоги рук, збирання ягід губами зі столу без допомоги рук, перекочування льодяника (сухарика, ягоди) у роті від щоки до щоки.

Усі ці вправи мали за мету поліпшити сприйняття та інтеграцію сенсорних сигналів, що значно підвищує рівень мовленнєвих і комунікативних навичок у дітей з РАС. Комбінація цих сенсорних вправ в межах корекційної програми дозволяє не тільки розвивати фізичні та сенсорні можливості дитини, але й суттєво впливати на покращення її мовлення та здатності до комунікації.

2.3. Аналіз результатів впровадження засобів сенсорної інтеграції в корекційно-розвиткову роботу з дітьми з розладами аутистичного спектру

Моніторинг результативності програми сенсорної інтеграції здійснювався на різних етапах її реалізації з метою комплексної оцінки ефективності та своєчасної корекції підходів у процесі. Оцінка проводилася тричі: перед початком дослідження, під час основного етапу для поточного контролю та після завершення дослідження для підсумкового аналізу. На початковому етапі здійснювалася всебічна діагностика стану дитини, що включала оцінку її сенсорних потреб та рівня розвитку невербальної комунікації. Це дозволяло визначити початкові показники розвитку та виявити сфери, які потребують корекції.

Під час основного етапу програми проводився регулярний моніторинг прогресу дітей, включаючи спостереження за їхньою реакцією на різні

сенсорні стимули та здатністю виконувати завдання. Поточний контроль дозволяв своєчасно коригувати програму з урахуванням індивідуальних потреб дітей, забезпечуючи її ефективність. Після завершення дослідження проводився підсумковий контроль, який включав порівняння кінцевих результатів з початковими показниками. Це дозволяло оцінити загальну ефективність програми, виявити покращення в розвитку сенсорних навичок, моторики, мовленнєвих функцій та поведінкових реакцій дітей, а також визначити напрямки для подальшої роботи

Обстеження проходили діти як експериментальної, так і контрольної групи. Результати оцінювання обох груп були зафіксовані та занесені до таблиць. Після цього були побудовані діаграми для оцінки результативності.

Результати формувального етапу дослідження за *першим критерієм* – рівні розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС, що вивчалися експериментатором представлені в таблиці 2.4 та рис. 2.3, 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати спостереження за невербальним спілкуванням дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру

Показники	Контрольна група		Експериментальна група	
	Початок дослідження (середній бал)	Кінець дослідження (середній бал)	Початок дослідження (середній бал)	Кінець дослідження (середній бал)
Очний 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

На початку дослідження були виявлені значні труднощі у розвитку невербальної комунікації як контрольної, так і експериментальної групи. Діти демонстрували обмежений очний контакт, що свідчило про труднощі у взаємодії з оточуючими. Міміка була слабо розвинута, що ускладнювало вираження емоцій. Використання жестів для комунікації було недостатнім, що позначалося на здатності дітей до невербальної взаємодії. Вокалізації мали обмежений діапазон, що ускладнювало вираження потреб та емоцій. Візуальна спрямованість також залишалася на низькому рівні, що ускладнювало сприйняття візуальних сигналів.

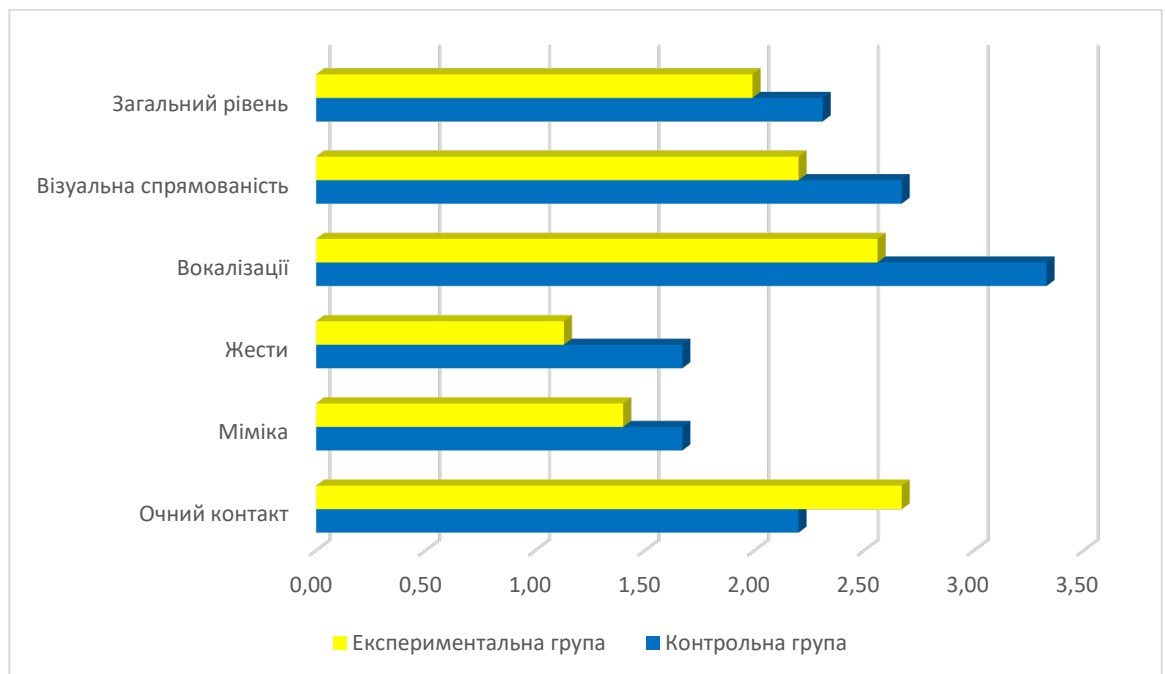


Рис. 2.4 Результати спостереження за невербальним спілкуванням дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру на початку дослідження

На кінець дослідження в контрольній групі, де не проводилася корекційна робота з сенсорної інтеграції, спостерігалася позитивна динаміка показників невербальної комунікації. Так, за весь період дослідження середній бал очного контакту зріс з 2,2 на початку до 3,04 в кінці. Подібне підвищення відзначалося і в інших показниках, таких як міміка (з 1,67 до

2,55), жести (з 1,67 до 2,5), вокалізації (з 3,33 до 3,4), та візуальна спрямованість (з 2,67 до 3,0). Загальний рівень розвитку невербальних навичок у контрольній групі збільшився з 2,31 до 2,89, що вказує на загальне, але незначне поліпшення комунікативних навичок.

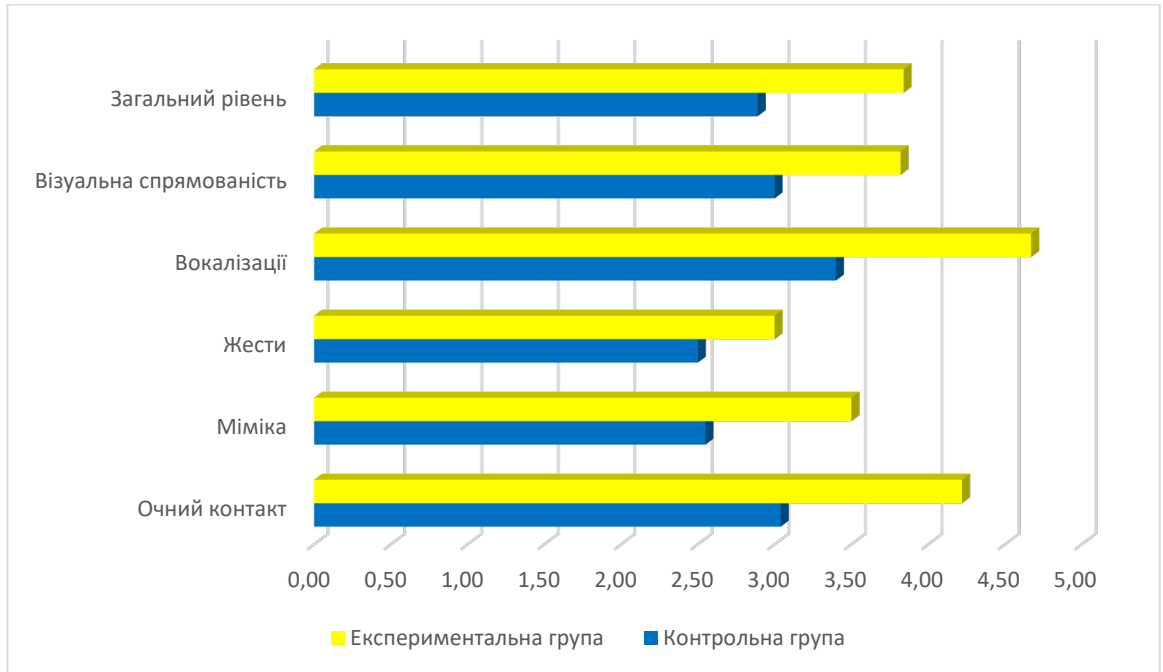


Рис. 2.5. Результати спостереження за невербальним спілкуванням дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру на кінець дослідження

В експериментальній групі проводилися корекційні заняття, спрямовані на розвиток сенсорної інтеграції, що призвело до більш вираженої динаміки. Показники очного контакту, міміки, жестів, вокалізацій та візуальної спрямованості показали значне покращення, зокрема, середній бал очного контакту зріс з 2,67 до 4,22, міміка підвищилася з 1,4 до 3,5, жести – з 1,13 до 3,0, вокалізації – з 2,56 до 4,67, візуальна спрямованість – з 2,2 до 3,82. Загальний рівень розвитку невербальних навичок у цій групі зріс з 1,99 до 3,84, що свідчить про значні досягнення в розвитку невербальної комунікації під впливом програми сенсорної інтеграції.

Результати дослідження *другого критерію* – рівні розвитку невербального спілкування дітей старшого дошкільного віку з РАС у процесі експертної оцінки батьків та вихователів відображено в таблиці 2.5 та рис. 2.5 та 2.6, що вказують на значну різницю між КГ та КГ, а також свідчать про позитивну динаміку розвитку комунікаційних навичок дітей в обох групах протягом дослідження.

Таблиця 2.5.

Результати експертного оцінювання батьками/вихователями невербальної комунікації дітей старшого дошкільного віку 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
Цілеспрямоване 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

У контрольній групі на початку дослідження середній бал оцінки загальної невербальної комунікації був помірним, зокрема, діти мали середні показники за такими параметрами, як вираз емоцій через обличчя (3 бали) і використання жестів для спілкування (3 бали). Водночас на кінець дослідження середній бал залишався на рівні початкових показників або дещо покращився, зокрема, контакт очима під час спілкування підвищився з 3 до 4 балів. Загальний стан сформованості невербальних комунікацій у контрольній групі зріс з 2,94 до 3,08, що свідчить про стабільне, але незначне поліпшення.

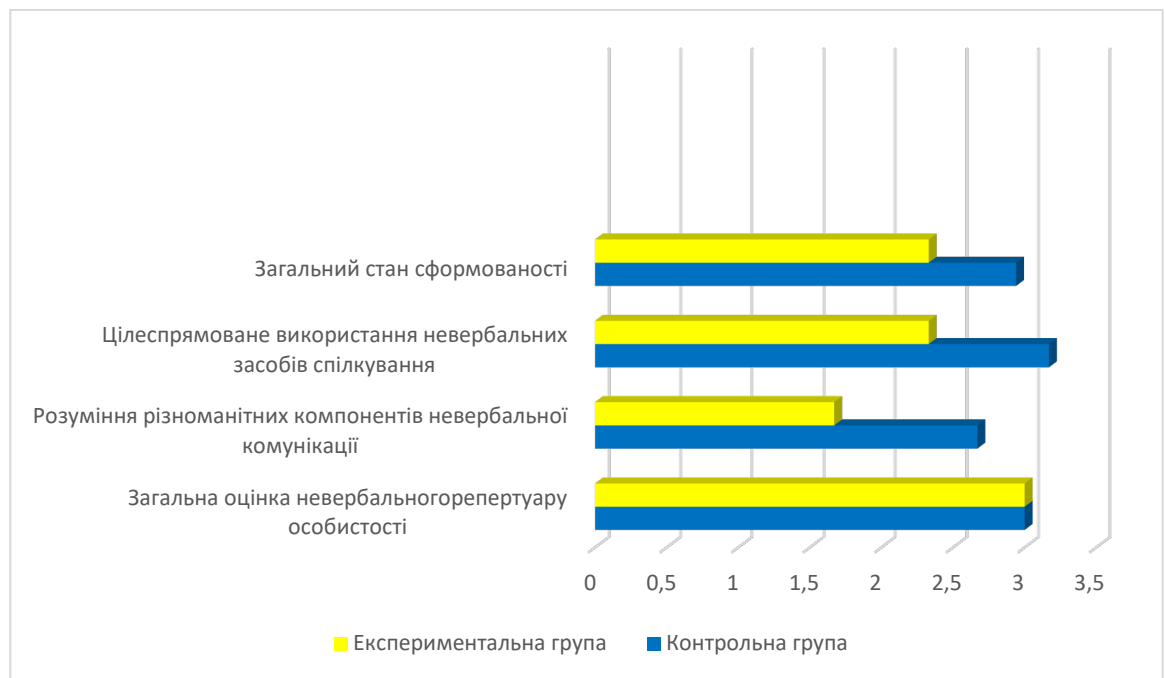


Рис. 2.5. Результати експертного оцінювання невербальної комунікації дітей старшого дошкільного віку з РАС на початку дослідження

В експериментальній групі спостерігалася більш виражена динаміка. Початкові показники були дещо нижчими порівняно з контрольними (наприклад, вираз емоцій через обличчя – 2 бали, жести – 2 бали), але

протягом дослідження спостерігалось значне покращення: зокрема, вираз обличчя збільшився з 2 до 4 балів, а контакт очима підвищився з 3 до 5 балів. Показники, пов'язані з цілеспрямованим використанням невербальних засобів комунікації, також продемонстрували покращення, зокрема використання жестів для вираження потреб підвищилося з 2 до 4 балів. Загальний рівень розвитку невербальної комунікації в експериментальній групі зріс з 2,33 до 4,17, що вказує на значні досягнення завдяки корекційній роботі.

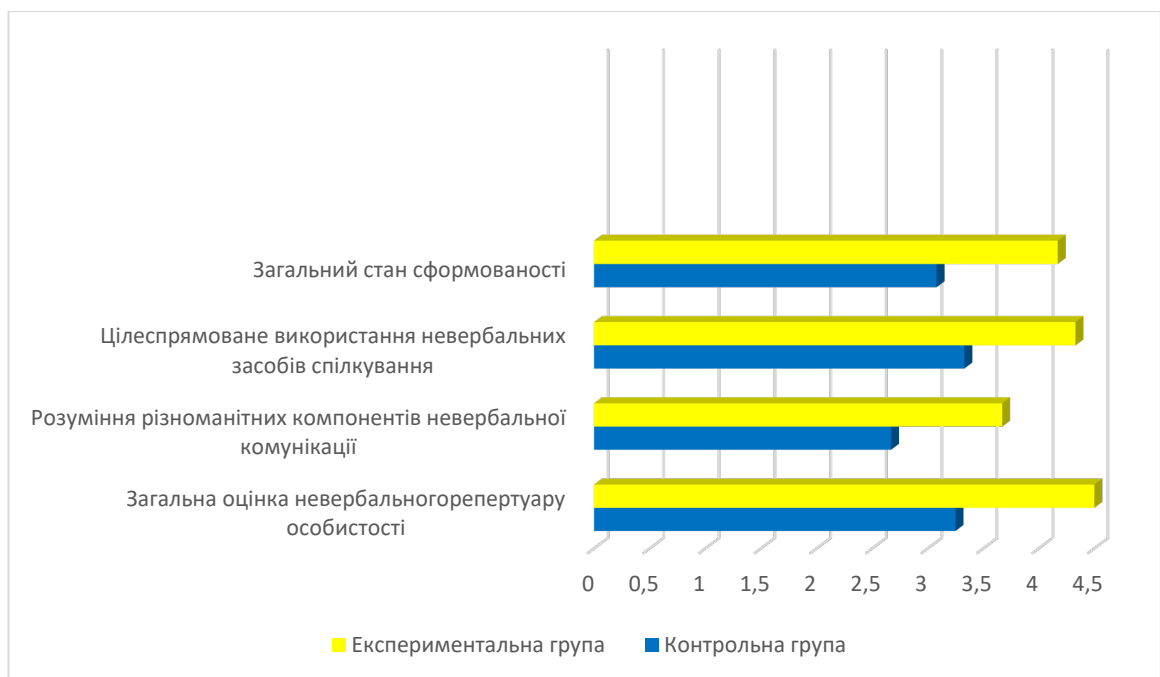


Рис. 2.7. Результати експертного оцінювання невербальної комунікації дітей старшого дошкільного віку з РАС на кінець дослідження

Таким чином, результати оцінювання демонструють, що корекційні заходи, які проводилися в експериментальній групі, значно покращили рівень невербальної комунікації дітей, особливо в аспектах, таких як вираз обличчя, контакт очима та використання жестів для цілеспрямованого спілкування. Порівняння результатів контрольної та експериментальної груп показує, що в

останній відзначалося більш виражене покращення комунікаційних навичок, що підтверджує ефективність корекційних заходів для дітей з РАС.

Третій критерій – вивчення особливості функціонування сенсорних систем, досліджувався тільки в експериментальній групі. Під час спостереження за діями дітей на початку дослідження було виявлено, що у всіх дітей експериментальної групи (100%) є труднощі зі сприйняттям та обробкою інформації різної ступені вираженості, що відображено в таблиці 2.6 та рис. 2.7.

Таблиця 2.6.

Зміни у чутливості сенсорних систем дітей з РАС на початку та в кінці дослідження

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%)

4 дитини (67,7%) мали підвищену чутливість до доторку та текстур, що викликало дискомфорт і уникання певних предметів або матеріалів. У 3 дітей (50,0%) була відзначена гіперчутливість до гучних або несподіваних звуків, що призводило до нервового збудження або бажання втекти з середовища. 4 дитини (67,7%) демонстрували труднощі зі зосередженням на

зорових стимулах, що ускладнювало сприйняття візуальних сигналів під час навчання або гри. У 4 дітей (67,7%) спостерігалися порушення рівноваги, що викликало труднощі у координації рухів, особливо при швидких змінах положення тіла. Та 4 дітей (67,7%) мали проблеми з відчуттям власного тіла у просторі, що впливало на координацію рухів і контроль сили, викликаючи труднощі у виконанні точних та координованих дій, що свідчило про порушення обробки інформації пропріоцептивної системи.

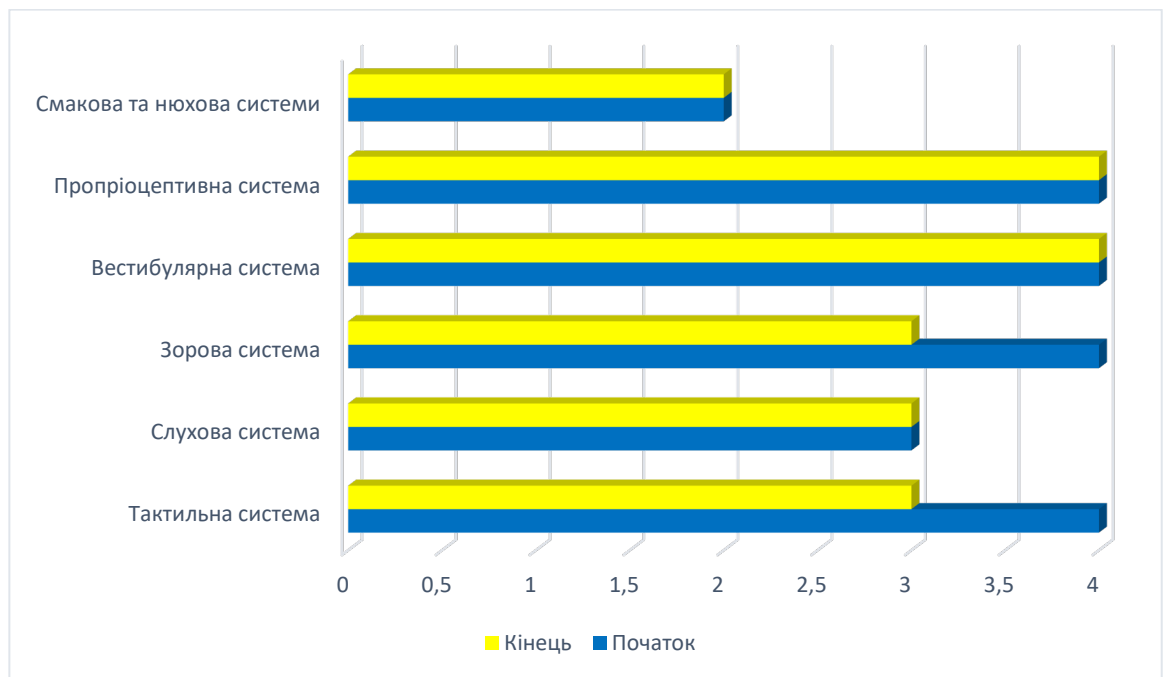


Рис. 2.7. Зміни у чутливості сенсорних систем дітей з РАС на початку та в кінці дослідження

На завершення дослідження, після проведеної роботи над сенсорними порушеннями у дітей спостерігалися певні зміни, які відображають прогрес у розвитку сенсорної інтеграції. Кількість дітей з підвищеною чутливістю до доторку та текстур зменшилася з 4 до 3 (50,0%). Це свідчить про поступове зниження дискомфорту, що викликав у дітей уникання певних предметів або матеріалів. Деякі з дітей почали приймати нові текстурами, що є позитивною ознакою.

Гіперчутливість до гучних або несподіваних звуків спостерігалася, як і на початку дослідження, у 3 дітей (50,0%), проте ці діти стали менш схильними до бажання втекти з середовища, що свідчить про покращення їх адаптації до навколишнього середовища. Труднощі зі зосередженням на зорових стимулах спостерігалися у 3 дітей (50,0%), однак їхня здатність до фокусування покращилася. Діти стали більш уважними під час навчання та гри, що є важливим для їхнього розвитку. У 4 дітей (67,7%) порушення рівноваги залишилися, але загальна вираженість цих труднощів зменшилася. Проблеми з відчуттям власного тіла у просторі спостерігалися у 4 дітей (67,7%), але покращення в обробці інформації пропропріоцептивної системи дало змогу дітям краще контролювати свої рухи. Вони почали виконувати точніші та координовані дії, що позитивно вплинуло на їхню повсякденну активність.

Отримані дані свідчать про позитивні зміни в роботі сенсорних систем дітей з порушеннями аутистичного спектру протягом дослідження. Після десяти місяців роботи над сенсорними порушеннями спостерігається зменшення чутливості у всіх сенсорних системах, що свідчить про успішність впроваджених корекційних заходів, які сприяли розвитку більшої толерантності до різних сенсорних стимулів. Важливо, що зміни в сенсорній чутливості мають позитивний вплив на загальний розвиток дітей, включаючи їхню здатність до навчання, соціальної інтеграції та розвитку невербальної комунікації.

Висновки до розділу 2

У другому розділі магістерського дослідження представлено дослідно-експериментальну роботу з корекції порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру засобами сенсорної інтеграції.

Дослідження мовленнєвого розвитку відбувалося на основі виділення таких трьох критеріїв: перший – рівні розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з РАС, що вивчалися експериментатором (експресія, жести, зоровий контакт, фізичний контакт, реакція на іншу міміку, розуміння значення жестів, інтерпретація інших сигналів тіла, вокалізація, зорове орієнтування), другий – рівні розвитку невербального спілкування дітей старшого дошкільного віку з РАС у процесі експертної оцінки батьків та вихователів (загальна оцінка невербального репертуару дитини, розуміння різних компонентів невербальної комунікації дитини, правильне використання невербальних засобів спілкування), третій – вивчення особливості функціонування сенсорних систем (зорової, слухової, тактильної, нюхової, смакової, пропріоцептивної та вестибулярної систем).

Результати вивчення за першим критерієм засвідчили, що загальний рівень невербального спілкування в КГ на початку дослідження становив 2,31 бали, а в експериментальній – 1,99 балів. Загалом результати вказують на те, що діти, які брали участь в обстеженні, мають значні труднощі в оволодінні невербальними комунікативними навичками. У контрольній групі показники дещо вищі, ніж у експериментальній, однак загальний рівень розвитку невербального спілкування в обох групах залишався недостатнім на момент початку дослідження.

Результати вивчення за другим критерієм показали, що в КГ загальний середній бал становить 2,94, що свідчить про середній рівень сформованості невербальних комунікативних навичок. У експериментальній групі цей показник був нижчим – 2,33, що вказує на слабкий рівень розвитку. Отримані результати підтверджують, що у дітей обох груп спостерігаються значні труднощі в оволодінні невербальними засобами спілкування.

Результати вивчення за третім критерієм, що стосуються оцінки сенсорного профілю дітей вказують на високий рівень порушень у кількох сенсорних системах у дітей з ЕГ. Зокрема, 67,7% дітей виявили порушення в розвитку тактильної, зорової, вестибулярної та пропріоцептивної систем.

50,0% дітей мали порушення слухової сенсорної системи, а 33,3% – порушення смакової та нюхової систем.

За отриманими результатами констатувального етапу дослідження нами було укладено комплекс вправ на розвиток невербальної комунікації, орієнтуючись на розвиток сенсорної інтеграції. Вправи були спрямовані на покращення сенсорних реакцій, а також на стимулювання розвитку невербальних засобів спілкування.

Результати, отримані на формувальному етапі дослідження, засвідчили покращення розвитку невербальних комунікаційних навичок у обох групах. По першому критерію загальний рівень розвитку невербальних навичок в КГ збільшився з 2,31 до 2,89, в ЕГ – з 1,99 до 3,84. За другим критерієм в КГ рівень розвитку невербальної комунікації зріс з 2,94 до 3,08, в ЕГ спостерігалось більш виражене покращення: загальний бал зріс з 2,33 до 4,17. За третім критерієм – зменшилася чутливість до доторку (з 4 до 3 дітей) та гучних звуків. Покращилася здатність до фокусування на зорових стимулах, а проблеми з рівновагою і рухами стали менш вираженими.

Отже, підібрані засоби сенсорної інтеграції засвідчили їх ефективність на тлі покращення рівнів розвитку усіх досліджуваних показників, що містили обрані нами три критерії.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено дослідження ефективності використання засобів сенсорної інтеграції для корекції порушень мовленнєвого розвитку дітей з розладами аутистичного спектру. Отримані у ході дослідження результати дають змогу сформулювати такі висновки:

1. Теоретичний аналіз показав зростаючу увагу дослідників і практиків до пошуку ефективних методів і технологій корекційного впливу на мовленнєвий розвиток дітей з розладами аутистичного спектру. У роботі розглянуті особливості розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, зокрема медико-педагогічні аспекти, такі як етіологія і патогенез цього порушення. Досліджено порушення мовленнєвого розвитку у дітей з розладами аутистичного спектру, визначено основні труднощі в комунікації та мовленні, а також зв'язок між цими порушеннями та загальним розвитком дітей. У ході теоретичного дослідження розкрито поняття «порушення мовленнєвого розвитку», «корекційно-розвиткова робота», «невербальна комунікація» та «сенсорна інтеграція».

Особлива увага приділена застосуванню сенсорної інтеграції як методу корекції мовленнєвих порушень. Вивчено механізми впливу сенсорних стимулів на когнітивний розвиток дітей з розладами аутистичного спектру та ефективність методик, спрямованих на поліпшення мовлення і комунікативних навичок через сенсорну інтеграцію.

2. Нами була укладена методика вивчення порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, що включала три критерії вивчення з відповідними показниками. Перший критерій – рівні розвитку невербального спілкування у старших дошкільників з розладами аутистичного спектру, що вивчалися експериментатором, зокрема експресія, жести, зоровий і фізичний контакт, реакція на міміку, розуміння жестів та інтерпретація сигналів тіла. Для вивчення специфіки невербальної комунікації ми обрали методику, розроблену фахівцями Autism Home Support

Services та адаптовану в Україні В. Ольшевською та О. Таран. Другий критерій – рівні розвитку невербального спілкування дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру у процесі експертної оцінки батьків та вихователів, зокрема здатність правильно використовувати і розуміти невербальні сигнали. Третій критерій – оцінка функціонування сенсорних систем (зорової, слухової, тактильної, нюхової, смакової, пропріоцептивної та вестибулярної), для чого ми використовували сенсорний скринінг, розроблений провідними спеціалістами в області медицини та ерготерапії: Е. Як, П. Аквілла та Ш. Саттон.

В результаті констатувального етапу дослідження виявлено значні труднощі в розвитку невербальної комунікації у дітей з порушеннями аутистичного спектру. За першим критерієм рівень невербального спілкування в контрольній групі становив 2,31 бали, а в експериментальній групі – 1,99 балів, що вказує на значні труднощі в оволодінні невербальними навичками. Показники контрольної групи були вищими, але загальний рівень залишався низьким. За другим критерієм середній бал контрольної групи становить 2,94, що свідчить про середній рівень розвитку невербальної комунікації, в експериментальній групі цей показник був нижчим – 2,33, що вказує на слабкий розвиток. Результати за третім критерієм показали, що 67,7% дітей з експериментальної групи мають порушення у тактильній, зоровій, вестибулярній та пропріоцептивній системах. Виявлено, що 50,0% дітей мають порушення сприйняття інформації в слуховій сенсорній системі, а 33,3% – з нюховою та смаковою системами.

3. На основі результатів констатувального етапу дослідження нами був розроблений комплекс вправ сенсорної інтеграції з корекції порушень мовленнєвого розвитку у дітей з розладами спектру аутизму. Метою цього комплексу було покращення сприйняття і обробки сенсорної інформації, стимулювання комунікативних навичок та розвитку моторики, необхідної для артикуляції. Засоби сенсорної інтеграції включали вправи на розвиток тактильного сприйняття (пальчикові ігри, маніпулювання різними

матеріалами, масаж, тактильні іграшки), зорової інтеграції (розпізнавання кольорів, форм), слухової інтеграції (звукорозрізнення, реагування на звуки різної гучності та тембру), вестибулярної системи (балансування, вправи на рівновагу), пропріоцептивної системи (вправи на укріплення м'язів, орієнтацію в просторі), нюхової системи (ароматерапія, ігри з різними запахами), смакової системи (дегустація продуктів з різними смаками, вибір продуктів за смаковими якостями), а також вправи для розвитку міміки та артикуляційної моторики.

Описано методичні особливості реалізації комплексу вправ, що стосувалися індивідуального підходу до кожної дитини, виявлення її специфічних сенсорних потреб і адаптації вправ під ці потреби. Програма включала як індивідуальні заняття з логопедом, так і домашні вправи за чіткими інструкціями для батьків, що дозволяло забезпечити регулярність та поступовий розвиток мовленнєвих навичок.

4. Здійснено порівняльний аналіз результатів формувального етапу дослідження, що показали покращення розвитку невербальних комунікаційних навичок в обох групах. Зокрема, по першому критерію загальний рівень розвитку невербальних навичок в контрольній групі зріс з 2,31 до 2,89, що складає приріст на 25,1%, а в експериментальній групі цей показник підвищився з 1,99 до 3,84, що є збільшенням на 93,5%. За другим критерієм рівень розвитку невербальної комунікації в контрольній групі зріс з 2,94 до 3,08, що становить приріст на 4,7%, тоді як в експериментальній групі покращення було більш вираженим: загальний бал підвищився з 2,33 до 4,17, що дорівнює приросту на 79,5%. За третім критерієм кількість дітей із чутливістю до доторку зменшилася на 25,0% (з 4 до 3 дітей), також спостерігалось зниження чутливості до гучних звуків. Покращення здатності до фокусування на зорових стимулах і зменшення проблем із рівновагою та рухами також були зафіксовані як значущі.

Таким чином, проведене експериментальне дослідження засвідчило ефективність підібраних і упроваджених у корекційно-розвиткову роботу

засобів сенсорної інтеграції, що сприяло розвитку та корекції виявлених порушень у мовленнєвому розвитку дітей з розладами аутистичного спектру. Отже, завдання дослідження реалізовані, мету досягнуто. Перспективою наукового пошуку вважаємо розширення методик сенсорної інтеграції в логопедичній практиці для подальшого покращення мовленнєвого розвитку та соціальної адаптації дітей з розладами аутистичного спектру.