

Public Health 6(2): 2020. C. 142-145.
<https://www.peertechzpublications.com/articles/ACMPH-6-194.php> 15.
Schölderle T., Haas E., Ziegler W. Dysarthria syndromes in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*; 63: 2021. 444- 49. 16. **Watson RM.**, Pennington L. Assessment and management of the communication difficulties of children with cerebral palsy: a UK survey of SLT practice. *Int J Lang Comm Disord*; 50: 2015. 241– 59. 17. **Pennington L.**, Parker NK., Kelly H., Miller N. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457859/#CD006937-bbs2-0067> 18. **Jenya Iuzzini-Seigel**, Kristen M. Allison and Ruth Stoeckel A Tool for Differential Diagnosis of Childhood Apraxia of Speech and Dysarthria in Children: *Language, Speech and Hearing Services in Schools* A Tutorial Volume 53 Pages: 2022. 921-1220 https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2022_LSHSS-21-00164

Авторський внесок: Гаврилова Н. – 50%, Платаш Л. – 50%,

Стаття отримана 17.10.2022 р.

УДК 376-056.313

DOI 10.32626/2413-2578.2022-20.34-45

О. ГАВРИЛОВ

alex.gavrilov1967@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8591-9483>

ДО ПИТАННЯ ПРО ТЯЖКИЙ СТУПІНЬ ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Відомості про автора: Гаврилов Олексій, кандидат психологічних наук, професор, доцент кафедри логопедії та спеціальних методик Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна. У колі наукових інтересів: психологія осіб з порушеннями інтелектуального розвитку; методики навчання дітей з порушеннями мовленнєвого та інтелектуального розвитку. E-mail: alex.gavrilov1967@gmail.com

Contact: **Havrilov Oleksiy**, PhD in of Psihological Sciences, Professor, Associate Professor of the Department of Speech Therapy and Special Techniques of Kamyanets-Podilsky Ivan Ohienko National University, Kamyanets-Podilsky, Ukraine. Academic interests: features of the development of cognitive and emotional-volitional spheres of children with speech disorders; methods of education of children with speech and intellectual disorders. E-mail: alex.gavrilov1967@gmail.com

Відомості про наявність друкованих статей: 1. Гаврилов О. (2009). Особливі діти в закладі і соціальному середовищі. Кам'янець-Подільський. Аксіома. 308 с. **2. Гаврилов О.,** Липа В., Ляшенко О, Левицький В., Кулеша Є., Данільченко В. (2017). Прикладна корекційна психопедагогіка: олігофренопедагогіка. Кам'янець-Подільський. ТОВ "Друк-Сервіс". 600 с. **3. Havrilov O., Hladush V., Symko A., Šilonová V. (2021).** Level-balanced psychomotor support program for preschool children with Intellectual Disabilities. *Life Span and Disability XXIV*, 1 (2021), 113-131 (Journal promoted by the Unit of Psychology Oasi Research Institute – IRCCS, Troina, Italy) URL: http://www.lifespanjournal.it/Client/rivista/ENG103_Full%20Issue_Vol.%20XIV%20n.1%202021.pdf Scopus

Гаврилов О. До питання про тяжкий ступінь порушення інтелектуального розвитку. У статті проаналізовано особливості психофізичного розвитку дітей з тяжким ступенем порушення інтелекту. Окремо зацентровано увагу на емоційній і мотиваційних сферах цих дітей, на становленні моторної і кінестетичної сфер. При цьому зазначено, що їхній психофізичний розвиток безпосередньо впливає на формування соціально ціннісних поведінкових якостей, на становлення їхньої особистісної сфери. Також окремо відмічається, що проблеми, які є у психофізичному розвитку і які обумовлені значними негативними органічними впливами мають безпосередній вплив на освітній процес, на процес передачі соціально значимої інформації і, відповідно, її отримання дітьми з тяжким ступенем інтелектуального порушення.

Ключові слова: тяжкий ступінь порушення інтелекту, психофізичний розвиток, інтелектуальний коефіцієнт, спеціальний освітній процес.

Havrylov O. To the question of the severe degree of violation of intellectual development. The article analyzes the peculiarities of therpsychophysical development of children with severe intellectual disabilities. In Ukraine, there are four degrees of persistent intellectual development disorders, and one of the conditions for assigning a child to one of them is the determination of the intellectual quotient (IQ) based on conducting standardized tests of mental abilities. However, at the same time, the quantitative determination of the degree of intellectual disability does not reflect the entire structure of the disorder and the features of clinical manifestations. Emphasis is placed on such mental processes as thinking, speech, attention, memory, perception, and reflection. Particular attention is focused on these children's emotional and motivational spheres and the development of the motor and kinesthetic spheres. At the same time, their psychophysical development directly affects the formation of socially valuable behavioral qualities and the formation of their sphere. The problems that exist in psychophysical development and that are caused by significant negative organic influences have a direct impact on the educational process, on the process of transmitting socially significant information, and, accordingly, its receipt by

children with a severe degree of intellectual impairment. Organizing the educational process for children with severe intellectual disabilities, like for those with neurotypical development, is practically impossible. However, at the same time, the training conducted with them gives positive results in their development, allowing them to form the skills and habits necessary in the social environment. It positively affects their psychophysical development, improving it and making it, to a certain extent, appropriate to the social conditions in which such a person will live. Nevertheless, they cannot live independently.

Keywords: severe degree of intellectual impairment, psychophysical development, intellectual coefficient, special educational process.

Постановка проблеми. Особи з інтелектуальними порушеннями як особлива категорія людей вже тривалий час виступають предметом дослідження науковців різних країн. Причому необхідно зазначити, що порушення інтелекту досліджується цілим рядом спеціалістів як психолого-педагогічного напрямку, так і медичного профілю, оскільки ці діти перебувають немов би на стику цих двох наукових шкіл. Цьому сприяє й те, що і спеціальні заклади для цієї категорії суб'єктів в нашій країні підпорядковуються трьом спорідненим міністерствам – Міністерству освіти і науки, Міністерству праці та соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я. Ця проблема стає ще більш актуально відповідно до того, як збільшується кількість дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

У відповідності до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), якою користуються в Україні, виділяють чотири ступені стійких порушень інтелектуального розвитку, і однією з умов віднесення дитини до одного з них відбувається через визначення інтелектуального коефіцієнта (*IQ*) на основі проведення стандартизованих тестів розумових здібностей. При цьому потрібно нагадати, що будь-яка система класифікації, яка відноситься до області поведінки, буде одночасно довільною і прагматичною.

При проведенні такого тестування необхідно враховувати, що фраза "загальне інтелектуальне функціонування нижче середнього рівня" офіційно застосовується безпосередньо до результатів проведення тестування *IQ*, яке має бути нижчим за середнє для населення більше, а ніж на два стандартних відхилення. Середнє значення *IQ* показує проходження тесту дітьми даного віку і складає 100 одиниць. Стандартне відхилення у більшості тестів на *IQ* складає приблизно 15 одиниць і біля двох третин населення мають показники в межах від 85 (мінус одне стандартне відхилення) до 115 (плюс одне стандартне відхилення) одиниць. Отже, показник на мінус два стандартних відхилення складає 70. Виходячи з гіпотези про нормальний розподіл результатів тестування *IQ* воно описується і графічно представляється знайомою нам кривою Гауса, і, отже, приблизно 2,5% населення буде мати показник нижче 70 [2, с. 856].

Можна визначати ступінь порушення інтелектуального розвитку і таким чином, але при цьому необхідно враховувати, що тестування не претендує на абсолютну непогрішність і його результати можуть залежати від цілого ряду чинників – стану стомлюваності дитини, мотивації до співпраці з дослідником, наявності захворювання на момент його проходження тощо. Крім того необхідно враховувати і те, що тести на визначення *IQ* передбачають визначення успіхів дитини в процесі навчання, тобто досягнення академічного успіху.

Таким чином, на основі визначення *IQ* діагностують:

- 1) психічну норму (*IQ* – 85-115);
- 2) граничні стани (*IQ* – 70-84);
- 3) легкий ступінь інтелектуального порушення (*IQ* – 50-69);
- 4) помірний ступінь інтелектуального порушення (*IQ* – 35-49);
- 5) тяжкий ступінь інтелектуального порушення (*IQ* – 20-34);
- 6) глибокий ступінь інтелектуального порушення (*IQ* – 19 і менше).

Необхідно зазначити, що використовуючи таку класифікацію порушення інтелектуального розвитку маємо враховувати її клінічне значення, оскільки глибина відхилення впливає на особливості клінічних проявів та практичну значимість і дозволяє згрупувати дітей за ступенем інтелектуального порушення в тій чи іншій освітній або реабілітаційній установі. Але необхідно також вважати й на те, що кількісне визначення ступеня інтелектуальної недостатності не відображає всієї структури порушення і особливостей клінічних проявів. Ми погоджуємось з поглядами тих науковців, які зазначають, що *IQ* має бути підставою для діагнозу, але лише частиною комплексної психолого-медико-педагогічної діагностики та корекції [3, с. 5].

Аналіз останніх досліджень. Значний внесок у розвиток теоретичних підходів і практики навчання і виховання дітей з порушеннями інтелектуального внесли В. Бондар, О. Гаврилов, І. Єременко, В. Левицький, М. Матвеєва, С. Миронова, В. Плешканівська, К. Турчинська, В. Синьов, А. Сімко, М. Супрун, Д. Шульженко та інші. Організація допомоги дітям з помірним ступенем порушення інтелектуального розвитку були предметом дослідження таких науковців, як Л. Вавіна, А. Висоцька, О. Гаврилов, Ю. Галецька, О. Гармаш, І. Гладченко, Т. Каменщук, Н. Мацько, В. Синьов, О. Утьосова, О. Хохліна, О. Чеботарьова та інші.

Мета даної статті – зробити характеристику основних аспектів психофізичної сфери дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку, оскільки цим відхиленням у наукових дослідженнях психолого-педагогічного спрямування практично не приділяється увага.

Виклад основного матеріалу. Тяжкий ступінь порушення інтелектуального розвитку (*IQ* – 34-20) обумовлюється тотальним ураженням кори головного мозку з наявними яскраво вираженими значними клінічними ушкодженнями або порушеннями розвитку і функціонування

центральної нервової системи в цілому. Тяжкий ступінь інтелектуального порушення супроводжується значними відхиленнями в діяльності соматичної сфери, внутрішніх органів, функціях шкіри, наявності диспластичної тілобудови тощо [1].

У наукових дослідження виділяють основні причини, які провокують розвиток патології. Тяжкий ступінь порушення інтелектуального розвитку обумовлюється спадковою патологією, пов'язаною з наявністю дефектних генів, отриманих від батьків, генетичними порушеннями та хромосомними абераціями. Внутрішньо черевний тип патології розвивається на основі наявності бактеріальних або вірусних уражень плода, зловживанням різними медикаментозними, психотропними та наркотичними препаратами під час вагітності, черепно-мозковими травмами під час пологів. Також відмічають особливу форму тяжкого ступеня порушення інтелектуального розвитку, яка провокована патологіями в роботі головного мозку або ендокринної системи.

Наявність яскраво виражених патологій черепно-мозкової коробки і опорно-рухового апарату на ранніх етапах розвитку дитини стає підозрою для формулювання висновку про порушення інтелектуального розвитку значного ступеня вираження. У більшості дітей цієї групи констатують порушення пропорцій розміру голови, яка може бути як значно більшою, так і значно меншою за норму. Стосовно черепно-мозкової коробки у значної частини дітей цієї групи можлива її будова за макроцефальною, мікроцефальною або гідроцефальною структурою. Для цієї групи дітей притаманний "восковий" вираз обличчя, у них майже повністю відсутня міміка. Кліпання очима вони виконують дуже рідко, в них видно яскраві відхилення прикусу. Вушні раковини виглядають занадто відстовбурченими, мочки вух є прирослі до голови.

Діти з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку характеризуються неохайною зовнішністю, і навіть супровід та постійний догляд не в змозі приховати цю рису. У них переважають примітивні потреби, вони різняться підвищеним сексуальним потягом, значно більшим апетитом, нерозбірливістю в харчуванні.

У цих дітей, не зважаючи на їхню схожість з дітьми з інтелектуальним порушенням помірного ступеня, спостерігається більш пізнє становлення всіх складових психіки, їм притаманні виразні моторні порушення. Санітарно-гігієнічні навички та навички самообслуговування формуються надзвичайно пізно, і навіть у віці 4-6 років більшість з них не вміють за собою доглядати. Їхня діяльність характеризується хаотичністю, безсистемністю, цілковитою неусвідомленістю. Проте наявність підвищеної навіюваності дозволяє організувати з ними корекційно-реабілітаційну роботу з використання цілої системи прийомів, які вони непогано навчаються копіювати.

Навички читання, рахунку, письма практично у всіх дітей цієї групи не формуються або на їхній розвиток необхідні значні зусилля як з боку педагогів, спеціалістів інших напрямків, батьків, так і самої дитини. Причому ці значні затрати і енергії, і часу, і здоров'я не виправдовують себе, адже призводять до мізерного результату, який вони все рівно не зможуть використати у своїй повсякденній діяльності. Набагато доречніше за цей період сформувати у них необхідніші навички самообслуговування, санітарної гігієни, спрямувати зусилля на розвиток комунікативних та соціально ціннісних навичок, звичок та орієнтирів поведінки.

Характеризуючи психічний розвиток таких дітей необхідно розпочати з їхніх **відчуттів і сприймань** – початкового моменту пізнання, сенсорно-перцептивної сфери особистості. Фізіологічною основою відчуттів є проходження нервового імпульсу через ланки рефлекторного кільця: рецептор (орган, що сприймає) – доцентрові нервові шляхи (аферентні) – відповідна ділянка кори головного мозку – відцентрові нервові шляхи (еферентні) – ефектор. Ефектор і рецептор – це один і той же орган, що виконує різні функції. У дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку спостерігається пошкодження функціонування даного кільця на різних ланках, що призводить до значних проблем отримання інформації з зовнішнього середовища і її відповідного і адекватного опрацювання. Необхідно відмітити, що у більшості дітей з тяжким ступенем інтелектуального порушення спостерігаються відхилення функціонування екстероцептивних відчуттів через наявність значних проблем становлення і будови слухового, зорового, нюхового, смакового аналізаторів. Вони не вмюють використовувати ту інформацію, яка потрапляє до них через ці системи. Такі діти не розрізняють предмети за кольорами, величиною, не можуть визначити їхнє розташування у просторі і віддаленість від об'єкта сприймання. Часто вони не реагують на мовлення оточуючих людей через невміння його диференціювати від інших звуків. У процесі сприймання можуть виникати слухові і зорові галюцинації. Причому їхнє сприймання характеризується поверховістю, недиференційованістю, неадекватністю. Неправильно користуючись основними каналами відчуття і сприймання, якими є зір і слух, діти цієї групи діють хаотично, не говорячи вже про відсутність у їхніх діях будь-якої логічності або усвідомленості.

У дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку спостерігаються значні відхилення у функціонуванні інтероцептивних відчуттів. Рецептори у внутрішніх органах у значної частини таких дітей неадекватно відображають стан їхнього самопочуття, голоду, спраги, інколи зустрічається навіть відсутність відчуття смаку, запаху, викривлення кінестетичних відчуттів, не говорячи вже про відчуття часу і простору. Нерозуміння цього з боку дорослих викликає подив на відсутність реакції при використанні у роботі смаколиків: такі діти індіферентно реагують на

пропозицію цукерки, шоколаду тощо. У більшості знижений поріг больових відчуттів, що призводить до частого травматизму цієї категорії дітей.

Мислення характеризується як психічний процес опосередкування та узагальнення відображення дійсності під час її аналізу й синтезу, що виникає на основі практичної діяльності й досвіду. У дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку відбувається значна затримка формування практично-дійового мислення. При цьому переходу мислення у внутрішній план, тобто його інтеріоризація, у цих дітей не відбувається. Вони не завжди використовують дію, адекватну завданню, а в більшості випадків просто проводять маніпулятивну діяльність, у них не виникає бажання вирішити завдання пробними діями. Результат виконання завдання практично не усвідомлюється.

Наочно-образне мислення, яке допомагає вирішувати завдання подумки, без участі практичних дій, у процесі якого дитина оперує наявними у своїй пам'яті образами предметів і явищ, практично не формується. Вони не можуть співвіднести образ предмета чи явища з тим наочним зображенням, яке вже було в їхній практичній діяльності раніше. Таким чином виникає певний парадокс: дії або образи, які вже були у використанні цих дітей, на момент їхнього використання виступають як щось нове, незвідане, з яким вони немов би і не зустрічались. Це призводить до того, що цей матеріал потрібно використовувати як новий. Такі особливості мисленнєвих процесів призводять до необхідності постійно повторювати і дублювати необхідну для використання інформацію. Саме тому на формування стійких стереотипів поведінки в тих чи інших побутових або соціально значущих ситуаціях потрібно витратити значно більше часу і енергії. Часто домоглись вироблення потрібної реакції на ту чи іншу ситуацію з ними так і не вдається.

Словесно-логічне мислення перебуває взагалі на рудиментному рівні і в такому аспекті, як його становлення у дітей з нормотиповим розвитком не можна говорити взагалі. Значна затримка в оволодінні словами як системою для передачі і отримання інформації призводить до нерозуміння більшості логічних конструкцій, які використовують дорослі і однолітки у процесі спілкування. Ці діти практично не усвідомлюють граматичні конструкції, які містять кілька вказівок для виконання. Вони в більшості не можуть зрозуміти прості завдання, пояснення, навіть якщо вони значною мірою супроводжується мімікою, жестами, пантомімікою або іншими невербальними підкріпленнями. При цьому необхідно відзначити, що емоційний супровід, емоційне підкріплення буває значно важливіше для цієї категорії дітей, а ніж безпосередньо словесне пояснення. Вони не можуть провести узагальнення навіть простих, постійно використовуваних предметів санітарно-гігієнічного або побутового плану. Для них кожен предмет – це щось індивідуальне, яке має своє позначення і безпосереднє

використання, а проведення об'єднання за їхніми властивостями – посуд, іграшки, транспорт тощо – для них недоступне.

У дітей з порушеннями інтелектуального розвитку тяжкого ступеня мисленнєві процеси не лише надзвичайно конкретні, їм притаманна ригідність, але при цьому воно не містить практично будь-яких узагальнень. Саме тому вся їхня діяльність носить хаотичний характер і не містить системності. Вони не виконують узагальнення, не можуть об'єднати предмети за спільними характеристиками, не проводять систематизацію і не зводять до одного знаменника навіть надзвичайно подібні між собою групи предметів. Про використання абстрактних понять цими дітьми говорити взагалі не можна. Аналізують свою діяльність або діяльність інших людей лише з точки зору задоволення власних фізіологічних потреб або бажань. Відсутність здатності проводити аналогії і утворювати змістові зв'язки між різними елементами, навіть значно подібними між собою, призводить до неможливості цілеспрямованої діяльності, значних проблем у процесі виконання навіть елементарних трудових операцій. Говорити про формування у таких дітей усвідомленого рахунку, навіть у межах першого десятка, формування навичок читання і письма з їхнім розумінням у більшості дітей цієї категорії неможливо. Як варіант можна рекомендувати використання стимул-реактивної схеми побудови освітнього простору.

Такі мисленнєві процеси, як аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування для них практично недоступні. Спроба висловити будь-яку, навіть примітивну думку супроводжується використанням міміки, своєрідних жестів у вигляді широкого відкривання рота, очей, неприродних рухів голови, рук. Іноді вони виконують елементарне узагальнення, внаслідок тривалого тренування формується навичка об'єднувати реальні предмети у групи (меблі, одяг, тварини). Але оперувати абстрактними поняттями, передати зміст навіть найпростішої сюжетної картинки вони не можуть. У процесі навчання у них можуть виникати не пов'язані між собою уявлення, їхні міркування є збідненими та несамостійними.

Пам'ять полягає в закріпленні, збереженні, наступному відтворенні та забуванні минулого досвіду, дає можливість його повторного застосування в життєдіяльності; комплекс пізнавальних здібностей і вищих психічних функцій по накопиченню, збереженню та відтворенню знань і навичок. Необхідно відзначити, що в такому розумінні пам'ять дітей з тяжким порушеннями інтелектуального розвитку не формується. У них вона має невеликий об'єм. Вони запам'ятовують лише ті предмети, дії і явища, з якими вони безпосередньо дотичні і які викликають у них позитивні емоційні враження. Довготривале запам'ятовування можливе лише тих операцій, предметів, дій, в основі яких лежить позитивний або негативний власний досвід. У частини дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку відмічається непогана короткочасна пам'ять на події, місця, імена, дати тощо. Але якщо людина певний час була відсутня

або тривалий час та чи інша подія не відбувалась – вони її швидко забувають і пригадування вимагає значних затрат часу і зусиль з боку педагогів або дорослих, притому як і при першому разі необхідно використання достатньої кількості підкріплюючих стимулів. Довільного запам'ятовування у більшості з них не спостерігається. Мимовільне запам'ятовування відбувається лише тоді, коли присутнє значуще для суб'єкта підкріплення. Також у процесі роботи з ними доречно використовувати моторну пам'ять, яка у процесі виконання тренувальних дій може відіграти позитивну роль при формування тих чи інших трудових операцій.

Необхідно зазначити, що **увага** не є психічним процесом, а формою організації свідомості та умова успішного протікання психічних процесів та станів. Вона не має власного змісту, виявляє свою дію у зв'язку з відчуттями, сприйняттями, пам'яттю, мисленням тощо. Порушення уваги проявляється у її нестійкості, відсутності її активної форми. Мимовільна **увага** дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку затримується лише на яскравих, значних або тривалих подразниках. Причому необхідно відмітити, що її концентрація надзвичайно обмежена в часі і вимагає значних зусиль з боку педагогів. Якщо така дитина відволіклась від справи – повернути до неї її увагу буває надзвичайно складно, а в багатьох випадках практично неможливо. Спроби використання значимих для неї підкріплень (у вигляді цукерки, тістечка тощо) у цьому випадку призводять до її концентрації на цих об'єктах і ні про яке повернення до минулої діяльності мова йти не може. Довільна увага у вигляді контролю за дією, що відбувається на підставі виробленого плану, вирізнених критеріїв та способів їхнього використання у дітей цієї групи практично не формується. Її відсутність унеможливує виконання ними цілеспрямованої практичної діяльності, адже вони не можуть на ній цілеспрямовано концентруватись і відслідковувати її перебіг і наслідки.

Зупиняючись на розвитку **мовлення** необхідно відмітити, що його розвиток відбувається паралельно з розвитком мислення. Тому перші зрозумілі слова або склади у дітей цієї категорії з'являються приблизно у віці 5-6 років. Саме мовлення розвивається зі значним запізненням і характеризується глибокими порушеннями звуковимови, граматичної структури. Більше, ніж у четвертій частини дітей з цими порушеннями мовлення взагалі не формується [3, с. 15].

Експресивне мовлення при тяжких порушеннях інтелектуального розвитку або не формується взагалі, або виникає на рівні беззмістовних ехолалічних повторень, окремих слів неправильної структури, коротких аграматичних речень. Часто воно супроводжується наявністю грубих порушень звуковимови. Вербальне мовлення замінюється жестами. Розуміння зверненого мовлення орієнтоване на інтонацію співрозмовника або ситуацію, обстановку, в якій вон перебувають.

При цьому необхідно вказати, що більшість з цих дітей розуміють звернене до них мовлення, виконують розпорядження і прохання дорослих, якщо вони користуються вже знайомими для них термінами і словами. Також необхідно вказати і на значущість при організації комунікації міміки, жестів, інтонації, виразу обличчя, постави тощо. Невербальні засоби комунікації розуміються ними значно краще, а ніж мовлення.

Самостійне мовлення таких дітей складається з окремих слів або простих речень. Складні граматичні конструкції, навіть на рівні відтворення, їм недоступні. Наявність значних порушень в області як центрального, так і периферійного мовленнєвого апарату призводить до використання неправильного промовляння слів, їхнього спотворення.

Словниковий запас значно обмежений, причому його формування відбувається надзвичайно повільно. Для введення нового слова необхідні тривалі пояснення його часте використання з елементами позитивного, значущого для дитини підкріплення. На формування словникового запасу впливає і порушення фонематичного слуху більшості дітей цієї групи. Не дивлячись на те, що пасивний словниковий запас значно більший порівняно з активним, але використання слів з нього відбувається надзвичайно рідко.

Емоційно-вольова сфера дітей з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку перебуває також на рудиментному рівні. Незважаючи на низький інтелектуальний потенціал у них, як і у всіх інших людей, є психіка. А це означає, що їм також притаманні розлади настрою, і різні неврози, і психози. Тільки їхні прояви будуть не такими, як у інших людей. Вони запам'ятовують добро і добрих людей, підсвідомо ставляться до них позитивно і з великою довірою. Їм притаманна хвороблива прив'язаність до рідних, близьких або людей, які ними опікуються, підвищені риси сугестивності, вони легко піддаються навіюванню і виконують всі поставлені такими людьми завдання. Під час тривалого перебування у соціально несприятливому, агресивному середовищі також переймають означені риси і стають озлобленими і схильними до асоціальних вчинків.

Їхні емоції нестійкі, хаотичні, бідні, недиференційовані, вони легко переключаються з одного емоційного стану на інших. В окремих випадках у дітей цієї групи емоційні реакції бувають настільки тривалі і стійкі, що для їхнього переривання необхідне медикаментозне втручання. Також дітям цієї групи притаманне виникнення раптової, нічим зовні неспровокованої агресивності, дратівливості, злості з проявами фізичної люті по відношенню до предметів і речей, в окремих випадках – до оточуючих, що являє собою певну небезпеку. Такі прояви обумовлюються поступовим постійним накопиченням агресивності і неконтрольованою, раптовою потребою її вивільнення [1].

Ці діти не здатні до вольового зусилля. У них не відбувається формування мотиваційної сфери, вони не можуть заставити себе діяти у

відповідному напрямку. Мотивація до виконання практично будь-якої діяльності у них відсутня. Гра зводиться до простого маніпулювання іграшкою або її тримання в руках, перекладання з одного місця в інше. Будь-яку діяльність вони виконують до певного, ніким і нічим не визначеного моменту. Потім лишають її, зацікавити, мотивувати продовжити її практично неможливо. Вони просто переключаються на запропонований мотив, і починають його вимагати не усвідомлюючи необхідність продовження виконання діяльності для його отримання. Запропонований мотив може повністю захопити психіку такої дитини і у разі його неотримання призвести до “зривів” у нервово-психічній сфері, проявів аутоагресії, агресії по відношенню до інших, афективних спалахів, невротичних або психопатичних проявів.

Характеризуючи **моторний розвиток** необхідно відмітити, що діти з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку, не дивлячись на значні порушення опорно-рухового апарату, можуть самостійно рухатись. У багатьох дітей цієї групи спостерігаються паралічі і значущі порушення психомоторних функцій. Наявність відхилень у будові опорно-рухового апарату і черепно-мозкової коробки впливає на розвиток моторики і кінестетичних аспектів, значною мірою затримуючи та викривляючи їх. Вони згорблені, незграбні. При розмові часто махають руками, мотають головою. Для них притаманний недорозвинення фізичної структури організму. Не дивлячись на наявність підвищеного апетиту ці діти не можуть накопичити м'язову масу, що робить неможливим виконання ними трудових дій і зменшує фізичну активність. Такі діти значно пізніше, ніж інші, починають ходити, сидати і стояти. Також така особливість призводить до порушення в координації рухів, вони виглядають розмашистими і незграбними. Точкові неврологічні ушкодження моторних відділів кори головного мозку призводять до того, що їхні рухи скуті, хода некоординована, часто сутула, дрібні рухи руками, які вимагають точності, часто для них є неможливими. Порушення дрібної моторики, вірніше неможливість оволодінням точними рухами пальців і рук тягне за собою значні проблеми під час формування і засвоєння ними санітарно-гігієнічними навичками і навичками самообслуговування.

Проблеми, з самообслуговуванням проявляються в нездатності виконання найпростіших дій, таких, як: утримання ложки, кружки, миття посуду, зав'язування шнурків. Тому такі особи абсолютно не пристосовані до самостійного способу життя.

В одних дітей цієї групи спостерігається перевага розгальмованості рухів, в інших – навпаки, наявна рухове гальмування. І в першому, і в другому випадках їхні рухи характеризуються інертністю, одноманітністю, неточністю, хаотичністю. Ці діти не виконують рухи за мовленнєвою інструкцією, власні рухи не можуть супроводжувати поясненнями. У більшості з них спостерігається невміння контролювати силу руки і

предмети ними не утримуються. Часто їхню рухову активність обмежують об'єктивні (система заборон і обмежень, які йдуть з боку батьків, педагогів через підвищену травматичність таких дітей), так і суб'єктивні (різні фобії, наявність негативного досвіду, відсутність відповідних мотивів, наявність паралічів, парезів, гіперкінезів тощо) фактори.

Висновки. В цілому діти з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку виділяють людей, які з ними працюють, знають своїх рідних і близьких, які до них добре ставляться. Вони можуть оволодіти елементарними трудовими операціями, привчаються виконувати розпорядження, які даються у зрозумілій для них формі. Вони дотримуються правил соціальної поведінки в тому обсязі, який вдається у них сформувавши.

Навчання, яке проводиться з ними, дає позитивні результати в їхньому розвитку, дозволяючи сформувавши необхідні в соціальному середовищі навички і звички. Воно позитивно впливає на їхній психофізичний розвиток, покращуючи його і роблячи певною мірою відповідним соціальним умовам, в яких буде проживати така особа. Вони можуть опанувати елементарними базисними навичками і за умови організації адекватного супроводу можуть виконувати прості домашні справи. Але самостійно проживати вони не можуть. Особи з тяжким ступенем порушення інтелектуального розвитку потребують контролю, допомоги, опіки, супроводу, соціального та фізичного захисту з боку батьків, опікунів, соціальних служб тощо.

Дослідження не претендує на вичерпність і його перспективу вбачаємо у поглибленні вивчення дітей з порушенням інтелектуального розвитку тяжкого ступеня як особливої категорії, яким необхідний освітній процес для реалізації їхніх можливостей, здатних до суспільного співжиття під супроводом рідних, близьких або відповідних осіб.

Бібліографія

1. **Гаврилов О.В.** Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : Аксиома. 2009. 308 с. 2. **Карсон Р., Батчер Дж., Минека С.** Анормальная психология. Санкт-Петербург : Питер. 2004. 1167 с. 3. **Психолого-педагогічний супровід дітей шкільного віку з помірною та тяжкою розумовою відсталістю / за ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка.** Київ : ТОВ "Поліпром". 2006. 156 с.

References

1. **Havrylov O.V.** Special children in the institution and social environment: Tutorial. Kamianets-podilskiy: Aksioma.2009.p.308. 2. **Karson R., Batcher G., Myneka S.** Abnormal psychology. Sank-Peterburg: Piter. 2004. P.1167. 3. **Psychological and pedagogical support of school-age children with moderate and severe mental retardation / V.I. Bondar, V.V. Zasenka.** Kiiiv: TOV "Poliprom". 2006 156 S.

Стаття отримана 12.11.2022 р.