

References

1. **Burlachuk L.F.**, Kocharyan A.S., Judko M.E. Psichoterapiya: Uchebnik dlya vuzov. 3-e izd. – SPb.: Piter, 2009.- 496 c. 2. **Demyanenko B.T.** Funkcionalna diagnostika psichichnykh porushen u ditey ta pidlitkiv ta yich kompleksna medico-psichologo-pedagogichna korekciya. Naukovyi chasopis NPU im. M.P. Dragomanova. Seria 19. Korekciyna pedagogika I specialna psichologiya. / Zb. Naukovykh prats'. – K.: NPU im. M.P. Dragomanova, 2012. – №21. 3. **Demyanenko B.T.** Mechanizmy psichologichnogo zachistu ta koping-strategii v teorii I praktici korekciynoi ta psichoterapevtychnoyi dopomogi. Naukovyi chasopis NPU im. M.P. Dragomanova. Seria 19. Korekciyna pedagogika I specialna psichologiya. / Zb. Naukovykh prats'. – K.: NPU im. M.P. Dragomanova, 2013. – № 24. 4. **Kulagina I.U.**, Kolutskiy V.N. Vozrastnaya psichologiya: Polniy tscicl razvitiya cheloveka. Uchebnoje posopije dlya studentov vyschich uchebnykh zavedenij. – M.: TTs Sphera, 2004. – 464 c. 5. **Patterson S.**, **Votkins A.** Teorii pshychoterapii. – 5-e izd. – SPb.: Piter, 2003. – 544 c. 6. **Psychologiya zdorivya:** Uchebnik dlya vyzov / Pod red.. G.S. Nikiforova. – SPb.: Piter, 2006. – 607 c. 7. **Fraidzer R.**, **Fraidmen D.** Lichnost: teorii, experimenty, uprazneniya. – SPb.: PRAYM-EUROZNAK, 2002. – 864 c.

Дем'яненко Б.Т. Простір відносин в теорії і практиці корекційної та психотерапевтичної допомоги.

В статті розглядається роль міжособистісних взаємостосунків у формуванні психологічних проблем, а також місце та значення стосунків в структурі психологічної допомоги клієнтам, що мають емоційні поведінкові порушення. Виокремлено три типи стосунків між психотерапевтом та клієнтом: об'єктні, суб'єктні та об'єктно-суб'єктні. Ці типи стосунків розглядаються в рамках основних напрямків корекційної та психотерапевтичної допомоги. Відмічено особливості взаємодії між структурою психічної індивідуальності та «Я» концепцією. Така структурна модель відносин дозволяє аналізувати особливості формування психологічних проблем та механізми психологічної допомоги. У структурі психічної індивідуальності виокремлено особливу роль перехідної області, всередині якої домінує значення має система внутрішніх стосунків та особистості ресурси.

Ключові слова: об'єктні стосунки, суб'єктні стосунки, психотерапія, я-концепція, психічна індивідуальність, особистісні ресурси, комплексна медико-психолого-педагогічна корекція.

Демьяненко Б.Т. Пространство отношений в теории и практике коррекционной и психотерапевтической помощи.

В статье рассматривается роль межличностных взаимоотношений в формировании психологических проблем, а так же место отношений в структуре психологической помощи клиентам с эмоциональными поведенческими нарушениями. Выделяются три типа отношений между психотерапевтом и клиентом: объектные, субъектные и объектно-субъектные отношения. Такие типы отношений рассматриваются в рамках основных направлений коррекционной и психотерапевтической помощи. Отмечаются особенности взаимодействия между структурой психической индивидуальности и я-концепцией. Такая структурная модель отношений позволяет анализировать особенности формирования психологических проблем и механизмы психологической помощи. В структуре психической индивидуальности выделяется особая роль переходной области, в которой доминирующее значение имеет система внутренних отношений и личностные ресурсы.

Ключевые слова: объектные отношения, субъектные отношения, психотерапия, я-концепция, психическая индивидуальность, личностные ресурсы, комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция.

Demyanenko B.T. Space of relationships in theory and practice of remedial and psychotherapeutic assistance.

The article focused on the role of mutual individuality relations in the formation of the psychological problems and highlights the place or relations in cases of psychological assistance for persons with emotional behavioral deviations. Next psychotherapist-client relations are mentioned: of objective, subjective and objective-subjective types. Those types of relations are studied within the frames of main directions for remedial and psychotherapeutic assistance. The interaction trends between the structure of psychological individuality and self-concept were specially observed. Such structural model allows analyzing features of problem formation and mechanisms for psychological assistance. The role of the "transition region" (in the structure of psychological individuality) was discussed, also domination of internal relations system and individual resources for the "transition region" was highlighted

Key words: objective relations, subjective relations, psychotherapy, self-concept, psychological individuality, individual resources, complex medic-psycho-pedagogical remedial.

Стаття надійшла до редакції 21.03.2014

Статтю прийнято до друку 27.03.2014

Рецензент: д.п.н., акад.Синьов В.М.

УДК 159.922.762-053.4

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ

Касьян М. В.

З розвитком та удосконаленням діагностичної бази в спеціальній психології, збільшилась кількість дітей, що мають певні проблеми в розвитку.

Багато дітей, що мають поведінкові та емоційні порушення характеризуються своєю надмірною

активністю, яка також присутня в якості симптому в структурі інших психічних порушень. Підвищена активність може бути всього лише одним з багатьох симптомів, проте існує розлад, однією з головних рис якого є надмірна рухова активність – синдром гіперактивності [4].

Синдром гіперактивності – категорія, що характеризує хронічний розлад поведінки та включає в себе руховий неспокій, неможливість всидіти на місці, значне відволікання, імпульсивність, відсутність концентрації, розсіяність тощо. Від призводить до проблем зі встановленням контактів з оточуючими, а також негативно впливає на навчально-виховний процес.

У зв'язку з складністю порушення, раннім періодом виникнення, складними порушеннями уваги, нездатністю до розумової зосередженості ми можемо диференціювати синдром гіперактивності від звичайного стану неспокою, що спостерігається у багатьох дітей дошкільного віку.

Зазвичай, даний розлад стає помітним на кінець періоду дошкільного дитинства, проте перші симптоми з'являються вже в 3-4 роки.

За даними Міністерства охорони здоров'я України у 50-150 тис. дітей дошкільного віку в діагнозі мають синдром гіперактивності. Такі діти створюють напружену атмосферу у родині, провокують виникнення конфліктів в сім'ї та дитячих колективах, викликають занепокоєння у батьків та вихователів, провокують бійки та можуть стати причиною травм як у себе, так і у однолітків.

На думку зарубіжних спеціалістів в галузі психіатрії Б. Фейнгольвда, А. Сміта, У. Роберте, Дж. Ф.Тейлора, синдром гіперактивності – патологія поведінки, що найбільш часто зустрічається в дитячому віці. Гіперактивні діти мають порушення з координацією, зі сном, нетерплячі, непосидючі, надмірно емоційні, вони помічають все, що відбувається навколо та обов'язково реагують на це.

Дані поширення синдрому гіперактивності в різних країнах світу відзначаються широким діапазоном, так в Великій Британії складає 1-3%, в США – 4-20%, в Росії дані розходяться від 4-10% (М. М. Заваденко) до 20-47% (Н. Я. Семаго, Ю. С. Шевченко).

Питання симптоматики синдрому гіперактивності вивчено достатнім чином в сучасній психології, проте знань про точні причини порушення недостатньо. Дослідження вказують на те, що етіологія синдрому носить комбінований характер, тобто залежить відразу від декількох факторів [8].

Методологічні концепції, що лежать в основі сучасних досліджень причин та механізмів розвитку синдрому гіперактивності, умовно можна поділити на такі:

1) **генетична концепція** полягає в тому, що в основі синдрому гіперактивності лежить зміни в генетичному матеріалі. На думку А. Тһарраг однозначно природа синдрому є спадковою. За результатами досліджень сукупний коефіцієнт спадковості синдрому складає 76%, що відводить синдрому роль одного з найбільш часто успадкованих серед психічних захворювань [3];

2) **медико-біологічна концепція** – велика кількість досліджень вказує на те, що причинами синдрому гіперактивності є патологія розвитку в пренатальному, натальному та ранньому постнатальному періоді. Масштабні дослідження вказують на зв'язок синдрому з реус-конфліктом, віком батьків, аномаліями вагітності та пологів, недостатньою або надмірною вагою дитини при народженні, вживанням шкідливих речовин матір'ю, травмами різної етіології матері під час вагітності;

3) в рамках **дизонтогенетичної концепції** синдром гіперактивності розглядається як варіант асинхронного розвитку, що призводить до неспецифічних форм реагування. Г. Є. Сухарева причиною синдрому називає незакінченість розвитку мозку, що проявляється як психомоторний неспокій, імпульсивність та порушення поведінки [6]. В. М. Трошин розглядає дитячу гіперактивність як результат дифузного пошкодження мозку [7]. В. Махлейдт виділяє синдром гіперактивності як самостійний психопатоподібний синдром [2];

4) **соціально-психологічна концепція** причину синдрому гіперактивності вбачає в оточенні дитини та на сам перед в її сім'ї. найбільший вплив на дитячу психіку здійснює мікроклімат родини: наявність сварок, конфліктів або позитивні взаємостосунки. Важливу роль в розвитку синдрому відіграє виховання, рівень матеріального благополуччя, психічні розлади та шкідливі звички батьків, виховання в неповній сім'ї або в дитячих будинках.

У дітей з даним розладом підвищена активність проявляється надзвичайно яскраво. В таких випадках батьки часто скаржаться, що їх дитина не може всидіти на місці більше ніж декілька хвилин, що вона встає зі столу під час прийому їжі, не хоче сидіти в міському транспорті, кінотеатрі, вона постійно метушиться.

Проте виявлення дітей з синдромом гіперактивності – довготривалий та ретельний процес. Поведінка гіперактивних дітей зовні може бути схожою на поведінку дітей з підвищеною тривожністю, невротизмом, шизофренією та ін., тому психологу та педагогу важливо знати основні відмінності поведінки однієї категорії дітей від інших.

В даний час синдром гіперактивності розглядається в декількох класифікаціях. Так в американському «Керівництві по діагностиці та статистиці психічних розладів» в його 4 редакції (DSM-IV-TR) синдрому

гіперактивності відповідає рубрика 314, при чому для синдрому гіперактивності з переважанням дефіциту уваги відповідає шифр 314.00, з переважанням гіперактивності та імпульсивності та змішаному типу – 314.01 [9].

Інший підхід до вивчення синдрому гіперактивності пропонує «Міжнародна класифікація хвороб» в своїй десятій редакції (МКХ-10). В даній класифікації синдром гіперактивності знаходить своє відображення в розділі F9 – «Поведінкові та емоційні розлади, що зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці», містить рубрики F90 – гіперкінетичні розлади, F91 – розлади поведінки.

За даними класифікацій МКХ-10 та DSM-IV-TR синдром гіперактивності характеризується:

- 1) характеристики розвитку не відповідають нормі;
- 2) симптоми заважають адаптації;
- 3) порушенням уваги;
- 4) гіперактивністю та імпульсивністю;
- 5) розвитком перших симптомів в віці до 7 років;
- 6) симптоми зберігають протягом як мінімум шести місяців;
- 7) присутні в двох чи більше умовах життєдіяльності

Для встановлення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дитини, необхідно спостерігати наявність шести або більше симптомів неухважності та гіперактивності/імпульсивності, які зберігаються у дитини протягом хоча б шести місяців і виражені настільки, що свідчить про недостатню адаптацію та невідповідність нормальним віковим характеристиками розвитку.

Для дітей з синдромом гіперактивності наявність супутнього коморбідного розладу швидше закономірність, ніж виняток. Згідно досліджень, 70% дітей з даним синдромом мають принаймні один коморбідний розлад, 30% - принаймні два. Серед найпоширеніших коморбідних розладів при синдромі гіперактивності зустрічаються: розлади поведінки, опозиційні розлади, тривожність, депресії, тикозні розлади, розлади координації рухів, прояви агресії, страхи, розлади мови та шкільних навичок, розумова відсталість, затримка психічного розвитку, енурез, розлади сну [5].

Незважаючи на сформовану діагностичну традицію, що синдром гіперактивності не властивий особам з розумовою відсталістю, а лише з нормальним рівнем розвитку, ряд авторів вважають зовсім очевидним, що цей діагноз може бути поставлений розумово відсталим дітям (Іванов Е.С., 2007; Goodman R., Simonoff E., Stevenson J., 1995). Підставою для сумнівів стало те, що інтенсивність проявів симптомів синдрому гіперактивності у дітей з інтелектуальною недостатністю ніколи раніше не була встановлена. Так, Меш Е. і Вольф Д. пишуть таке: «частота, з якою певні проблеми, такі як спалахи роздратування, гіперкінетичний розлад і розлад настрою, зустрічаються у цих дітей, вимагає розгляду: що ж є нормальним або типовим для інших дітей з подібним рівнем розумової відсталості» [1]. Таким чином, з метою діагностування будь-якого іншого психічного порушення (зокрема, гіпердинамічного синдрому) у дитини з розумовою відсталістю необхідно порівняти його з іншими дітьми, що страждають розумовою відсталістю (Benson V.A., Aman MG, 1999).

Дійсно, раніше знижений рівень інтелекту виключав наявність синдрому гіперактивності. В сучасній же класифікації DSM-IV-TR ми знаходимо дані, що симптоми неухважності характерні для всіх дітей з розумовою відсталістю, яким пропонуються завдання, що не відповідають їх інтелектуальному рівню. Тому синдром гіперактивності може бути поставлений розумово відсталій дитині, якщо симптоми неухважності та гіперактивності будуть переважати рівень, який є допустимим для дітей даного рівня розумового розвитку.

За даними зарубіжних авторів D. A. Pearson, D. A. Lachar, K. A. Loveland, C. W. Santos, L. P. Faria (2000) тощо розумово відсталі діти з синдромом гіперактивності характеризуються деструктивною поведінкою, що включає гіперактивність, злочини, погані сімейні відносини, більш високим рівнем депресій, слабкими соціальними навичками, порушенням адаптації.

Оскільки питання виявлення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей дуже спірне, нами було вирішено структуру психологічної діагностики окреслити такими блоками:

1) **аналіз анамнестичних даних.** Оскільки провідними факторами в розвитку синдрому вважають раннє органічне ураження ЦНС в відповідь на патологічні впливи під час вагітності та пологів. Також обов'язковим є вивчення анамнезу батьків, про що свідчить спадковий чинник синдрому гіперактивності;

2) **спостереження,** яке проводиться безпосередньо в дошкільному навчальному закладі та включає в себе дослідження в декількох сферах діяльності (прогулянка на вулиці, заняття з вихователем, прийом їжі тощо);

3) **діагностика соціальних чинників.** Дослідження суб'єктивних проявів синдрому гіперактивності за допомогою опитування батьків та вихователів. Анкети та опитувальники мають бути сформульовані на основі діагностичних критеріїв, що містяться в класифікаціях МКБ-10 та DSM-IV-TR. Включають закриті питання на виявлення порушень уваги (погана концентрація, дезорганізація), поведінки (гіперактивність, імпульсивність), настрою (непередбачуваність, вибуховість, агресивність), взаємостосунків з оточуючими (конфліктність). Необхідною умовою дослідження є вивчення внутрішньосімейних відносин (Опитувальник батьківського

ставлення А. Я. Варга, В. В. Століна), оскільки поведінкові та емоційні прояви можуть вказувати не лише на синдром гіперактивності, а бути ознаками захисної реакції або наслідком неправильного стилю сімейного виховання;

4) **психодіагностика**, яка включає в себе дослідження концентрації та стійкості уваги – тест «Коректурна проба» (дитячий варіант), а також діагностика за допомогою проєктивних методів. Враховуючи коморбідність розладу та віковий період, що обмежений дошкільним віком, доречно застосувати «Динамічний малюнок сім'ї», графічна методика «Кактус» (М. А. Понфілова), «Дім-Дерево-Людина».

Синдром гіперактивності, по визначенню, комплексне порушення, що визначає неможливість його діагностувати лише однією пробою, тобто не існує універсального методу, який би напевно продемонстрував би або спростував наявність синдрому гіперактивності.

При чому симптоми даного розладу спостерігаються і в нормі, що часто збільшує ризик помилкової діагностики. Адже існує поняття «активної дитини», як якості темпераменту або наслідків виховання, а не як патологічного розвитку. Більше того діти дошкільного віку в принципі частіше за все і є активними, а ніж навпаки.

Надзвичайно важливим є дотримання діагностичних критеріїв. Необхідність їх застосування гарантує ретельність діагностичного процесу, допомагає уникнути помилок.

Постановка синдрому гіперактивності, як діагнозу, має базуватися на комплексних симптомах, проявах їх в різних ситуаціях, характеризуватися постійністю та тривалістю в часі, та підтверджуватися не лише психологом, а педагогом, лікарем. Лише певні, непостійні характеристики поведінки дітей, що відмічають батьки не можуть бути основою для постановки діагнозу. Такі симптоми можуть бути реакцією дитини на постравмуючу ситуацію в сім'ї.

Все це допоможе звести до мінімуму відсоток помилкових діагнозів, а також допомогти в ранньому виявленні синдрому гіперактивності.

Література

1. **Детская** патопсихология. Нарушения психики ребенка/ Эрик Мэш, Дэвид Вольф. – М.: АСТ; СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 511, [1] с. 2. **Микадзе Ю.В.** Нейропсихология детского возраста. СПб.: Питер, 2008. - 288 с. 3. **Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и антисоциальное поведение у детей: неврологические аспекты // Русский журнал детской неврологии. 2007. т. 2. вып. 1, с. 22-30. 4. **Раттер М.** Помощь трудным детям: Пер. с англ. / Общ. ред. А. С. Спиваковской; Предисл. О. В. Баженовой и А. Я. Варга - М.: Прогресс, 1987. - 424 с: ил. 5. **Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей : практическое руководство / О. И. Романчук - М. : Генезис, 2010. - 334 с. : ил..** 6. **Сухарева Г.Е.** Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974. 320 с. 7. **Трошин В.М., Радаев А.М., Халецкая О.В., Радаева Г.М.** Клинические варианты минимальных мозговых дисфункций у детей дошкольного возраста//Педиатрия. 1994. №2. С.72-75. 8. **Ясюкова Л.А.** Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями. СПб.: ИМАТОН, 1997, 78 с. 9. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. - Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.-P. 83-85.

References

1. **Detskaya** patopsihologiya. Narushenie psihiki rebenka/ Erik Mesh, Devid Volf. – М.,: АСТ; SPb.: praym-EVROZNAK, 2007. – 511, [1] s. 2. **Mikadze Yu. V.** Neyropsihologiya detskogo vozrasta. SPb.: Piter, 2008. – 288 s. 3. **Polynina A. G., Davydov D. M., Bryun E. A.** Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu i antisotsialnoe povedenie u detey: nevrologicheskie aspekty // Russkiy zhurnal detskoy nevrologii. 2007.t. 2.vyp. 1, s. 22-30. 4. **Ratter M.** Pomoshch rtudnim detyam: Per. s angl. / Obshch. red. A. S. Spivakovskoy; Predisl. O. V. Bazhenovoy i A. Ya. Varga - M.: Progress, 1987. - 424 s: il. 5. **Sindrom** defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u detey: prakticheskoe rukovodstvo / O. I. Romanchuk - M.: Genezis, 2010. - 334 s.: il.. 6. **Suhareva G. E.** Lektsii po psihiatrii detskogo vozrasta. M.: Meditsina, 1974. 320 s. 7. **Troshyn V. M., Radaev A. M., Haletskaya O. V., Radaeva G. M.** Klinicheskie varianty minimalnuh mozgovuh disfunktsiy u detey doshkolnogo vozrasta//Pediatriya. 1994. #2. S.72-75. 8. **Yasyukova L.A.** Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detey s minimalnyimi mozgovyimi disfunktsiyami. SPb.: IMATON, 1997, 78 s. 9. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. - Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.-P. 83-85.

Касьян М. В. Основні підходи до вивчення синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей

У статті висвітлено методологічні концепції, що лежать в основі сучасних досліджень причин та механізмів розвитку синдрому гіперактивності у дітей, такі як генетична, медико-біологічна, дизонтогенетична, соціально-психологічна концепції. Наведені дані розповсюдження синдрому гіперактивності серед населення в країнах Америки, Європи, Росії, України. Розглянуто питання симптоматики синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю та нормальним рівнем розвитку. Поняття синдрому гіперактивності обширно розглянуто з точки зору американської класифікації «Керівництво по діагностиці та статистиці психічних розладів» в його 4 редакції (DSM-IV-TR), зазначено рубрики яким відповідає даний синдром, а також з точки зору вітчизняного підходу «Міжнародна класифікація хвороб» в своїй десятій редакції (МКХ-10). Вказані клінічні критерії, дотримання яких є необхідною умовою в постановці діагнозу «синдрому гіперактивності». Описані основні прояви синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей. Наведені аргументи на підтвердження того, що синдром гіперактивності може бути поставлений розумово відсталій дитині. В статті окреслена

структура психологічної діагностики синдрому гіперактивності у розумово відсталих дітей чотирма блоками (аналіз анамнестичних даних, спостереження, діагностика соціальних чинників, психодіагностика).

Ключові слова: синдром гіперактивності, розумово відстала дитина, генетична, медико-біологічна, дизонтогенетична, соціально-психологічна концепції, психодіагностика, DSM-IV-TR, МКХ-10.

Касьян М. В. Основные подходы к изучению синдрома гиперактивности у умственно отсталых детей

В статье освещены методологические концепции, лежащие в основе современных исследований причин и механизмов развития синдрома гиперактивности у детей, такие как генетическая, медико-биологическая, дизонтогенетическая социально-психологическая концепции. Приведены данные распространения синдрома гиперактивности среди населения в странах Америки, Европы, России, Украины. Рассмотрены вопросы симптоматики синдрома гиперактивности у детей дошкольного возраста с умственной отсталостью и нормальным уровнем развития. Понятие синдрома гиперактивности широко рассмотрено с точки зрения американской классификации «Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» в его 4 редакции (DSM-IV-TR), указано рубрики которым соответствует данный синдром, а также с точки зрения отечественного подхода «Международная классификация болезней» в своей десятой редакции (МКБ-10). Указаны клинические критерии, соблюдение которых является необходимым условием в постановке диагноза «синдрома гиперактивности». Описаны основные проявления синдрома гиперактивности у умственно отсталых детей. Приведенные аргументы в подтверждение того, что синдром гиперактивности может быть поставлен умственно отсталому ребенку. В статье очерчена структура психологической диагностики синдрома гиперактивности у умственно отсталых детей с помощью четырех блоков (анализ анамнестических данных, наблюдение, диагностика социальных факторов, психодиагностика).

Ключевые слова: синдром гиперактивности, умственно отсталый ребенок, генетическая, медико-биологическая, дизонтогенетическая, социально-психологическая концепции, психодиагностика, DSM-IV-TR, МКБ-10.

Kasian M.V. Basic approaches to the study of the syndrome of hyperactivity in mentally retarded children

The article highlights methodological concepts that underlie modern studies of the causes and mechanisms of the syndrome of hyperactivity in children, such as genetic, biomedical, dyzontohenetical, socio-psychological concept. The data distribution hyperactivity syndrome population in the Americas, Europe, Russia and Ukraine. The question of the syndrome of hyperactivity symptoms in preschool children with mental retardation and normal level of development. The concept of the syndrome of hyperactivity extensively discussed in terms of the classification of the American "Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders" in its 4th edition (DSM-IV-TR), which corresponds to the indicated category currently syndrome, as well as from the viewpoint of approach "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" in its tenth edition (ICD -10). These clinical criteria, compliance with which is a prerequisite to the diagnosis of "hyperactive syndrome". We describe the main manifestations of the syndrome of hyperactivity in mentally retarded children. These arguments confirm that the hyperactivity syndrome can be diagnosed mentally retarded child. The article outlined the structure of psychological diagnosis of hyperactivity syndrome in mentally retarded children in four blocks (analysis of historical information, surveillance, diagnosis of social factors , psychological diagnostics).

Key words: hyperactivity syndrome, mentally retarded children, genetic, biomedical, dyzontohenetical, socio-psychological concepts, psychological diagnostics, DSM-IV-TR, ICD-10.

Стаття надійшла до редакції 11.03.2014 р.

Статтю прийнято до друку 20.03.2014 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Федоренко С. В.

УДК 159.922.762

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОБКИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РОЗВИТКУ
ЯК АСПЕКТ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ АУТИЧНОЇ ДИТИНИ
В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОЇ УСТАНОВИ**

Качмарик Х.В.

Змістовна спрямованість і завдання психологічного супроводу аутичних дітей з аутизмом істотно відрізняються від завдань психологічного супроводу здорової дитини та дітей з іншими нозологіями. Проблемою аутизму займається багато дослідників, зокрема українських (Я. Багрій, К. Островська, О.Романчук, Д.Шульженко, Г.М. Хворова, В.В. Тарасун та ін.)(1,4,8,9,11), проте і надалі недостатньо розкриті психологічні аспекти навчання аутичних дітей, не висвітлена роль психолога у супроводі дітей з аутизмом у дошкільній установі.

Метою нашої статті є виокремлення сфер впливу та етапів для організації ефективної психологічної корекції та розробки індивідуальної програми розвитку, як одного з компонентів психологічного супроводу та послідовної його реалізації.

Одним із компонентів психологічного супроводу є психологічна корекція. У спеціальній психології психокорекція розглядається як один із способів психологічного впливу спрямованих на виправлення або нівелювання відхилень у психічному розвитку дитини. [3, с. 34], система психолого-педагогічних заходів у