

Софія Березка,

асистент кафедри практичної психології
ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»,
пров. Вчительський, 1, м. Слов'янськ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРАКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

Соціокультурні та політичні кризи сучасного суспільства неминуче впливають на психічне здоров'я кожної особистості. Найбільш уразливою категорією є діти. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) є одним із найрозповсюдженіших психічних відхилень серед дитячої популяції та у середньому спостерігається приблизно у 5% дітей віком від 5 до 12 років, що обумовлює актуальність обраної теми. Провідним симптомом, притаманним дітям дошкільного віку з порушенням інтелекту, є гіперактивна поведінка, саме тому метою статті є визначення та аналіз сформованості гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту. Рання діагностика забезпечує ефективність та успішність психокорекційної роботи, тому необхідним є розробка діагностичного комплексу, який дозволить виявити найперші симптоми СДУГ та стане основою для подальшої психологічної корекції. Для реалізації поставленої мети було розроблено критерії гіперактивної поведінки: характер моторної активності, рівень регуляції власної поведінки, здатність до психічних навантажень, переважаючий емоційний фон та особливості взаємовідносин з однолітками та дорослими. Для кожного критерію було підібрано діагностичні методики, які передбачають або безпосереднє тестування дітей з порушенням інтелекту («Теплінг-тест», «Будиночок», методика Рене Жюля, кольоровий тест Люшера), або анкетування експертів (вихователів, дефектологів, психологів та батьків за методикою Г. Лаврентьєва, Т. Титаренко). На основі кількісного та якісного аналізу отриманих даних було сформовано три основні рівні розвитку гіперактивної поведінки у дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту та визначено їх основні характеристики.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги та гіперактивності, гіперактивна поведінка, діти з порушенням інтелекту, критерії гіперактивної поведінки, діагностика.

Вступ

Сьогодні тенденція до збільшення кількості дітей, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності, обумовлює необхідність вирішення проблеми пошуку засобів ранньої та універсальної діагностики, а також психокорекції СДУГ. Окрім того, не дивлячись на значну кількість досліджень з даної проблеми, не вирішеними залишаються питання визначення основних причин СДУГ та точного віку, з якого можна встановлювати цей діагноз. Так, за даними МКХ-10 та DSM-IV, діагноз синдрому дефіциту уваги та гіперактивності остаточно ставиться дітям лише після шести років, а у більш пізніх виданнях DSM-V – взагалі лише з 12 років. Відсутність єдиної думки спостерігається і у відношенні можливості констатації діагнозу СДУГ у дітей з порушеннями інтелекту (а саме, при олігофренії). Це пояснюється тим, що основні діагностичні критерії СДУГ (імпульсивність, гіперактивність та порушення уваги) тісно чи іншою мірою присутні у будь-якої дитини дошкільного віку з порушенням інтелекту, і є викликаними органічним та дифузним ураженням головного мозку. Проте, у ряді сучасних досліджень (Л. Руденко, 2015; А. Колупасва, 2011; М. Федоренко, 2015; L. Coelho, 2010; J. Swanson, 2007) наголошується, що ці два діагнози (СДУГ та олігофренія) не є взаємовиключними, а у МКХ-10 взагалі виділено окрему категорію – гіперак-

тивний розлад, що поєднаний з розумовою відсталістю та стереотипними діями (F 84.4). Діти з порушеннями інтелектуального розвитку з таким діагнозом суттєво відрізняються від інших своїх однолітків без СДУГ. Вони характеризуються більшою вираженістю гіперактивності, деструктивної поведінки, поганими сімейними відносинами, слабкими соціальними навичками, низьким рівнем адаптації (K. Antshel, M. Aman, D. Pearson), а виникнення перших симптомів спостерігається ще до семи років. На нашу думку, оскільки у дітей з порушенням інтелекту розлади уваги та імпульсивності не можуть слугувати діагностичними критеріями СДУГ, а провідним симптомом для дошкільного віку є гіперактивність, то доречним є дослідження не самого СДУГ у дошкільників з інтелектуальними порушеннями, а саме гіперактивної поведінки.

Мета статті полягає у виявленні та аналізі рівнів сформованості гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту.

Завдання:

1) визначити основні критерії гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту;

2) провести діагностування рівнів сформованості гіперактивної поведінки дошкільників з інтелектуальними порушеннями;

3) виокремити специфічні особливості дітей з інтелектуальними порушеннями, які мають гіперактивну поведінку.

Методи дослідження

Аналіз психолого-педагогічної літератури дозволив виділити основні критерії гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту: характер моторної активності, рівень здатності до психічних навантажень, рівень розвитку регуляції власної поведінки, переважаючий емоційний фон, порушення взаємовідносин з оточуючими (однолітками та дорослими).

Першим критерієм гіперактивної поведінки виступає характер моторної активності дитини з порушенням інтелекту. Для гіперактивних дошкільників з порушенням інтелекту притаманні занепокоєні, імпульсивні рухи ногами та руками, стійкий характер надмірної моторної активності (А. Колупаєва, 2011; Л. Савчук, 2011; О. Катаєва, 1998; О. Стребелева, 1998).

Для дослідження цього критерію нами було обрано методику «Анкета визначення рівня імпульсивності та гіперактивності у дошкільника (Г. Лаврентьєва, Т. Титаренко)». Її метою є визначення за допомогою анкетування рівня сформованості у дитини гіперактивності та імпульсивності як характеристики (Т. Яценко, 2011). В анкетуванні брали участь батьки (52 особи), педагоги (8 вихователів та 6 дефектологів) та психологи (6 осіб), які працюють з цими дошкільниками.

Іншим критерієм гіперактивної поведінки є здатність до психічних навантажень. Для дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту, які мають гіперактивну поведінку, характерною є низька здатність до психічних навантажень, швидка стомлюваність, високий рівень відволікання (А. Висоцька, 2014; О. Мамічева, 2017; Н. Макаруч, 2014). З метою дослідження цього показника ми застосовували методику «Теппінг-тест», яка дозволяє провести діагностику сили нервових процесів, від яких залежить здатність до психічних навантажень (Т. Яценко, 2011).

У гіперактивних старших дошкільників з інтелектуальними порушеннями спостерігається не лише переважання негативного емоційного фону, а наявність певного спектру емоцій, таких як занепокоєння, роздратованість, тривожність тощо (В. Синьов, 2008; М. Матвєєва, 2008; О. Хохліна, 20008). Тому для діагностики емоційного стану старших дошкільників з порушенням інтелекту ми обрали кольоровий тест М. Люшера. На основі послідовності вибору певних кольорів дитиною ця діагностика дозволяє оцінити загальний емоційний стан дитини (переважаючий емоційний фон), рівень нервово-психічної стійкості, виявити внутрішньоособистісні конфлікти, схильності до певних емоційних станів (наприклад, депресії) та афективних реакцій (Т. Яценко, 2011).

Одним із провідних критеріїв гіперактивної поведінки є рівень регуляції власної поведінки. Довільна регуляція поведінки за гіперактивності дитини дошкі-

льного віку з інтелектуальними порушеннями суттєво ускладнена (Н. Макаруч, 2014; О. Прокопенко, 2014). Такі діти не можуть контролювати власні вчинки, їм складно дається виконання інструкцій, дій за взірцем, майже повністю відсутня словесна регуляція та регуляція уваги (М. Федоренко, 2015). Для дослідження рівня регуляції поведінки дошкільників з порушенням інтелектуального розвитку було використано методику «Будиночок». Її метою є виявлення вміння дитини діяти за взірцем, точно його копіювати, оцінка довольної уваги та довольної регуляції власної поведінки (Т. Яценко, 2011).

За наявності гіперактивної поведінки обов'язковим критерієм для дошкільника з порушенням інтелекту є порушення взаємовідносин з однолітками та (або) дорослими (Л. Руденко, 2015). Для діагностики особливостей взаємовідносин дошкільників з порушенням інтелекту ми обрали методику Рене Жилля. Її метою є дослідження особливостей взаємовідносин дитини з оточуючими, а саме з батьками, однолітками, сиблінгами, вихователями. Окрім того, методика дозволяє виявити конфліктні зони в системі міжособистісних відносин дошкільника (Т. Яценко, 2011).

Результати дослідження

Характер моторної активності дітей з порушення інтелекту було визначено на основі експертної оцінки. За результатами анкетування експертів за методикою «Анкета визначення рівня імпульсивності та гіперактивності у дошкільника (Г. Лаврентьєва, Т. Титаренко)» було виявлено, що ознаки імпульсивної та гіперактивної поведінки наявні у 66 (76,8%, з них: 44,4% з високим та 32,6% з середнім рівнем) досліджуваних дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту. Низький рівень імпульсивності та гіперактивності діагностовано у 20 (23,2%) дітей.

Для аналізу здатності дітей старшого дошкільного віку до психічних навантажень було використано методику «Теппінг-тест». За результатами цієї методики, на основі побудови графіку кривої для кожної дитини, отримано три види нервової системи: сильний, середньо-слабкий та слабкий. Відповідно до типів нервової системи ми виділили три рівні здатності до психічних навантажень:

- *високий рівень* здатності до психічних навантажень характеризується наявністю сильного виду нервової системи, яка забезпечує здатність до довготривалих (відносно віку) психічних напружень;

- *середній рівень* здатності до психічних навантажень наявний у дітей, що мають середньо-слабку нервову систему та здатні витримувати психічні навантаження протягом короткого часу;

- *низький рівень* здатності до психічних навантажень притаманний дітям з слабким видом нервової системи, які не здатні витримувати навіть короткотривалі навантаження.

За результатами діагностики за методикою «Теппінг-тест» у досліджуваній групі дітей дошкільного віку з порушенням інтелекту не виявлено жодної дитини, яка

мала б високий рівень здатності до психічних навантажень. Середній рівень сформованості здібності до психічних навантажень діагностовано у 36 (41,9%) дітей з порушенням інтелекту, а низький – у 50 (58,1%).

З метою діагностики рівня саморегуляції дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту було використано методику «Будиночок». Оцінка результатів здійснювалась не лише на основі кількості припущених помилок, але і з урахуванням спостереження за самим процесом виконання завдання. Художні здібності у цій методиці не урахувались, важливим було дотримання розмірів та кількості зображених елементів на малюнку.

У результаті проведення діагностики рівня сформованості регуляції власної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту було виявлено, що жодний з досліджуваних дітей не має високого рівня розвитку саморегуляції. Лише 16 (18,6%) досліджуваних дошкільників мають достатній рівень розвитку регуляції власної поведінки (з урахуванням особливостей розвитку м'якої моторики та художніх здібностей дітей з порушенням інтелекту). Середній рівень розвитку довільності поведінки наявний у 34 (39,5%) досліджуваних та найбільший відсоток спостерігався для низького рівня розвитку – 36 (41,9%). Діти майже не порівнювали свій малюнок з взірцем, не проводили попередні дії над шаблоном у повітрі перед початком, здебільшого одразу починали малювати, домальовували свої елементи.

Для дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту за наявності гіперактивної поведінки характерним є переважання негативного емоційного фону та чітко вираженої занепокоєності, тривожності, роздратованості. З метою діагностики особливостей емоційного стану дошкільників з інтелектуальними порушеннями було використано кольоровий тест Люшера. Обробка та інтерпретація результатів відбувалась на основі кількісного та якісного аналізів. На підставі зробленого дитиною послідовного вибору кольорових переваг було розраховано показник сумарного відхилення від аутогенної норми (СВ). Кожний з отриманих показників СВ може належати до однієї з трьох зон і відповідним чином інтпретуватись (Т. Яценко, 2011):

$20 \leq СВ \leq 32$ – зона переважання негативних емоцій (домінування у дитини поганого настрою та переживань);

$10 \leq СВ \leq 18$ – зона нормального емоційного стану (наявність різної палітри почуттів (радість, сум) залежно від обставин навколишньої дійсності);

$0 \leq СВ \leq 8$ – зона переважання позитивних емоцій (дитина весела, щаслива, налаштована оптимістично, перебуває в стані ейфорії).

За методикою Люшера було діагностовано переважання негативного емоційного стану у 34 (39,5%) дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту. Під час проведення діагностики ці діти відрізнялись особливо вираженою занепокоєністю та тривожністю. Переважання нормального емоційного стану (наявність і позитивних, і негативних емоцій) зафіксовано у 22 (25,6%) дітей. Переважання позитивного емоційного фону кон-

статовано у 30 (34,9%). Слід зазначити, що почуття веселості, ейфорії як домінуючого емоційного стану у цих дітей не були викликаними адекватними за силою причинами.

Для аналізу особливостей взаємовідносин з однолітками та дорослими дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту ми обрали методику Рене Жилия. Результати діагностики умовно розділені на дві частини: показники, що характеризують конкретно-особистісні відносини дитини з іншими людьми та показники, що характеризують особливості самої дитини. Для нашого дослідження суттєвими є показники саме ставлення дошкільника до оточуючих.

За показниками, що відображають конкретно-особистісне ставлення дошкільника до інших, ми виділили три групи: позитивне, негативне та індивідуентне ставлення. При аналізі отриманих даних використовувались не лише кількісні показники за кожною шкалою, але і відповіді дітей на додаткові уточнюючі питання та дані, отримані під час збору анамнезу дошкільників з порушенням інтелекту. Так, наприклад, переважання індивідуентного ставлення до батька, яке спостерігалось у 34 (39,5%) дітей, пов'язане з тим, що більша частина обстежуваних дітей цієї групи виховується у неповних сім'ях (26 дітей з 34). Також ігнорування позиції батька при розгляданні карток пояснювалось деякими дитьми фразами типу: «все одно тато на роботі, дома його не має», «я граюсь лише з мамою», «тато зайнятий» і свідчать про малу включеність батька у виховання дітей.

Значний відсоток дошкільників з порушенням інтелекту, які мають негативне ставлення до батька – 27,9% (24 дитини). При розгляданні карток із зображенням родини діти цієї групи закреслювали зображення тата, домальовували йому великий рот (показник вербальної агресії), супроводжували свої дії фразами типу: «тато злий», «постійно кричить на мене (маму, бабусю)», «тато поганий».

У порівнянні зі ставленням до батька, дещо вищий відсоток позитивного ставлення дітей з порушенням інтелекту до матері – 72,1% (у 62 досліджуваних). Відсоток дошкільників, які мають негативне та індивідуентне відношення до мами склав 11,6% та 16,3% (відповідно у 10 та 14 дітей). При розгляданні карток ці дошкільники розділяли матір та себе предметами чи іншими людьми, виявляли ревності до неї. Негативні судження стосовно матері в цілому були викликані або тим, що дитині приділяється недостатньо уваги, або тим, що мати використовує непедагогічні засоби покарання.

Індивідуентне та негативне ставлення до батьків як до пари (родини) наявне у 24 (27,9%) досліджуваних. Якісний аналіз результатів дав можливість засвідчити той факт, що в цих родинях наявна напружена психологічна атмосфера, конфлікти та непорозуміння між батьками, присутня вербальна та фізична

агресія, спостерігається ігнорування дитини одним із членів родини.

Ми вважаємо, що основою для гіперактивної поведінки слугує не лише негативне, але і індивідуальне відношення до родини, тому загальний відсоток за цими двома шкалами склав 48,8% (42 досліджувані дитини). Проте, більшість дошкільників (44 дитини, що складає 51,2%) виявили позитивне ставлення до власної родини.

Негативне ставлення до сиблінгів у дітей дошкільного віку з порушенням інтелекту наявне у 30 (34,9%) досліджуваних та у більшості випадків пов'язане з ревностями до сестри або брата, а також з невмінням встановлювати контакт, частими сварками та бійками, боротьбою за іграшки, проявами агресії старших по відношенню до молодших дітей (досліджуваних). У 32 (37,2%) дошкільників виявлено позитивне ставлення до братів та сестер. У них спостерігалось прагнення до взаємодії з сиблінгами, дружлюбне ставлення до них.

Переважає позитивного ставлення до бабусі та дідуса зафіксовано у 42 (48,8%) досліджуваних дітей, а негативного та індивідуального – у 22 (25,6%). Негативне ставлення у переважній більшості дошкільників були присутні у разі, якщо бабуся та дідусь живуть в одному помешканні з родиною та проявляють негативний вплив на дитину чи членів родини (застосовують

покарання, кричать чи сваряться, мають конфлікти з кимось із членів сім'ї). Наявність індивідуального ставлення фіксувалось у разі, коли діти мало спілкуються зі своїми дідусями чи бабусями або взагалі їх не мали.

Ставлення до однолітків мало переважно позитивний характер (41,9% або 36 дошкільників). Негативне ставлення дітей з порушенням інтелекту до однолітків зафіксовано у 24 (27,9%) досліджуваних. Якісний аналіз засвідчив наявність у цієї групи дітей виражених та систематичних конфліктів з однолітками, агресивного ставлення до дітей взагалі, небажання спілкуватись та взаємодіяти з оточуючими.

У більшості досліджуваних дітей з порушенням інтелекту наявне позитивне ставлення до вихователів (55,8% або 48 дошкільників), індивідуальне – спостерігалось лише у 20 (23,3%), а негативне – у 18 (20,9%). Дошкільники з порушенням інтелекту, які мають негативне ставлення до вихователів, також мають регулярні конфлікти з педагогами, часто не слухають їх, порушують поведінку, сперечаються з ними, проявляють демонстративність у спілкуванні.

За результатами проведеного циклу діагностичних методик було розроблено основні рівні розвитку гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту, що представлені на рис. 1.

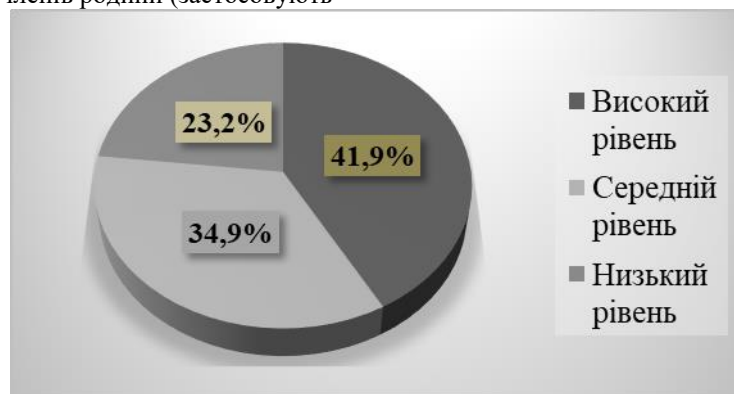


Рис.1 Рівні сформованості гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту

До дітей з високим рівнем гіперактивної поведінки ми віднесли дошкільників, які одночасно мають: високий рівень та стійкий характер надмірної моторної активності (занепокоєні імпульсивні рухи ногами, руками, загальна активність, яка має генералізований та систематичний характер і не залежить від соціального оточення), низький рівень здатності до психічних навантажень, низький рівень саморегуляції, переважання негативного емоційного фону (роздратованості, тривожності, занепокоєння) та порушення міжособистісних стосунків, а саме часті конфлікти з батьками та однолітками, які викликані невмінням контролювати власні емоції, поведінку. Таким чином, за результатами дослідження гіперактивної поведінки дошкільників з порушенням інтелекту зазначеними характеристиками відповідає 36 дітей (41,9%).

До групи дітей, які мають середній рівень розви-

тку гіперактивної поведінки, ми віднесли дошкільників, яким притаманний: середній рівень моторної активності (або високий, але за умови, якщо він є ситуативним або проявляється менше, ніж 6 місяців), середній рівень здатності до психічних навантажень, середній рівень (або частковий) регуляції власної поведінки, переважання негативного емоційного фону в разі виснаженості, втоми, конфліктних чи малознайомих для дитини ситуаціях, порушення міжособистісних стосунків (або з батьками, або з однолітками), які детерміновані неможливістю контролювати власну поведінку. Отримані дані свідчать про те, що середній рівень розвитку гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушенням інтелекту наявний у 30 (34,9%) дошкільників.

Низький рівень розвитку гіперактивної поведінки передбачає наявність у дитини достатнього або середнього рівня регуляції власної поведінки та високого рівня здатності до психічних навантажень (наскільки це можливо відносно дітей дошкільного віку з порушенням інтелекту – їх максимальні показники), нормальної моторної активності, що відповідає соціальному оточенню (діти проявляють непосидючість, загальну активність, але при зауваженні дорослого чи при зміні об'єкту концентрації уваги можуть заспокоїтись), наявність різного емоційного фону, як позитивного, так і негативного (в залежності від ситуації), відсутність систематичних та генералізованих конфліктів і порушень взаємовідносин з однолітками та батьками. З досліджуваної групи дітей з порушенням інтелекту 20 (23,2%) дошкільників мають низький рівень розвитку гіперактивної поведінки.

Висновки

З метою проведення діагностики рівня сформованості гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку виділено основні критерії гіперактивної поведінки дітей з порушенням інтелекту, а саме: характер моторної активності, рівень регуляції власної поведінки, рівень сформованості здатності до психічних навантажень, переважаючий емоційний стан та особливості взаємовідносин з однолітками та дорослими. Для дослідження зазначених показників було підібрано діагностичний комплекс, який дозволив кількісно та якісно оцінити рівень та специфіку

ЛІТЕРАТУРА

1. Дидактичні та методичні засади спеціальної освіти розумово відсталих дошкільників: нав.-метод. посіб. / Н.О. Макаруч, А.М. Висоцька, О.В. Чеботарьова, А.В. Міненко, С.В. Трикоз, Г.О. Блеч, І.В. Бобренко, І.В. Гладненко. – К.: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2014. – 337 с.
2. Катаева О.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учебник для студентов пед. вузов / О.А. Катаева. – Москва: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1998. – 208 с.
3. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напрєєнка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. – Харків, 2003. – Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper10.htm>
4. Колупаєва А.А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук. – К.: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. – 274 с.
5. Мамічева О.В. Діагностика та корекція порушень психофізичного розвитку дітей: навчально-методичний посібник зі спеціальної психології / О.В. Мамічева. – Слов'янськ: Вид-во Б.І. Маторіна, 2017. – 256 с.

гіперактивної поведінки дітей старшого дошкільного віку з порушеннями інтелекту.

Проведене емпіричне дослідження дозволило викремити ряд специфічних особливостей гіперактивної поведінки дітей з порушенням інтелекту, а саме: рання поява перших симптомів гіперактивності (до семи років); провідним проявом виступає порушена та надмірна моторна активність (44,4% досліджуваних дітей мають високий рівень моторної активності); у таких дошкільників переважає негативний емоційний фон (39,5% досліджуваних), відмічається низька здатність до регуляції власної поведінки (41,9% дітей), неможливість витримувати навіть короткотривалі психічні навантаження (58,1% досліджуваних дошкільників) та порушення взаємовідносин з оточуючими (у всіх дітей з високим рівнем гіперактивності та імпульсивності).

На основі отриманих даних було розроблено якісну характеристику рівнів сформованості гіперактивної поведінки дошкільників з порушенням інтелекту. За отриманими результатами, 41,9% досліджуваних дітей мали високий рівень, 34,9% – середній та 23,2% – низький рівень сформованості гіперактивної поведінки.

Перспективу подальшого наукового пошуку вбачаємо в розробці психокорекційної програми, спрямованої на психологічну допомогу гіперактивним дошкільникам з порушенням інтелекту та їхнім батькам.

6. Психологія розумово відсталої дитини: підручник / В.М. Синьов, М.П. Матвєєва, О.П. Хохліна. – К.: Знання, 2008. – 359 с.

7. Яценко Т.В. Діагностика психічного розвитку дітей дошкільного віку: методичний посібник / Т.В. Яценко. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://blanki-ua.com.ua/other/2033/index.html>

8. Rudenko L.M., Fedorenko M.V. Diagnostic aspects of the syndrome of hyperactivity in preschool children with mental retardation / L.M. Rudenko, M.V. Fedorenko // Actual problems of the correctional education: Ministry of Education and Science of Ukraine, National Pedagogical Drahomanov University, Kamyanets-Podilsky Ivan Ohyenko National University / edited by V.M. Synjov, O.V. Havrilov. – Issue 5. – Kamyanets-Podilsky: Medobory2006, 2015. – P. 270-281.

9. Coelho L. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: neurobiological aspects, diagnosis and therapeutic approach / L. Coelho, E. Chaves, S. Vasconcelos, M. Fonteles, F. De Sousa, G. Viana // Acta Med. Port. – 2010. – №23 (4). – P. 689-696.

10. Swanson J. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis / J. Swanson, M. Kinsbourne, J. Nigg, B. Lanphear, G. Stefanatos, N. Volkow et al // Neuropsychol. Rev. – 2007. – 17 (1). – P. 39-59.

REFERENCES

1. Makarchuk, N.O., Vysotska, A.M., Chebotarova, O.V., Minenko, A.V., Trykoz, S.V., Blech, H.O. et al. (2014). *Dydaktychni ta metodychni zasady spetsialnoi osvity rozumovo vidstalykh doshkilnykiv [Didactic and methodical foundations of special education for mentally retarded preschoolers]*. Kyiv: Instytut spetsialnoi pedahohiky NAPN Ukrainy [in Ukrainian].
2. Kataieva, O.A. (1998). *Doshkolnaia olyhofrenopedahohyka [Pre-school oligophrenopedagogy]*. Moscow: Humanyt. yzd. Tsentr VLADOS. [in Russian].
3. Mykhailova, B. V., Tabachnikova, S. I., Naprieienka, O. K., Dombrovskoi, V. V. (Eds.). (2003). *Kryterii diahnostyky i psykhoterapii rozladiv psykhyky ta povedinky [Criteria for diagnosis and psychotherapy of mental and behavioral disorders]*. Kharkiv. Retrieved from: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper10.htm> [in Ukrainian].
4. Kolupaieva, A.A. & Savchuk, L.O. (2011). *Dity z osoblyvymy osvitynymi potrebamy ta orhanizatsiia yikh navchannia [Children with special educational needs and organization of their education]*. Kyiv: Vydavnycha hrupa «ATOPOL» [in Ukrainian].
5. Mamicheva O.V. (2017). *Diagnostyka ta korekcija porushenj psykhyfyzynohoho rozvytku [Diagnosis and correction of disorders of psychophysical development]*. Slavyansk: Publishing House B.I. Matorina [in Ukrainian].
6. Synjov, V.M., Matvejeva, M.P., Khokhlina, O.P. (2008). *Psykhohohiia rozumovo vidstaloj dytyny [Psychology of the mentally retarded child]*. Kyiv: Knowledge [in Ukrainian].
7. Iatsenko, T.V. (2011). *Diahnostyka psykhychnoho rozvytku ditei doshkilnoho viku: metodychnyi posibnyk [Diagnosis of mental development of children of preschool age: a methodical manual]*. Retrieved from: <http://blanki-ua.com.ua/other/2033/index.html> [in Ukrainian].
8. Rudenko, L.M., Fedorenko, M.V. (2015) Diagnostic aspects of the syndrome of hyperactivity in preschool children with mental retardation. *Actual problems of the correctional education*. (pp. 270- 281). Kamyanets-Podilsky: Medobory2006 [in English].
9. Coelho, L., Chaves, E., Vasconcelos, S., Fonteles, M., De Sousa, F., Viana, G.(2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: neurobiological aspects, diagnosis and therapeutic approach. *Acta Med. Port*, 23, 689-696 [in English].
10. Swanson, J., Kinsbourne, M., Nigg, J., Lanphar, B., Stefanatos, G., Volkow, N. et al. (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychol. Rev*, 17, 39-59 [in English].

Sofia Berezka,

*Teaching assistant of the Department of Practical Psychology,
Donbas State Pedagogical University,
1, Vchytelskyi lane, Sloviansk, Ukraine*

PECULIARITIES OF THE ASSESSMENT OF HYPERKINETIC BEHAVIOR SYNDROME IN CHILDREN WITH MENTAL DEVELOPMENT DISORDERS

Socio-cultural and political crises of modern society inevitably affect mental health of people, though children are considered to be the most vulnerable category. According to the World Health Organization, attention deficit and hyperkinetic behavior syndrome are one of the most widespread mental abnormalities among children, and on average are observed in about 5% of children aged from 5 to 12, which makes the chosen topic relevant and urgent. One of the leading symptoms of preschool children with intellectual disability is hyperkinetic behavior syndrome, which is why the purpose of this research is to analyze the formation of hyperkinetic behavior syndrome in children of senior preschool age with mental development disorders. Its early diagnosis ensures the effectiveness and success of psycho-corrective work, therefore, it is necessary to develop a diagnostic complex that will reveal the first symptoms and will form the basis for further psychological correction. To this end, the following criteria of hyperkinetic behavior syndrome have been distinguished: the nature of motor activity, the level of behavior regulation, proneness to mental stress, the prevailing emotional background and the peculiarities of relationships with peers and adults. For every criterion, diagnostic methods have been selected that include either direct testing of children with intellectual disabilities (Tapping test, “The House”, Renee Hill’s method, The Lüscher Color Test), or experts (educators, speech therapists, psychologists and parents using the method of T. Lavrentyev and T. Titarenko). On the basis of quantitative and qualitative analysis of the obtained data three main levels (low, average, and high) of the development of hyperkinetic behavior syndrome in children of the senior preschool age with intellectual disabilities have been distinguished and their main characteristics have been presented.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, hyperactive behavior, children with intellectual disabilities, criteria for hyperactive behavior, diagnosis.

Sumbitted on January, 22, 2018

Reviewed by Doctor of Psychology, prof. O. Mamicheva