

В'ячеслав ГАВРИЛЬКЕВИЧ,

кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології і педагогіки
Хмельницького національного університету

Марія ПАПРОЦЬКА,

студентка Хмельницького національного університету

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ГІПЕРАКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Суттєві соціальні зміни у сучасному суспільстві досить вагомо відображаються на розвитку дитини. Значна кількість затримок та порушень розвитку людини в дитячому віці робить необхідним вивчення, систематизацію та узагальнення світового досвіду психологічної допомоги. Порушення функцій уваги та гіперактивна поведінка дітей привертають до себе особливу увагу. Явище гіперактивної поведінки та дефіциту уваги у ранньому дитячому віці, у дошкільному віці, і, також, у шкільному віці стає більш суттєвою проблемою психічного розвитку дитини, її соціалізації, засвоєння шкільної програми. За різними даними, кількість дітей з гіперактивною поведінкою, яка, як правило, супроводжується проблемами зі стійкістю та концентрацією уваги, становить у загальній популяції від 1,5 до 20 відсотків. В статті ми спробували розкрити питання дитячої гіперактивної поведінки, фактори її ризику та розробити рекомендації щодо ранніх проявів цієї проблеми.

Ключові слова: поведінка, гіперактивна поведінка, молодший шкільний вік, гіперкінетичний розлад.

Постановка проблеми у загальному вигляді. В ХХІ ст. гіперактивна поведінка стає найбільш досліджуваною проблемою в дитячій психології. Проблема поширеності синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю актуальна не тільки тому, що є однією з сучасних характеристик стану здоров'я дитячого організму. Це найважливіша психологічна проблема цивілізованого світу. Допомога гіперактивній дитині – це дуже складний процес, і існує багато підводних каменів на шляху до повної корекції. Про проблему гіперактивності зараз говорять все більше і педагоги, і вихователі, і працівники соціальних служб, і психологи, адже проблема гіперактивності, як і всі наші психологічні труднощі в дорослому житті – родом з дитинства. Актуальність проблеми

зумовлено потребою шкільних психологів у психокорекційній, профілактичній та просвітницькій роботі з гіперактивними дітьми, їх батьками та вчителями.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Національний координатор програми Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) “Психічне здоров'я” І. А. Марценковський на засіданні робочої групи Міністерства охорони здоров'я України з розробки вимог до програмно цільового обслуговування дітей з найбільш поширеними формами психічних розладів, вказуючи на недоліки офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України стосовно відсутності інформації з означеного питання, заявив, що Міністерство охорони здоров'я не в змозі самотійно вирішити проблему охорони психічного здоров'я дітей із гіперактивною поведінкою, через неможливість надання ефективної допомоги цим дітям без урахування їх особливих потреб, пов'язаних з освітою. Він вважає, що без допомоги психологічних служб системи освіти цю проблему вирішити вкрай складно [8]. На даний момент у розвинених країнах гіперактивна поведінка реєструється в 24%–40% школярів, проте в Україні досі відсутні епідеміологічні дані щодо поширеності цього феномену серед дітей. Більш активно проводяться дослідження та докладаються зусилля до визначення шляхів корекції гіперактивної поведінки в галузі медицини. В той час як психолого-педагогічний аспект проблеми досліджено недостатньо [2]. Проте, на нашу думку, саме практичним психологам дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів надається важлива першочергова роль у ранньому виявленні та подальшій корекції поведінки дітей із гіперактивною поведінкою.

Мета статті – розкрити теоретичні положення вивчення гіперактивної поведінки в дітей молодшого шкільного віку, особливості її прояву та фактори ризику.

Виклад основного матеріалу дослідження. *Поведінка* – це форма взаємодії особистості з оточуючим середовищем, яке визначається рядом факторів: природними властивостями особи, її індивідуальністю. *Гіперактивна поведінка* – стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму.

У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад.

Дитяча гіперактивність – це психологічний і фізичний розвиток дитини з браком уваги, підвищеною руховою активністю, імпульсивністю та збудливістю. Гіперактивна дитина намагається встигнути і зробити якомога більше, і все відразу. Результат, поряд з цим, негативний, оскільки зайнявшись однією справою, дитина перемикається, тут же, на іншу. Всі ці справи дитина кидає, так і не доробивши.

Перші ознаки гіперактивності з'являються в молодшому шкільному віці. Хлопчики більше схильні до цього захворювання. У групу ризику потрапляють діти, які народилися за допомогою кесаревого розтину, штучно вигодувані, недоношені. Також несприятливо на психіку дитини позначається нестабільна, нервова обстановка в родині. Звичайно, не всі ці діти будуть гіперактивними. Гіперактивність у дітей викликана поразкою тих лобових часток мозку, які відповідають за контролювання поведінки і послідовність дій. Поряд з цим, відбувається порушення доцільності поведінки, довільної регуляції усвідомленої психічної діяльності. Симптоми гіперактивності були вперше описані як розлад в 1902 році англійським лікарем Д. Стіллом, який вважав, що поява симптомів викликана слабким «гальмуючим волеспрямуванням» («inhibitory volition») і «недостатнім моральним контролем» («defective moral control») [2, с. 35].

Поняття «гіперактивність» складається з двох частин: «гіпер» та «активність». «Гіпер...» (від грец. hyper – «над», «зверху») – складова частина складних слів, що вказує на перевищення норми. Слово «активний» прийшло із латинського «activus» і означає «діяльний, дійовий». У психологічній літературі ми можемо знайти досить велику кількість визначень та характеристик термінів, пов'язаних з дитячою гіперактивністю [9, с. 57]. Точка зору психологів акумульована та представлена у психологічних словниках. Так, у психологічному словнику, складеному С. Ю. Головним [2], дитяча гіперактивність (hyperactivity) визначається як відхилення від вікових норм

онтогенетичного розвитку, що характеризується неухважністю, відволіканням, імпульсною поведінкою в інтелектуальній та соціальній діяльності, підвищеною руховою активністю при нормальному рівні інтелектуального розвитку.

У сучасному тлумаченні гіперактивність визначається і як стан, що одержав назву «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги» (ГРДУ), і як «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» (СДУГ).

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) – хронічний психічний розлад у дітей, що характеризується неувагою, гіперактивністю, імпульсивністю, які проявляються в різних ситуаціях і обумовлюють стійку соціальну і шкільну дезадаптацію. У дітей із СДУГ частіше зустрічаються когнітивні розлади, розлади розвитку шкільних навичок, рухових функцій і мови та багато інших проблем. Практики часто відзначають, що ці діти не можуть зосередитись на одному предметі протягом більш-менш тривалого часу, не здатні виконати поставлене завдання, не цікавляться якістю і результатами його виконання, та пояснюють таку поведінку дітей «неслухняністю», «невихованістю», «недисциплінованістю» [11, с. 89].

Науковці стверджують, що для гіперактивних дітей характерна підвищена потреба у русі. При блокуванні цієї потреби правилами поведінки у дитини зростає мускульне напруження, погіршується увага, знижується працездатність, дитина швидко стомлюється. Емоційна розрядка, яка проявляється після цього, є захисною фізіологічною реакцією організму на надмірну напругу і проявляється в неконтрольованому рухливому занепокоєнні, роздратуванні, що нерідко кваліфікуються як дисциплінарні порушення [1]. Стан стомлюваності часто супроводжується безпричинним роздратуванням, плаксивістю, істериками. Можуть спостерігатись порушення просторової координації – рухова вайлуватість та незграбність [6, с. 159].

Гіперактивність може супроводжуватись певними проблемами у взаєминах з оточуючими, труднощами в засвоєнні матеріалу, низькою самооцінкою. Симптоми гіперактивно-імпульсної поведінки, що з'явилися у

дитини в дошкільний період, зберігаються і під час її навчання у початкових і середніх класах [3]. Все це приводить до слабкої успішності в школі і низької самооцінки. Типове явище для гіперактивної дитини, яка попадає в нові умови навчання в початковій школі – низька успішність, проблеми у спілкуванні та стосунках з однолітками [1].

Ряд дослідників (Є. Ю. Балашова, Н. К. Корсакова, Ю. В. Мікадзе, В. М. Трошин, О. В. Халецька), характеризуючи гіперактивних дітей, відзначають патологічно низькі показники уваги, пам'яті, слабкість розумових процесів в цілому при збереженому нормальному рівні інтелекту. Довільна регуляція розвинена слабо, працездатність дітей на заняттях низька, стомлюваність підвищена. [12]. Різні аспекти зазначеної проблеми активно вивчались О. В. Касатіковою і А. Г. Платоною під керівництвом І. П. Брязгунова і В. Р. Кучми. У численних дослідженнях зарубіжних (В. Дуглас, С. Кеннерс, Г. Стілл, А. Тредголд, А. Штраус,) та вітчизняних психологів (В. І. Гарбузов, І. В. Дубровіна, З. С. Карпенко, О. К. Лютова, Г. Б. Моніна, М. Раттер, Ю. С. Шевченко та інші) відмічається, що пік прояву гіпердинамічного синдрому припадає на вік 6-7 років. І у нас, і за рубежом СДУГ зустрічається у 4-9,5% дітей дошкільного та молодшого шкільного віку [11].

Усі дослідники відзначають необхідність ранньої корекційної роботи з гіперактивними дошкільниками та молодшими школярами. Разом з тим, у прогнозах на її результативність та перспективи таких дітей думки спеціалістів розходяться. Одні стверджують, що до 7-річного віку прояви синдрому можна подолати. Інші вважають, що нікому ще не вдалося змінити поведінку гіперактивної дитини, виправити її, зробити її слухняною та дисциплінованою і вказують на необхідність вчитися жити з такою дитиною у злагоді та співробітництві, приймаючи її такою як вона є [12, с. 57]. Слід визнати і той факт, що в Україні поки що відсутня єдина система ранньої комплексної діагностики СДГУ і страждає психологічний супровід природного розвитку дітей даної категорії.

Гіперкінетичний розлад – згідно міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду включає гіперактивність, порушення уваги, імпульсивність. Синонімами є терміни: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), мінімальна мозкова дизфункція (ММД), синдром рухової гіперактивності з порушеннями уваги (СРГПУ). [6] Спеціальні обстеження показують, що протягом останніх років близько 15-20% дітей, що вступають до школи, мають різні порушення нервово-психічного здоров'я. Порушення нервово-психічного здоров'я автори відносять до категорії так званих «прикордонних розладів», тобто що знаходяться на межі норми і хвороби. Їх настільки важко розпізнати в дошкільний період, проте при щонайменшому «поштовху», яким і є початок систематичного навчання в школі і весь комплекс шкільних навантажень, вони приймають виражений характер, і вчитель стикається з цим раніше всіх. Не дивлячись на те, що цією проблемою займаються багато фахівців (педагоги, дефектологи, логопеди, психологи, психіатри, соціальні педагоги), в даний час серед батьків і педагогів все ще існує думка, що гіперактивність – це всього лише поведінкова проблема, а іноді і просто «розбещеність» дитини або результат невмілого виховання [5, с. 241].

Діагностичні симптоми гіперактивності у дітей:

непосидючість, непотрібні рухи рук, ніг;

не може спокійно сидіти, коли цього вимагають обставини;

легко відволікається на сторонні предмети;

не може почекати черги під час гри з дітьми і в інших ситуаціях (на заняттях, під час екскурсій, свят);

на запитання часто відповідає не думаючи, не дослухавши їх до кінця; дитині важко бути уважною під час виконання завдань або гри;

часто переходить від однієї незавершеної справи до іншої, які теж не завжди доводить до кінця;

не може грати тихо, спокійно;

балакучість;

заважає іншим (втручається в справи, ігри інших, заважаючи їм);

складається враження, що дитина не чує того, що їй кажуть;

часто губить речі

іноді робить небезпечні вчинки, не задумуючись про наслідки (вибігає на вулицю, не озираючись по сторонах) [5].

Усі ці ознаки можна згрупувати:

надмірна гіперактивність;

погано керована імпульсивність;

неуважність, труднощі концентрації уваги.

Гіперактивні діти швидко збуджуються. Крик, істеричні нотки в голосі дорослого лише підбурюють їх активність.

Індивідуально-психологічні особливості гіперактивної дитини:

Дефіцит активної уваги, а тому дитина:

- непослідовна, їй важко довго втримувати увагу;
- не чує, коли до неї звертаються;
- з великим ентузіазмом береться за завдання, але так і не закінчує його;
- зазнає труднощів у самоорганізації;
- часто губить речі;
- уникає завдань, що потребують розумових зусиль;
- часто буває забудькуватою.

Рухова розгальмованість, тому дитина:

- постійно крутиться;
- виявляє ознаки занепокоєння (тарабанить пальцями, рухається в кріслі, бігає, забирається будь-куди);
- спить набагато менше, ніж інші діти, навіть у дитинстві;
- дуже балакуча.

Імпульсивність, а тому дитина:

- починає відповідати, недослухавши питання;
- не здатна дочекатися своєї черги, часто втручається, перериває;
- погано зосереджує увагу;
- не може чекати винагороди (якщо між дією і винагородою є пауза);

- під час виконання завдань поводить по-різному і показує дуже різні результати;
- не може контролювати і регулювати свої дії;
- поведінка слабо керована [5].

Також виділяють такі особливості дитячої гіперактивності:

Особливості моторно-рухового розвитку: незручність руху; порушення координації й гармонійності рухових комплексів: дитина здатна робити певні рухи, але не може скласти з них гармонічного цілого; загальна підвищена активність, утруднення в освоєнні рухів; синкінези – зв'язаність цілеспрямованих рухів з рухами кінцівок тіла, мови і т.д.; підвищена м'язова напруга, підвищений м'язовий тонус.

Особливості уваги, пам'яті й контролю: короткочасна концентрація уваги; слабка концентрація уваги; розосередження уваги; ригідність уваги (погана переключаємість); можлива погана пам'ять, персеверації (не може відірватися від певного предмета або способу розв'язку).

Особливості емоційної сфери: збудливість, апатія, невпевненість, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, зміна настрою, негативізм, почуття страху, агресивність [11].

Фактори ризику для формування гіперактивної поведінки. Причини й механізми розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю складні й залишаються недостатньо виявленими, незважаючи на велику кількість досліджень. Для пояснення можливих механізмів його розвитку запропоновані нейроморфологічні, генетичні, біохімічні, нейрофізіологічні, соціально-психологічні й інші концепції. У зв'язку з можливою участю в генезис різних факторів у цей час цей синдром нерідко розглядається з позицій розгорнутої біопсихосоціальної патологічної моделі.

Пренатальні й прінатальні патологічні фактори: виникненню синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю сприяють асфіксія немовлят, вживання матір'ю під час вагітності алкоголю, деяких лікарських препаратів, паління. Тим часом встановлено, що віддалені передумови патологічних впливів у

значній мірі опосередковують соціально-психологічними факторами. У дітей з родин з високим соціально-економічним статусом наслідку пре- і пренатальної патології в основному зникають до шкільного віку, тоді як у дітей з родин з низьким соціально-економічним статусом вони продовжують зберігатися [2].

Генетичні фактори: наявність факторів раннього органічного ушкодження центральної нервової системи вдається встановити не у всіх пацієнтів із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Результати вивчення різних родин також вказує на існування генетичного компонента у формуванні цього синдрому.

Вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища: антропогенне забруднення навколишньої людини природного середовища, багато в чому пов'язане з мікроелементами із групи важких металів, може мати негативні наслідки в першу чергу для здоров'я дітей. Вихлопні гази автотранспорту служать одним з основних джерел забруднення навколишнього середовища свинцем. Цілеспрямовані дослідження показали, що збільшення рівня свинцю в крові до 5-10 мкг/дл корелює в дітей виникнення проблем з боку нервово-психічного розвитку й поведінки, порушення уваги, рухового розгальмування, а також до зниження коефіцієнта інтелекту IQ.

Роль харчових факторів: існують теорії, згідно з якими факторами ризику для формування гіперактивності є впливи харчових токсинів або алергенів. Найбільш широку популярність одержала концепція, згідно з якою гіперактивність обумовлюється церебральним роздратуванням, викликаний штучними барвниками й природними харчовими саліцилатами.

Отже, системи мозку, що забезпечують функції уваги й моторного контролю, мають складну багаторівневу організацію. Розроблені різними дослідженнями підходи до вивчення етимології й патогенезу синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю здебільшого торкаються лише окремих аспектів цієї складної проблеми, зокрема нейрохімічні, регуляції arousal та інші [7].

Соціально-психологічний фактор: у якості самостійного фактора не

аналізувалася психолого-педагогічна занедбаність, оскільки, з одного боку, вона є закономірним наслідком ряду інших факторів, що розглядалися, а з іншого - її оцінка досить складна й звичайно носить суб'єктивний характер. Слід зазначити, що в значній частині обстежених родин обстановка була в цілому благополучна, родини дітей із синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю виявили високий ступінь зацікавленості в подоланні проблем, що були в дитини [3].

Також виділяють такі *шкідливі факти*: загальне погіршення екологічної ситуації; інфекції матері під час вагітності і дію ліків у цей період; харчові отруєння майбутньої матері (прийняття нею алкоголю, наркотиків, куріння, травми, удари в області живота); імунологічна несумісність (за резус фактором); загрози викидня; хронічні захворювання матері; передчасні, швидкоплинні або затяжні пологи, стимуляція пологової діяльності, отруєння наркозом, кесарів розтин; родові ускладнення, що ведуть до травм хребта плода, асфіксія, внутрішнім мозковим крововиливам; травми хребта при сучасних технологіях кесаревого розтину; будь-які захворювання немовлят з високою температурою і прийомом сильнодіючих ліків; астма, пневмонії, серцева недостатність, діабет, захворювання нирок можуть виступати, як чинники, що порушують нормальну роботу мозку (Ясюкова Л. А., 2003 р.).

Перші прояви гіперактивності можна спостерігати у віці до 7 років. Верхня межа даного синдрому співпадає із межами психомовного розвитку. У 1-2 роки, 3 року і 6-7 років. У 1-2 роки закладаються навички мови, в 3 роки у дитини збільшується словниковий запас, в 6-7 років формуються навички читання і письма. Прояви синдрому гіперактивності можуть турбувати батьків з перших днів життя дитини: діти часто мають підвищений м'язовий тонус, надмірно чутливі до всіх подразників (світлу, шуму), погано сплять, під час неспання рухомі і збуджені. У 3-4 роки виразною стає нездатність дитини зосереджено займатися чим-небудь, він не може спокійно слухати казку, не здатний грати в ігри, що вимагають концентрації уваги, його діяльність носить переважно хаотичний характер [2, с.125].

Висновки. Отже, попередній аналіз наукової та популярної літератури показав, що існує нагальна потреба в розробці діагностичної та корекційної програм, спрямованих на раннє виявлення та корекцію поведінкових, особистісних, соціальних та інших розладів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із гіперактивною поведінкою. Гіперактивна поведінка виступає великою загрозою для здорового розвитку особистості. Правильна тактика роботи з такими дітьми, допоможе виявити рані прояви гіперактивної поведінки та побудувати правильну стратегію для роботи з ними. Існує потреба в розробці рекомендації як для вчительського колективу та шкільного психолога, так і для батьків.

Перспективи подальших досліджень. Планується проведення просвітницької роботи з батьками гіперактивних дітей, розробка діагностичної програми та рекомендацій з метою раннього виявлення та корекції гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку.

Список використаної літератури

1. Брызгунов И. П., Касатикова. Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд во Института психотерапии, 2002. – 45 с.
2. Григорьева Е. В. Психологические факторы адаптации детей с ММД к школьному обучению // Сборник научных трудов. – № 2 – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – 400 с
3. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю., Григорьева Н. В. Ги перактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы в фармакотерапии. – 2000. – Т. 2, № 2.
4. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. та ін. Програмно цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом. // Медицинская газета “Здоровье Украины”. – № 5 / 1. – 2009
5. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. – Львів: Джерело, 2008. – 326 с.
6. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактив ностью. Диагностика, коррекция и практические рекоменда ции родителям и педагогам. – М. : ТЦ Сфера, 2008. – 128 с.
7. Психологія : підручник / [Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук та ін.] ; за ред. Ю. Л. Трофімова. – К. : “Либідь”, 1999. – 558 с.

8. Очеретяная Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков: проблема родителей или общества? Принципы диагностики, лечения и социальной адаптации детей с СДВГ // Медицинская газета “Здоровье Украины”. – № 23 / 1. – 2008.

9. Синдром гиперактивности с нарушением внимания – в чем его суть и причина? Мнение проф. Ю. Шевченко. – [http:// indig para.ru](http://indigpara.ru)

10. <http://centercep.ru>

11. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. – М., 1997.

12. Шевченко М. Ю. Игровая психотерапия при работе с детьми с СДВГ. – <http://www.agar msk.ru>

Гаврилькевич В., Папроцька М. Особенности проявления гиперактивного поведения у детей младшего школьного возраста

Существенные социальные изменения в современном обществе достаточно весомо отражаются на развитии ребенка. Значительное количество задержек и нарушений развития человека в детском возрасте делает необходимым изучение, систематизацию и обобщение мирового опыта психологической помощи. Нарушение функций внимания и гиперактивное поведение детей привлекают к себе особое внимание. Явление гиперактивного поведения и дефицита внимания в раннем детском возрасте, в дошкольном возрасте, и, также, в школьном возрасте становится более существенной проблемой психического развития ребенка, его социализации, усвоения школьной программы. По разным данным, количество детей с гиперактивным поведением, которое, как правило сопровождается проблемами с устойчивостью и концентрацией внимания, составляет в общей популяции от 1,5 до 20 процентов. В статье мы попытались раскрыть вопросы детского гиперактивного поведения, факторы его риска и разработать рекомендации по ранним проявлениям этой проблемы.

Ключевые слова: поведение, гиперактивное поведение, младший школьный возраст, гиперкинетическое расстройство.

Havrylkevych V., Paprotska M. The peculiarities of primary school children's hyperactive behaviour

Rapid social changes in modern society significantly influence development of the child. The profound number of developmental delays and disorders in childhood causes the need to study, systematize and generalize foreign experience in providing psychological assistance. Attention deficit and hyperactive behaviour of children are of great importance. The phenomenon of hyperactive behaviour and attention deficit in early childhood, at pre-school and school age is becoming a more and more imperative problem of children's mental development, their socialization, mastering of the school curriculum. According to various data, the number of children with

hyperactive behaviour being mainly accompanied by the problems with persistence and concentration of attention comprises 1.5–20 % of the general population. In the article, we have tried to cover the problem of children's hyperactive behaviour, its risk factors and to develop the recommendations for dealing with its early manifestations.

Children's hyperactivity is a psychological and physical development of the child with a lack of attention, high motor activity, impulsivity and excitability. A hyperactive child tries to perform many actions at once. Consequently, the result is negative, since the child does not complete any of those actions.

The early signs of hyperactivity appear at primary school age. The boys are more prone to this disease. All researchers highlight the need for early corrective work with hyperactive pre-school children and primary school students. Simultaneously, researchers' views on its efficiency and perspectives of such children greatly differ. Some argue that one can overcome the symptoms of the syndrome until the age of seven. Others believe that it is impossible to change hyperactive behaviour, correct it and discipline a hyperactive child. In addition, they urge to learn how to live with such children in harmony, cooperate with them and take them as they are. It should be noted that hyperactive behaviour negatively affects psychological support of the natural development of such children.

Special surveys prove that during the past years approximately 15–20% of first-formers have had various neuropsychiatric disorders. Researchers consider neuropsychiatric disorders to be so-called "borderline disorders", that are on the verge of illness and norm. It is extremely difficult to recognize them at pre-school age, however with the slightest "push", which means the beginning of systematic schooling and the whole range of school loads, they manifest themselves and the teacher becomes the first to face this problem. Despite the fact that many specialists (teachers, defectologists, speech therapists, psychologists, psychiatrists, social educators) deal with this problem, parents and educators still believe that hyperactivity is only a behavioural problem, and sometimes a mere "pamperedness" of the child or the result of ineffective education.

Keywords: *behaviour, hyperactive behaviour, primary school age, hyperkinetic disorder.*