



readiness to work with children with special educational needs within the inclusion]. *Problemy suchasnoi psykholohii – Problems of Modern Psychology*, 24, 328–338 [in Ukrainian].

6. Klopota Ye. A., Klopota O. A. (2017) Inkliuzyvna kompetentnist yak chynnyk efektyvnosti profesiinoi diialnosti fakhivtsiv pedahohichnoi ta sotsialno-psykholohichnoi sfer [Inclusive Competence as Factor of Efficiency of Professional Activity of Professionals of Pedagogical and Social-Psychological Sphere]. *Osvita osib z osoblyvymy potrebamy : shliakhy rozbudovy – Education of Persons with Special Needs: Ways of Development*, 13, 117–123 [in Ukrainian].

7. Kucheruk O.S., Yu.D. Boichuk (2012) Profesiini vymohy do vchytelia zahalnoosvitnoho navchalnoho zakladu v umovakh inkliuzyvnoho navchannia [Professional requirements for secondary school teachers in conditions of inclusive education]. *Postmetodyka – Postmetodika*, 2, 42–44 [in Ukrainian].

8. Savchuk Z., Moskaliuk L. (2017) Psykholohichna hotovnist uchytelia do roboty v inkliuzyvnomu prostori: teoretychnyi aspekt [Psychological readiness of teachers to work in inclusive space: theoretical aspect]. *Osoblyva dytyna: navchannia i vykhovannia – Exceptional Child : Education and Upbringing*, 2, 42–47 [in Ukrainian].

9. Solovei T.V., Chaikovskiy M.Ye. (2013) Zmistovni komponenty profesiinoi kompetentnosti sotsialnoho pratsivnyka inkliuzyvnoho zakladu osvity [Substantial components of professional competence of social workers inclusive education institution]. *Zbirnyk naukovykh prats Khmelnytskoho instytutu sotsialnykh tekhnolohii Universytetu “Ukraina” – Collections of science works, Khmelnytsky Institute of Social Technology University “Ukraine”*, 1, 220–224 [in Ukrainian].

10. Hafizulina I.N. (2008) Formirovanie inklyuzivnoy kompetentnosti budushchikh uchitelej v processe professional'noj podgotovki : avtoref. dis. ... kand. ped. nauk : 13.00.08. Astrakhan'. 23 s [in Russian].

11. Hutorskoj A.V. (2003) Klyuchevye kompetentnosti kak komponent lichnostnoorientovanoj paradigmy obrazovaniya [Key competencies as a component of a personality-oriented education paradigm]. *Narodnoe obrazovanie – National Education*, 2, 58–64 [in Russian].

12. Yaraia T.A. (2014) Osobystisna hotovnist maibutnikh psykholohiv do profesiinoi diialnosti v umovakh inkliuzyvnoi osvity : aftoref. dys. ... kand. psykhol. nauk : 19.00.07. Kyiv. 23 s [in Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції 20.01.2021.  
The article was received 20 January 2021.

УДК 159.922.76-056

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-1-18>

## АДАПТАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ МЕТОДИКИ «РЕЙТИНГОВА ШКАЛА СИЛЬНИХ ТА СЛАБКИХ СТОРІН РДУГ ТА НОРМАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ» ДО ВІТЧИЗНЯНОГО ВЖИТКУ

**Осітковська Олександра Олександрівна,**  
студентка факультету психології та спеціальної освіти  
*Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара*

ositkovskaja32@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-6837-352X>

**Байєр Оксана Олександрівна,**  
кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи  
*Університет імені Альфреда Нобеля*

bayer.oxana@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-0651-1472>

На основі літературних джерел та інформації, отриманої від фахівців, встановлено відсутність засобів діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Нині в Україні активно реформується система корекції поведінки дітей. Однією зі сторін модернізації є покращення та оновлення методичної бази, перш за все діагностичної, і саме рейтингові шкали активно використовуються на всіх етапах лікування РДУГ: від діагностики до корекції. Саме тому актуально збільшити кількість інструментів психолога під час діагностики.

**Мета** статті полягає в адаптації американської «Рейтингової шкали сильних та слабких сторін РДУГ та нормальної поведінки» (Дж.М. Свонсон) до вітчизняного вжитку.

**Методи.** Використано обрахування психометричних характеристик україномовної версії шкали «Рейтингової шкали сильних та слабких сторін РДУГ та нормальної поведінки», таких як відповідність емпіричного розкиду закону нормального розподілу (функція Гауса), внутрішня узгодженість та надійність паралельних форм (кореляційний аналіз за критерієм r-Пірсона).

**Результати.** Оброблено 76 анкет, вік дітей становить від 6 до 13 років (клас «Інтелект України», діти із наявною ЗПР, інклюзивний та звичайний класи). Анкети заповнювали вчителі, які мали змогу

спостерігати за поведінкою учнів протягом місяця. Обчислені внутрішня узгодженість ( $r = 0,77$  за  $p \leq 0,01$  для шкали «Неуважність»,  $r = 0,86$  за  $p \leq 0,01$  для шкали «Гіперактивність та імпульсивність») та надійність паралельних форм (прокорельовано показники за шкалами «Неуважність» та «Гіперактивність/Імпульсивність» за методикою SWAN ( $r = 0,53$  за  $p \leq 0,01$ ) із сумою показників за шкалами «Гіперактивність» та «Імпульсивність» за опитувальником «Шкала оцінки РДУГ» ( $r = 0,56$  за  $p \leq 0,01$ )).

**Висновки.** Отримані результати є задовільними, тому методика готова до українського вжитку. Подальший потенціал розвитку проблематики вбачаємо у тих цілях, яких не змогли досягнути через брак ресурсів та карантин, а саме у перевірці ретестової надійності, експертної та конструктивної валідності, збільшенні кількості вибірки.

**Ключові слова:** адаптація опитувальника, гіперактивні діти, інклюзивна освіта, імпульсивність, неуважність.

## ADAPTATION OF THE UKRAINIAN VERSION OF “STRENGTHS AND WEAKNESSES OF ADHD SYMPTOMS AND NORMAL BEHAVIOR RATING SCALE” (SWAN)

**Ositkovska Oleksandra Oleksandrivna,**

Student at the Department of Psychology and Special Education

*Oles Honchar Dnipro National University*

ositkovskaja32@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6837-352X>

**Baiier Oksana Oleksandrivna,**

Candidate of Psychological Sciences,

Assistant Professor at the Department of Innovative Technologies in Pedagogy,

Psychology and Social Work

*Alfred Nobel University*

bayer.oxana@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0651-1472>

According to the literature sources and information obtained from the specialists in the field, we found the lack of diagnostic measures for attention deficit hyperactive disorder (ADHD). At present, the hyperactive children behavior correction system is being actively reformed in Ukraine. One of the aspects of its modernization is the improvement and updating of the methodological base, primarily, the diagnostic methodology one. ADHD rating scales are actively used at all stages of ADHD treatment from diagnosis to correction of behavior. That is why it's important to increase the number of methodological tools of a psychologist during diagnostics.

**Purpose:** improvement and adapted of the “Strengths and Weaknesses of ADHD symptoms and Normal behavior” (J.M. Swanson) rating scale for the use in Ukraine.

**Methods:** calculation of psychometric characteristics of the Ukrainian version of the SWAN scales: correspondence of the empirical data to the normal distribution law (Gaussian function), internal consistency and reliability of parallel forms (by correlation analysis by r-Pearson criterion).

**Results.** We processed 76 questionnaires, the age category of children ranged from 6 to 13 years (class “The Intelligence of Ukraine”, children with existing CPR, inclusive and classic classes). Questionnaires were filled in by teachers who were able to observe students' behavior. The following psychometric indicators of the Scale were calculated: internal consistency ( $r = 0.77$  at  $p \leq 0.01$  for the scale “Inattention” and  $r = 0.86$  at  $p \leq 0.01$  for the scale “Hyperactivity” and “Impulsivity”) and the reliability of parallel forms (between the scales “Inattention” and “Hyperactivity/Impulsivity” according to the “SWAN” rating scale method ( $r = 0.53$  at  $p \leq 0.01$ ) and the sum of the points according to the scales “Hyperactivity” and “Impulsivity” in “Rating scale of ADHD” (Suxotina, N.K. & Egorova, T.I.) ( $r = 0.56$  at  $p \leq 0.01$ )).

**Conclusions.** The obtained results are satisfactory, so the “Strengths and Weaknesses of ADHD symptoms and Normal behavior” rating scale is ready for use in Ukraine. We see further potential for the development of the problem in those goals that could not be realized due to the lack of resources and quarantine, namely: increasing the number of sample, checking retest reliability as well as expert and constructive validity.

**Key words:** ADHD treatment, hyperactive children, inclusive education, impulsivity, inattention.

### Вступ

Розглянувши діагностичну базу спеціалістів, які працюють з дітьми з РДУГ, ми дійшли висновку, що фахівці відчують нестачу популярних у світі, ефективних останніх методик, адаптованих та стандартизованих

до вітчизняного застосування. Вони можуть використовувати перекладені, але не адаптовані діагностичні шкали, в чому вбачаємо проблему. Окрім цього, методика, спрямована на діагностику РДУГ, буде корисною для шкільних психологів під час психодіагностики дітей.



### 1. Теоретичне обґрунтування проблеми

Основними компонентами повної діагностики РДУГ є клінічне інтерв'ю, медичне обстеження та рейтингові шкали оцінок батьків і вчителів. Інші інструменти, такі як безпосереднє спостереження, методики діагностики когнітивних процесів, не обов'язкові, проте добре доповнюють картину розладу (Taylor, 2009: 24). Постановка діагнозу проводиться на основі симптомів, прописаних у діагностичних посібниках DSM-6 чи МКБ-11. Частіше за все розлад діагностується у віці 7–8 років, проте іноді симптоми можуть чітко проявлятися і в віці 2–4 років (Hoseini, 2014: 448). Якщо це доросла людина чи юнак, то симптоми повинні бути наявні до 12 років (Kooij, 2019: 26).

Виділяють три групи симптомів. (Hoseini B. L., 2014: 447).

#### 1) Симптоми неухважності:

- не вдається приділяти пильну увагу деталям або наявні необережні помилки в шкільній роботі;
- складно утримувати увагу під час виконання завдань чи гри;
- не вдається слухати, коли звертаються безпосередньо;
- не виконуються вказівки щодо завершення шкільної роботи чи завдання;
- є проблеми з організацією завдань та заходів;
- уникає завдань, які потребують стійких розумових зусиль (наприклад, шкільних робіт);
- часто губить іграшки, олівці, книги чи інструменти, які необхідні для виконання завдань чи заходів;
- легко відволікається.

#### 2) Симптоми гіперактивності:

- активно рухає руками або ногами, гойдання на стільці;
- біжить або піднімається з місця в невідповідних ситуаціях;
- наявна проблема з грою або спокійною роботою;
- нездатний до довгої сидячої роботи;
- неспокійно спить;
- говорить надмірно часто.

#### 3) Симптоми імпульсивності:

- відповідає до того, як питання будуть завершені;
- йому важко очікувати в черзі;
- перебиває або втручається в дії інших (втручається в розмови або ігри).

У людини можуть проявлятися симптоми як переважно з однієї групи, так і з декількох.

Найважче РДУГ діагностується у людей з неуважним типом, оскільки такі симптоми сприймаються як індивідуальні риси (Barkley, 1994).

Рейтингові шкали РДУГ є швидким інструментом оцінки поведінки, яких не вистачає. Існують три основні типи таких шкал (Taylor, 2009: 24–25).

1) Шкали, що оцінюють загальне поведінкове та психосоціальне функціонування. Прикладом є велика версія (80 запитань) «Шкали рейтингів Conners для молоді (CRS-R)» (Conners, 1997), яка має варіанти для батьків та вчителів.

2) Вузькоспеціалізовані шкали, характерні для симптоматики розладу. Прикладами є «Шкали рейтингів Conners для молоді» (коротка версія) (Conners, 1997), «Шкала дефіциту уваги Брауна» з версіями для дорослих та молодих людей, «Шкала оцінки РДУГ (ADHD-RS) IV», «Профіль уваги для дитини» (Barkley, 1990) та «Опитувальник домашніх ситуацій» (Barkley, 2006).

3) Додаткові рейтингові шкали, що використовуються для оцінки інших типів симптоматики психічного здоров'я, які співіснують або пов'язані з РДУГ, таких як тривожність, самооцінка, депресія та проблеми з поведінкою. Недоліком таких рейтингових шкал є ненадійність різних рейтингів, які відповідають за різні синдроми, порівняно з вузькоспеціалізованою оцінкою (Verhulst, 2006). Багато з них описують лише симптоми, а не їх відповідність розвитку чи рівень порушення.

### 2. Методологія та методи

*Вибірка.* SWAN розрахована на дітей від 6 до 13 років, заповнювати її повинен або близький дорослий, або вихователь чи вчитель дитини, тому в ролі вибірки було обрано вчителів 1–7 класів, які заповнили анкети за 76 школярів. Гендерний розподіл оцінюваних дітей у вибірці був таким: 53,9% хлопчиків проти 46,1% дівчат. В інклюзивному класі навчаються 6,6% дітей, дітей з наявним ЗПР було 11,8% та 6,6% з класу «Інтелект України». Інші 75% навчаються в класичних класах.

*Заходи.* На початку роботи ми звернулися до автора опитувальника Дж.М. Свонсона, щоб отримати дозвіл на переклад. До адаптації була залучена група з трьох фахівців-психологів з вільним володінням англійською та українською мовами. Переклад було узгоджено між експертами та зроблено версію зворотного перекладу, відправлену автору. Бланки наведено в додатках (додаток 1 та додаток 2).



**Оригінальна англomовна версія рейтингової шкали**

**The SWAN Rating Scale**

**James M. Swanson, Ph.D.**

**University of California, Irvine**

Name: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Completed by: \_\_\_\_\_

Date Completed: \_\_\_\_\_ Classsize: \_\_\_\_\_ Type of Classroom: \_\_\_\_\_

Children differ in their abilities to focus attention, control activity, and inhibit impulses. For each item listed below, how does this child compare to other children of the same age? Please select the best rating based on your observations over the **past month**. Compared to other children, how does this child do the following?

	Far Below	Below	Slightly Below	Average	Slightly Above	Above	Far Above
1. Give close attention to detail and avoid careless mistakes							
2. Sustain attention on tasks or play activities							
3. Listen when spoken to directly							
4. Follow through on instructions & finish school work/chores							
5. Organize tasks and activities							
6. Engage in tasks that require sustained mental effort							
7. Keep track of things necessary for activities							
8. Ignore extraneous stimuli							
9. Remember daily activities							
10. Sit still (control movement of hands/feet or control squirming)							
11. Stay seated (when required by class rules/ social conventions)							
12. Modulate motor activity (inhibit inappropriate running/climbing)							
13. Play quietly (keep noise level reasonable)							
14. Settle down and rest (control constant activity)							
15. Modulate verbal activity (control excess talking)							
16. Reflect on questions (control blurting out answers)							
17. Await turn (stand in line and take turns)							
18. Enter into conversations & games (control interrupting/intruding)							



## Перекладена версія рейтингової шкали

## Рейтингова шкала слабких та сильних сторін СДУГ та нормальної поведінки (SWAN)

Дж. М. Свонсон

Ім'я: \_\_\_\_\_ Стать: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_

Виконав: \_\_\_\_\_

Дата проведення: \_\_\_\_\_ Кількість учнів в класі: \_\_\_\_\_ Тип класу: \_\_\_\_\_

Діти різняться за своїми можливостями зосереджувати увагу, контролювати діяльність та гальмувати імпульси. Для кожного пункту з перерахованих нижче дайте оцінку, як ця дитина поводить порівняно з іншими дітьми того ж віку. Виберіть рівень, який найбільш наближений до реальності на основі ваших спостережень за **останній місяць**. Порівняно з іншими дітьми як цій дитині вдається виконувати такі дії?

	Надто складно	Складно	Не сильно складно	Нормально	Трохи легше	Легко	Надто легко
1. Приділяти пильну увагу деталям і уникати необережних помилок							
2. Утримувати увагу на завданні або ігрових діях							
3. Слухати, коли звертаються безпосередньо до дитини							
4. Дотримуватись інструкцій під час виконання шкільної роботи/завдання та доводити їх до кінця							
5. Організувати завдання та заходи							
6. Залучатись у виконання завдань, які потребують стійких розумових зусиль							
7. Слідкувати за необхідними для діяльності речами							
8. Ігнорувати сторонні подразники							
9. Пам'ятати те, що зробив за день							
10. Сидіти без зайвих рухів (керувати рухами рук/ніг або їх силою)							
11. Залишатися сидіти, коли цього вимагають правила класу/соціальні умови							
12. Керувати руховою активністю (гальмувати неналежний біг)							
13. Грати спокійно (тримати припустимий рівень шуму)							
14. Заспокоїтись та відпочити (контролювати постійну активність)							
15. Керувати мовною активністю (контролювати надмірну балакучість)							
16. Обдумувати питання (не викрикувати відповіді)							
17. Стояти в черзі/чекати чергу							
18. Вступати в розмову та в гру без втручання (не переривати/ не втручатись)							



Загалом було обчислено такі психометричні показники шкал, як внутрішня узгодженість та надійність паралельних форм (паралельною формою виступила «Шкала оцінки РДУГ» за критеріями МКБ-10), які були обраховані за допомогою коефіцієнта кореляції r-Пірсона.

Шкалу для адаптації ми вибрали з типу вузькоспеціалізованих шкал. Вона була оприлюднена у 2010 році (Swanson, 2012) та є популярною у США. Вона перекладена та адаптована в інших країнах, таких як Китай, Німеччина, Франція, Іспанія, Угорщина (Chan, 2014; Lakatos, 2010; Lakes, 2012; Robaey, 2007; Schulz-Zhecheva, 2019). Також вона відповідала таким вимогам:

- 1) нещодавно розроблена та актуальна;
- 2) така, що пройшла в оригіналі процедуру валідазації;
- 3) призначена для діагностування школярів;
- 4) окрім виявлення розладу, розкриває інші проблеми дітей цільової групи, що допоможе планувати дії з корекції;
- 5) популярна в інших країнах.

Рейтингова шкала сильних та слабких сторін РДУГ та нормальної поведінки містить 18 тверджень, які потрібно оцінити з огляду на поведінку дитини порівняно з іншими дітьми за допомогою шкали Лікерта від «надто складно» до «надто легко». Твердження, подані у рейтинговій шкалі, ґрунтуються на симптомах, перерахованих у DSM-IV. Вони поділяються на такі дві групи: симптоми гіперактивності/імпульсивності та симптоми неухважності, що допомагає віднести розлад дитини до певного типу РДУГ. Шкала Лікерта дає змогу виявити сильні та слабкі сторони поведінки дитини, на що варто звернути увагу під час корекції. У дослідженні, опублікованому у 2011 році (Swanson, 2012), було проведено випробування психометричних властивостей SWAN на дітях початкової школи та відзначено високу внутрішню валідність та помірну надійність повторного тестування. Важливо, що серед дітей із діагнозом РДУГ зазвичай існує високий ступінь згоди між SWAN та традиційними шкалами (Arnett, 2013; Greven, 2018).

Додатковою методикою для перевірки надійності паралельних форм було вибрано «Шкалу оцінки РДУГ» за критеріями МКБ-10 (Сухотина, 2008), яка складається з 18 тверджень та розрахована на діагностику РДУГ у дітей віком від 6 до 13 років. Шкала розроблена та протестована у 2008 році Н.К. Сухотиною та Т.І. Єгоровою (Сухотина, 2008). Існують дві версії цієї методики, а саме для вчителів та близьких дитини; вона вміщує 4 субшкали, такі як імпульсивність, гіперактивність, неухважність та загальний бал. Проте ця методика є суто російською та заснована на критеріях діагностики МКБ-10 порівняно зі SWAN, яка ґрунтується на RSM-IV. Окрім того, її достовірність менше за SWAN.

### 3. Результати та дискусії

З усіх дітей нашої вибірки у 21% (серед яких 87% хлопчиків) було діагностовано РДУГ за «Рейтинговою шкалою SWAN», у 10,5% розвинена неухважність (80% у хлопців), а у 7,9% – гіперактивність (порівну у дівчат і хлопців). Серед дітей із класичних класів РДУГ виявили тільки у 17%, серед дітей із класу «Інтелект України» – у 20%, серед школярів з інклюзивного класу, як і зі спеціального класу для дітей з наявним ЗПР, – у 50%.

Розглянемо процедуру перевірки надійності паралельних форм стосовно «Рейтингової шкали SWAN». Визначався коефіцієнт кореляції r-Пірсона між шкалами «Неухважність» та «Гіперактивність/Імпульсивність» за методикою SWAN та сумою показників шкал «Гіперактивність» та «Імпульсивність» за опитувальником «Шкала оцінки РДУГ». Отримані результати можна побачити у табл. 1.

Таблиця 1

**Показники надійності паралельних форм для української версії методики SWAN (за критерієм r-Пірсона)**

	Назви шкал опитувальників	
	«Неухважність»	«Гіперактивність та імпульсивність»
Значення коефіцієнта	0,53 за $p \leq 0,01$	0,56 за $p \leq 0,01$

Отримані значення коефіцієнта кореляції r-Пірсона дають змогу стверджувати наявність високої надійності кореляційних форм стосовно методики, яка адаптується. При цьому вона не дублює за змістом уже відому вітчизняним фахівцям методику «Шкала оцінки РДУГ» і надає дещо інші дані, зокрема показує сильні та слабкі сторони поведінки відносно здорової дитини та виділяє тип розладу дефіциту уваги та гіперактивності.

Наступним кроком було обчислено показники внутрішньої узгодженості методики. Питання, які належали до кожної шкали, було поділено на дві симетричні групи, обраховано сумарний бал за половинами шкал та визначено показники наявності кореляції між ними. Отримані показники представлені в табл. 2.

Як бачимо, значущі показники коефіцієнта кореляції r-Пірсона дають змогу констатувати наявність високої внутрішньої узгодженості обох шкал методики.

Таблиця 2

**Показники внутрішньої узгодженості української версії «Рейтингової шкали SWAN»**

	Назви шкал опитувальників	
	«Неухважність»	«Гіперактивність та імпульсивність»
Значення коефіцієнта	0,77 за $p \leq 0,01$	0,86 за $p \leq 0,01$



## ВИСНОВКИ

Проведене оцінювання надійності паралельних форм та внутрішньої узгодженості методики дає змогу вважати, що зроблений нами переклад відповідає вимогам, які висуваються до психодіагностичних засобів, та може використовуватися на практиці для виявлення типу розладу дефіциту уваги

та гіперактивності сильних та слабких сторін поведінки дітей без розладу.

Подальший потенціал розвитку проблематики вбачаємо у цілях, яких не змогли досягти через брак ресурсів та карантин, а саме збільшенні кількості вибірки, перевірки ретестової надійності, перевірки експертної та конструктивної валідності.

## ЛІТЕРАТУРА:

1. Сухотина Н.К., Егорова Т.И. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008. № 18 (4). С. 15–21.
2. Arnett A.B. The SWAN captures variance at both the negative and positive ends of the ADHD symptom dimension. *Author manuscript*. 2013. № 17 (2). P. 152–162.
3. Barkley R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York : Guilford press, 2006. 770 p.
4. Barkley R.A. Attention Deficit Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. *Behavioral disorders*. 1994. № 19 (2). P. 150–152.
5. Chan G.F. Clinical utility of the Chinese Strengths and Weaknesses of ADHD symptoms and Normal-Behaviors questionnaire (SWAN) when compared with DISC-IV. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014. № 10. P. 1533–1542.
6. Conners C.K. A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of abnormal child psychology*. 1997. Т. 25. № 6. P. 487–497.
7. Greven C.U. From positive psychology to psychopathology: the continuum of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*. 2018. № 59 (3). P. 203–212.
8. Hoseini B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Short Review and Literature. *International Journal of Pediatrics*. 2014. № 2 (12). P. 445–452.
9. Kooij J.J.S. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019. № 56. P. 14–34.
10. Lakatos K. Screening childhood behavior problems using short questionnaires: The Hungarian version of the SWAN-scale (Strength and Weakness of ADHD symptoms and Normal-behavior) for screening attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Hungarica: A magyar pszichiatriai tarsasag tudomanyos folyoirata*. 2010. № 25 (6). P. 493–502.
11. Lakes K.D. The reliability and validity of the English and Spanish Strengths and Weaknesses of ADHD and Normal behavior rating scales in a preschool sample: continuum measures of hyperactivity and inattention. *Journal of attention disorders*. 2012. № 16 (6). P. 510–516.
12. Robaey P. French version of the Strengths and Weaknesses of ADHD-symptoms and Normal behaviors (SWAN-F) questionnaire. *Journal of the Canadian academy of child and adolescent psychiatry*. 2007. № 16 (2). P. 80–89.
13. Schulz-Zhecheva Y. ADHD Traits in German school-aged children: validation of the German Strengths and Weaknesses of ADHS Symptoms and Normal behavior (SWAN-DE) Scale. *Journal of attention disorders*. 2019. № 23 (6). P. 553–562.
14. Swanson J.M. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: history of the SNAP and the SWAN rating scales. *The international journal of educational and psychological assessment*. 2012. № 10 (1). P. 51–70.
15. Taylor E. Attention deficit disorder. London: The British psychological Society, 2009. 662 p.
16. Verhulst F.C., van der Ende J. Assessment scales in child and adolescent psychiatry. CRC Press, 2006. 220 p.

## REFERENCES:

1. Arnett, A.B., Pennington, B.F., Friend, A., Willcutt, E.G., Byrne, B., Samuelsson, S. & Olson, R.K. (2013). The SWAN captures variance at the negative and positive ends of the ADHD symptom dimension. *Journal of attention disorders*, 17 (2), 152–162.
2. Barkley, R.A. (Ed.). (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Publications. 770 p.
3. Barkley, R.A. & Poillion, M.J. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. *Behavioral Disorders*, 19 (2), 150–152.
4. Chan, G.F.C., Lai, K.Y.C., Luk, E.S.L., Hung, S.F., & Leung, P.W.L. (2014). Clinical utility of the Chinese Strengths and Weaknesses of ADHD-symptoms and Normal-behaviors questionnaire (SWAN) when compared with DISC – IV. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1533–1542.
5. Conners, C.K., Wells, K.C., Parker, J.D., Sitarenios, G., Diamond, J.M. & Powell, J.W. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of abnormal child psychology*, 25 (6), 487–497.
6. Greven, C.U., Buitelaar, J.K., & Salum, G.A. (2018). From positive psychology to psychopathology: The continuum of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry*, 59 (3), 203–212.

7. Hoseini, B.L., Abbasi, M.A., Moghaddam, H.T. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: a short review and literature. *International Journal of Pediatrics*, 2 (12), 445–452.
8. Kooij, J.J.S., Bijnenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balazs, J., & Stes, S. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, 56 (1), 14–34.
9. Lakatos, K., Birkás, E., Tóth, I. & Gervai, J. (2010). Screening childhood behavior problems using short questionnaires II: The Hungarian version of the SWAN-scale (Strength and Weakness of ADHD-symptoms and Normal-behavior) for screening attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, 25 (6), 493–502.
10. Lakes, K.D., Swanson, J.M. & Riggs, M. (2012). The reliability and validity of the English and Spanish Strengths and Weaknesses of ADHD and Normal behavior rating scales in a preschool sample: Continuum measures of hyperactivity and inattention. *Journal of attention disorders*, 16 (6), 510–516.
11. Robaey, P., Amre, D., Schachar, R., & Simard, L. (2007). French version of the strengths and weaknesses of ADHD symptoms and normal behaviors (SWAN-F) questionnaire. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (2), 80 p.
12. Schulz-Zhecheva, Y., Voelkle, M., Beauducel, A., Buch, N., Fleischhaker, C., Bender, S. & Klein, C. (2019). ADHD traits in German school-aged children: Validation of the German Strengths and Weaknesses of ADHS symptoms and Normal behavior (SWAN-DE) Scale. *Journal of Attention Disorders*, 23 (6), 553–562.
13. Sukhotina, N.K., & Egorova, T.I. (2008). Ocenochnye shkaly sindroma deficita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Evaluation scales for ADHD]. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya – Social and clinical psychiatry*, 18 (4), 15–21 [in Russian].
14. Swanson, J.M., Schuck, S., Porter, M.M., Carlson, C., Hartman, C.A., Sergeant, J.A. & Wigal, T. (2012). Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: history of the SNAP and the SWAN rating scales. *The International journal of educational and psychological assessment*, 10 (1), 51 p.
15. Taylor, E. Attention deficit disorder. London: The British Psychological Society, 2009. 662 p.
16. Verhulst, F.C. & van der Ende, J. (2006). *Assessment scales in child and adolescent psychiatry*. CRC Press. 220 p.

Стаття надійшла до редакції 20.01.2021.  
The article was received 20 January 2021.

УДК 159.9.07:37.064-055.52-055.62  
DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-1-19>

## ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ СТОСУНКІВ У РОДИНАХ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ ІЗ КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

**Шевчук Вікторія Валентинівна,**  
кандидат психологічних наук, доцент,  
доцент кафедри психології

*Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка*

[viktoriashevchuknpnu@gmail.com](mailto:viktoriashevchuknpnu@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-7101-7617>

**Мета** статті полягає в аналізі результатів емпіричного дослідження особливостей дитячо-батьківських стосунків у сім'ях, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку.

**Методи.** Для досягнення мети були використані такі психодіагностичні методики, як тест батьківських настанов (PARI) Е. Шефера і тест-опитувальник батьківського ставлення В.В. Століна й А.Я. Варги. Для виявлення статистичної відмінності в батьківському ставленні в різних групах застосували параметричний критерій Стьюдента.

**Результати.** Було проведено порівняльне дослідження 136 батьків дітей із порушенням опорно-рухового апарату та розумовою відсталістю, 152 батьків дітей зі складними мовленнєвими вадами в поєднанні з порушеннями інтелектуального розвитку та 184 батьків, які мають дітей із нормативним розвитком. Загалом у вивченні дитячо-батьківських взаємин у сім'ях, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку, взяли участь 472 батьків. Відмінність у батьківському ставленні до розумово відсталих дітей із порушенням опорно-рухового апарату і до дітей із комплексом мовленнєвих та інтелектуальних порушень полягає в поєднанні в перших більш високого рівня емоційного відкидання і водночас інфантилізації дитини. Батьки дітей, що мають інтелектуальне недорозвинення, намагаються захистити своїх дітей від труднощів, складнощів навколишнього світу, саме це є одним із фруструючих чинників, що проявляється в підвищеній дратівливості батьків. Батьки дітей із вадами розвитку більш схильні заохочувати залежність дитини, уважати дитину несамостійною й інфантильною. Батьки дітей із руховими й інтелектуальними порушеннями більш схильні сприймати свою дитину непристосованою до життя та невдахою.