

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ВЛАДИСЛАВ КНЯЗЄВ

УДК 378.091.3:159.9-051:316.77

**ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ РОЗЛАДУ
ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ**

053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії
у галузі психології

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ В. Князєв

Науковий керівник: Всеволод Зеленін, кандидат психологічних наук, доцент,
професор кафедри психології факультету психології УДУ імені Михайла
Драгоманова

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Князєв В. Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Український державний університет імені Михайла Драгоманова, Київ, 2024.

Дисертацію присвячено теоретичному обґрунтуванню й експериментальному вивченню проблеми психологічного супроводу дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю.

Увага та концентрація є ключовими факторами успішного навчання і розвитку дітей, особливо в молодшому шкільному віці. Однак сучасні дослідження вказують на значне поширення розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) серед дітей молодшого шкільного віку. Цей розлад, який характеризується постійною неуважністю, імпульсивністю та гіперактивністю, суттєво впливає на навчальну успішність та соціальну адаптацію дітей.

Необхідність приділення більшої уваги проблемі РДУГ у дітей молодшого шкільного віку зумовлена низкою чинників. По-перше, раннє виявлення та корекція цього розладу можуть значно покращити навчальні результати та соціальні навички дитини. По-друге, своєчасна підтримка дітей з РДУГ допомагає уникнути розвитку вторинних психологічних проблем, таких як низька самооцінка, тривожність та депресія. По-третє, комплексний підхід до вирішення цієї проблеми, що передбачає участь педагогів, психологів та батьків, сприяє створенню сприятливого середовища для розвитку дитини.

Вивчення зв'язків особливостей розвитку із проблематикою РДУГ у дітей, що перебувають на початкових етапах шкільного навчання, є надзвичайно важливим для розуміння механізмів його виникнення та розробки інструментів діагностики, ефективних та індивідуалізованих стратегій корекції та підтримки дітей із цим розладом. Це також уможливорює підвищити обізнаність серед батьків та педагогів

щодо специфіки цього розладу, що допомагає знизити стигматизацію та покращити підтримку дітей з РДУГ.

У першому розділі на основі теоретичного аналізу літературних джерел та концептуальних психологічних шкіл описано специфіку понятійного апарату. Проаналізовано когнітивний, поведінковий, нейропсихологічний, психодинамічний та системний підходи до сутності та рівня розробленості проблеми РДУГ серед дітей, визначено основні показники, характеристики, структуру, критерії прояву та групи чинників, які впливають на розвиток цього розладу.

Сформовано уявлення про РДУГ як порушення розвитку, що характеризується наявністю низки специфічних симптоматичних проявів, а зокрема: імпульсивністю, підвищеною руховою активністю та порушеннями у розвитку уваги, а також високим ступенем коморбідності до інших розладів, що проявляють себе у дитячому віці. Надано опис різних підгруп дітей з РДУГ. Проаналізовано та структуровано інформацію щодо особливостей патологічних проявів у кожній з них. Обґрунтовано основні групи особливостей розвитку, що пов'язані з інтенсивністю проявів РДУГ. Їх було розділено на нейропсихологічні, соціально-психологічні та індивідуально-психологічні, надано опис специфіки їх проявів та зв'язків з проявами РДУГ для дітей молодшого шкільного віку.

Розроблено авторську концептуальну модель особливостей зв'язку особливостей розвитку із інтенсивністю проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку, надано опис її структури та основних положень, включно із нейропсихологічними, соціально-психологічними та індивідуально-психологічними особливостями дитини в контексті їх двобічних зв'язків із проблематикою РДУГ у процесі індивідуального розвитку. Аналіз наукових джерел свідчить про наявність складної системи взаємопов'язаних впливів емоційного стану дитини, самооцінки, специфіки її когнітивного розвитку із особливостями її нейрофізіологічного стану та специфікою побудови стосунків із батьками. Специфіка таких зв'язків призводить до формування унікальної картини розвитку для різних підгруп дітей з РДУГ та зумовлює необхідність

індивідуалізації програми психологічного супроводу для підвищення ступеня її ефективності. На базі авторської моделі, а також інформації із наукових та практичних джерел, здійснено аналіз особливостей зв'язків нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку в контексті розробки програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ.

У другому розділі наведено дані емпіричного вивчення нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку в дітей з РДУГ молодшого шкільного віку за допомогою використання діагностичних методів та конкретних психологічних методик. Проведене дослідження є основою для розробки та апробації програми формувального етапу дослідження. За його результатами було визначено ступінь інтенсивності проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку. Це, а також аналіз наукових джерел, дозволило розподілити усіх дітей з РДУГ на чотири підгрупи: діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності, діти з порушенням уваги, діти з комбінованою формою, діти з проблемами соціальної адаптації. Було сформовано основні етапи проведення експерименту для дослідження всіх особливостей розвитку дітей з РДУГ, їх кількісних та якісних особливостей.

У результаті дослідження було визначено ступінь інтенсивності проявів РДУГ у досліджуваних, що уможливило розподілити їх на чотири підгрупи: діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності, діти з порушенням уваги, діти з комбінованою формою, діти з проблемами соціальної адаптації. У дослідженні виявлено наявність та специфіку зв'язку нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку в дітей молодшого шкільного віку виокремлених підгруп. На констатувальному етапі в дослідженні взяли участь 122 пари батьків та дітей. Вік дітей становив від 6 до 9 років. В усіх випадках діти мали встановлений лікарем-психоневрологом або дитячим лікарем-психіатром діагноз РДУГ.

Отримано результати щодо специфіки зв'язків нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку з

проявами РДУГ у дітей із різних підгруп. Проведено зіставлення результатів дослідження за обґрунтованими психодіагностичними методиками, їх шкалами, рівнями та специфікою виконання.

У дослідженні використано методи кількісного та якісного аналізу емпіричних даних. Кількісні дані представлено балами, отриманими в результаті використання психодіагностичних методик, та відсотками їх розподілу в дітей у підгрупах. Для математичного обчислення отриманих результатів було застосовано пакет статистичних програм IBM SPSS Statistics версії 21.0. За допомогою кореляційного аналізу Пірсона було виявлено наявність та характер зв'язку між даними щодо окремих проявів РДУГ та особливостями дитячо-батьківських відносин, показників рівня самооцінки, особливостей показників, отриманих за допомогою методики «Таблиці Шульте», а також результатів тестового завдання на копіювання для дітей з РДУГ у різних підгрупах. Для виявлення ступеня значущості відмінностей особливостей ЕЕГ та специфіки виконання тестового завдання «Малюнок неіснуючої тварини» у різних вибірках було використано Н-критерій Краскела–Уолліса. На різних етапах дослідження використано метод якісного аналізу, що передбачав обробку та інтерпретацію отриманих даних. Результати якісного аналізу отриманих кількісних показників уможливили виявити та детально описати специфіку зв'язків виокремлених особливостей розвитку дітей з РДУГ у різних підгрупах.

У *третьому розділі* розроблено та апробовано програму психологічного супроводу дітей з РДУГ молодшого шкільного віку та їх сімей. Виокремлено та надано опис основних складових програми та основних етапів її реалізації із використанням методів психологічної корекції, консультування та профілактики в контексті їх ефективності та актуальності. Сформульовано основні вимоги до програми психологічного супроводу (індивідуалізація корекційного підходу, інтегративність та комплексність, регулярний моніторинг та корекція програми, прогнозованість, залучення сім'ї, практична орієнтованість). Програма передбачала індивідуалізовану та системну роботу, побудовану з урахуванням отриманих на етапі констатувального експерименту даних щодо специфіки зв'язків

особливостей розвитку дітей з РДУГ у різних підгрупах. Для кожної підгрупи було виявлено основні напрямки роботи, визначено стратегії та прийоми, указано цілі реалізації програми. Це уможливило розробити чотири індивідуалізовані програми психологічного супроводу для кожної з підгруп. Програми спрямовані на зниження інтенсивності проявів РДУГ у дітей у різних підгрупах, нормалізацію динаміки когнітивного та соціального розвитку, формування навичок самостабілізації. Програми передбачали обов'язкове залучення батьків, їх психоедукацію, стабілізацію психоемоційного стану та надання рекомендацій щодо особливостей організації взаємодії з дітьми.

Програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ складаються із системи взаємопов'язаних інструментів та заходів, містячи такі складові: вибір стратегій загальної організації індивідуальної роботи з дитиною, стратегій організації простору та часу; програму когнітивного тренування, до якої входять елементи сенсомоторної та когнітивної корекції; тренінг з розвитку соціально-емоційного інтелекту та поведінкове тренування; індивідуальне психологічне консультування батьків дитини; груповий тренінг навичок взаємодії з дитиною для батьків та їх психоедукацію; надання методичних рекомендацій для батьків, психологів та педагогів щодо організації процесів виховання, навчання та взаємодії з дітьми з РДУГ. Визначено умови реалізації всіх елементів програми для дітей та батьків з урахуванням можливих зовнішніх впливів. Для роботи з дітьми та їх соціальним оточенням було розроблено низку спеціалізованих методичних засобів: ігри, навчальні методики, інформаційні плакати тощо.

Ефективність використання розробленої програми оцінено на основі отримання даних щодо зниження домінантних проявів РДУГ у дітей різних підгруп. Для виявлення отриманих змін було використано опитувальник Вандербільта у версії для батьків. Для порівняння інтенсивності проявів РДУГ у дітей до початку реалізації програми психологічного супроводу та після її завершення було використано Т-критерій Вілкоксона, що уможливлює зіставити показники для однієї вибірки в різних умовах. Отримані результати виявилися статистично значущими, продемонструвавши зниження даних за показниками

дефіциту уваги, гіперактивності та імпульсивності, а також за показниками проблем соціальної взаємодії в дітей з РДУГ. Це ж дозволило зробити висновок, що запропонований підхід до розробки програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, яка побудована на розумінні системи зв'язків між різними групами особливостей розвитку, є ефективним інструментом корекції основних проявів цього розладу в дитячому віці.

У висновках подані основні результати дисертаційного дослідження, що відображають методологічні основи побудови програми психологічного супроводу дітей із РДУГ молодшого шкільного віку.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що на основі теоретичних і практичних досліджень, здійснених у дисертаційній роботі:

уперше

- обґрунтовано специфіку зв'язків різних груп чинників із проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку та надано їх детальних опис;
- на основі чинників РДУГ визначено основні групи особливостей розвитку, що пов'язані з РДУГ у дітей молодшого шкільного віку, та розподілено їх на три основні групи: нейропсихологічні, соціально-психологічні, індивідуально-психологічні;
- виявлено специфіку зв'язків нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку з якісними та кількісними показниками проявів РДУГ у дітей із різних підгруп;
- розроблено комплексну модель упровадження програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, що побудована на основі співвідношення специфіки зв'язків особливостей з проявами РДУГ;
- надано детальних опис усіх складових програми психологічного супроводу та методичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків дітей з РДУГ;
- розроблено комплекси корекційно-розвивальних вправ для дітей із різними формами РДУГ;

поглиблено й уточнено

- інформаційно-аналітичний базис специфіки проявів РДУГ у дитячому віці з урахуванням високого ступеня коморбідності цього розладу;
- уявлення про взаємозв'язок між різними групами особливостей розвитку та основними проявами РДУГ у дитячому віці та їх інтенсивністю;
- специфіку організації системи індивідуальної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з РДУГ та її основні складові.

набули подальшого розвитку

- система поглядів на сутність проблематики РДУГ у контексті процесу індивідуального розвитку;
- принципи та критерії диференціального аналізу проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку;
- психотехнології корекції проявів РДУГ у дитячому віці та супроводу сімей, що виховують дітей з цією проблематикою.

Практичне значення отриманих результатів. Емпірично вивчено зв'язок особливостей розвитку із специфікою якісних та кількісних проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку. Визначено критерії для диференціації проявів РДУГ, які можуть бути використані психологами при роботі з дітьми з РДУГ, при наданні допомоги дітям та їх соціальному оточенню в дитячих садочках та школах. Розроблено й апробовано програми психологічного супроводу для різних підгруп дітей із РДУГ. Сформовано методичні рекомендації щодо особливостей виховання, навчання та взаємодії з дітьми з РДУГ для психологів, педагогів та батьків.

Практично вагомими є такі результати:

- вимірювання особливостей розвитку, що пов'язані з проявами РДУГ, встановлення статистично значущих зв'язків і кореляцій між різними групами особливостей розвитку та проявами РДУГ, що було виконано за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона;
- виявлення кількісних та якісних показників особливостей розвитку, що не є притаманними для дітей з РДУГ у різних підгрупах, для чого було використано Н-критерій Краскела–Уолліса;

- статистичне порівняння виявлених показників РДУГ у дітей з різних підгруп, проведене до та після реалізації програми психологічного супроводу та реалізоване за допомогою Т-критерія Вілкоксона.

Результати дисертаційної роботи було апробовано й використано в таких організаціях та установах:

- у початковому процесі факультету психології Київського національного університету імені Т. Шевченка (довідка від 28.03 2024 року);
- у навчальному процесі факультету психології Українського державного університету імені М.П. Драгоманова (довідка від 10.05.2024).

Дані про впровадження підтверджено відповідними документами.

Публікації. Основні положення і висновки дисертаційного дослідження викладені в 10 наукових статтях, із них 7 – одноосібно, 7 праць опубліковано в наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до категорії «Б»; 1 статті опубліковано в міжнародних фахових виданнях, 1 – у виданні, що індексується науковою базою Web of Science; 1 статтю видано в колективній зарубіжній монографії; 8 тез опубліковано в збірниках науково-практичних конференцій різних рівнів.

Ключові слова: розлад дефіциту уваги та гіперактивності, синдром дефіциту уваги із гіперактивністю, гіперактивність, дефіцит уваги, діти з особливими потребами, нейропсихологія, діти, нейрофізіологія, порушення розвитку, емоції, самооцінка, психологічний супровід, інклюзивна освіта, психологічна корекція, діти з особливими освітніми потребами.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікація у наукометричному виданні Web of Science:

1. Knyazev, V., & Zelenin, V. (2023). Peculiaridades da correlação entre os parâmetros neurofisiológicos e a intensidade das manifestações da adhd em crianças do primário. *Conhecimento & Diversidade, Niterói*, 15(38), 239–257. <https://doi.org/10.18316/rcd.v15i38.11036>

Статті у вітчизняних наукових фахових виданнях та збірниках, включених до переліку, затвердженого МОН України та до міжнародних наукометричних баз даних:

2. Князєв В. (2024). Вплив соціально-психологічних на поведінкові порушення у дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Перспективи та інновації науки (Серія «Психологія»)* No 10(44), 941–954. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-941-954](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-941-954)
3. Князєв, В., & Зеленін, В. (2023). Вплив несприятливого дитячого досвіду батьків на формування стилю батьківського виховання дітей із РДУГ. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Психологічні науки*. Серія 12, 22(67), 36–48. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2023.22\(67\).05](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2023.22(67).05)
4. Князєв, В. М. (2023). Особливості самооцінки та розвитку у дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*, 34(73) №3, 34–39. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/06>
5. Князєв, В. М. (2023). Теоретична та операціональна модель дослідження впливу комплексу чинників за умови різних форм РДУГ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, (2), 21–26. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.2.4>
6. Князєв, В. М. (2022). Вплив міжстатевих відмінностей на особливості проявів СДУГ у дітей молодшого шкільного віку. *Knowledge, Education, Law, Management*, 2(46), 132–138. <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.2.20>
7. Князєв, В. М. (2021). Особливості впровадження індивідуальної комплексної корекційної програми при психологічному супроводі дітей із СДУГ

дошкільного та молодшого шкільного віку. *Науковий вісник Херсонського Державного університету*, Випуск 2, 69–77. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-8>

8. Князєв, В., & Мілютіна, К. (2021) Особливості толерантності до невизначеності у дітей із СДУГ. *Вістник КНУ ім. Шевченко*, Том 2 № 12, 61–65. [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).11](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).11)

Публікація у закордонному виданні:

9. Knyazev, V. (2020). The Peculiarities Of Mental Development In Preschool Children With Attentive Deficiency Syndrome With Hyperactivity. *Socialization & Human Development. International Scientific Journal*, 2(1), 14–24. <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-20-1.1-0002>

Публікація в колективній монографії

10. Князєв, В. М. (2022). Особливості застосування функціональних моделей при впровадженні психологічної корекції у роботі із поведінковими та коморбідними розладами у дитячому віці. *Особистість у сучасному соціо-психологічному вимірі: монографія* / за заг. ред. Г. А. Приба, Є. М. Калюжної. Херсон, Олди+, 554. С. 510–525. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.33829.78565>

Публікації у збірниках матеріалів вітчизняних та міжнародних наукових конференцій та семінарів:

1. Князєв, В. М. (2019). Соціально-психологічні чинники СДУГ. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія, практика», (с. 64–69). Київ. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718138/1/Сб.тез.%20Н2.pdf>
2. Князєв, В. М. (2019). Методи психолого-педагогічного супроводу у роботі із СДУГ. Тези доповідей VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих науковців «Організаційно-управлінські та психологічні аспекти сучасного ринку праці України» (с. 259–262). Київ. <https://scholar.google.com/citations?user=snygyaoAAAAJ&hl=uk>

3. Князев, В. М. (2020). Адаптація методів кількісної оцінки результатів виконання нейропсихологічних проб, як інструменту діагностики дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Тези доповідей VIII Міжнародної науково-практичної конференції *«Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства»* (с. 175–179). Київ.
4. Князев, В. М. (2020). Синдром дефіцита уваги з гіперактивністю в підлітковому віці: застосування суггестивних методів в контексті нейропсихологічної моделі супроводження. Тези доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю *«Актуальні питання гіпнології та гіпнотерапії»* (с. 17–22). Харків.
5. Князев, В. М. (2022). Особливості формування я-концепції та самооцінки у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції *«Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень»* (с. 69–72). Київ. Львів – Торунь: Liha-Pres. <http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha-pres/catalog/download/181/3362/7771-1?inline=1>
6. Князев, В. М. (2023). Нейропсихологічні чинники РДУГ у дитячому віці. Тези доповідей першої всеукраїнської конференції *«Мозок, культура, особистість»*. Київ. <https://neuropsych.knu.ua/>
7. Князев, В. М. (2024). Методи розвитку соціально-емоційного інтелекту в контексті реалізації програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ. Тези доповідей II Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції *«Наука III тисячоліття: пошуки, проблеми, перспективи розвитку»*. (с. 43-47). Київ.
8. Knyazev, V. (2024). Strategies to Overcome Emotional Regulation Challenges in Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Horizons of Innovation: Conference on Multidisciplinary Trends in Science 2024. (pp. 377–379). Futurity Research Publishing. <https://futurity-publishing.com/horizons-of-innovation-conference-on-multidisciplinary-trends-in-science-2024-2/>

SUMMARY

Kniaziev V. Psychological Support for Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) – A Qualification Scientific Work in Manuscript Form.

Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in the field of Knowledge 05 – Social and Behavioral Sciences, Specialty 053 – Psychology. – Ukrainian State University named after Mykhailo Drahomanov, Kyiv, 2024.

The dissertation is dedicated to the theoretical substantiation and experimental study of the problem of psychological support for children with ADHD.

Attention and concentration are key factors for successful learning and development, particularly in primary school children. However, modern research points to the widespread prevalence of ADHD in younger schoolchildren. This disorder, characterized by persistent inattention, impulsivity, and hyperactivity, significantly affects children's academic performance and social adaptation.

The need for increased attention to ADHD in young schoolchildren is driven by several factors. Firstly, early detection and correction of this disorder can significantly improve a child's academic achievements and social skills. Secondly, timely support for children with ADHD helps prevent the development of secondary psychological problems, such as low self-esteem, anxiety, and depression. Thirdly, a comprehensive approach, involving educators, psychologists, and parents, creates a favorable environment for the child's development.

Studying the relationship between various developmental traits and ADHD in children in the early stages of schooling is crucial for understanding the mechanisms behind its occurrence and developing diagnostic tools, effective individualized correction strategies, and support for children with this disorder. It also raises awareness among parents and educators about the specificities of ADHD, helping to reduce stigmatization and improve support for affected children.

In the first chapter, the theoretical analysis of literature and conceptual psychological schools is provided, describing the specificities of the conceptual framework. The cognitive, behavioral, neuropsychological, psychodynamic, and

systemic approaches to understanding ADHD are analyzed. Key indicators, characteristics, structure, manifestation criteria, and factors influencing the development of ADHD are identified.

A comprehensive understanding of ADHD as a developmental disorder characterized by impulsivity, hyperactivity, and attention deficits, along with its high comorbidity with other disorders, is developed. The dissertation also explores different subgroups of children with ADHD, analyzing and structuring information about the pathological manifestations within each group. It identifies the main groups of developmental characteristics associated with ADHD manifestations and divides them into neuropsychological, social-psychological, and individual-psychological categories. The study provides a description of their manifestations and relationships with ADHD symptoms in young schoolchildren.

In the second chapter, empirical data on neuropsychological, social-psychological, and individual-psychological traits in children with ADHD is presented, collected using diagnostic methods and specific psychological tools. The results of the empirical study form the basis for developing and testing an experimental program. As a result, children with ADHD were divided into four subgroups: children with hyperactivity and impulsivity, children with attention deficits, children with a combined form, and children with social adaptation problems.

The third chapter develops and tests a psychological support program for children with ADHD and their families. The main components and stages of the program are described, using psychological correction, consultation, and prevention methods, considering their effectiveness and relevance. Individualized and systemic work was developed based on data collected during the experimental stage. Four individualized psychological support programs were created for each subgroup of children, focusing on reducing ADHD symptoms and normalizing cognitive and social development dynamics. Involvement of parents and their psychoeducation was emphasized as an essential part of the program.

The conclusions present the main results of the dissertation research, reflecting the methodological foundations for building a psychological support program for younger school-age children with ADHD.

Scientific novelty of the obtained results. Based on the theoretical and practical research conducted in the dissertation:

for the first time

- the specificity of the influence of neuropsychological, socio-psychological, and individual-psychological developmental features on children with different qualitative and quantitative indicators of ADHD manifestations has been revealed;
- the main groups of developmental features associated with ADHD in younger school-age children have been identified and divided into three main groups: neuropsychological, socio-psychological, and individual-psychological;
- the specificity of the connections between different groups of factors and the manifestations of ADHD in younger school-age children has been substantiated and provided with detailed descriptions;
- a comprehensive model for implementing a psychological support program for younger school-age children with ADHD has been developed, based on the relationship between the specificity of different developmental features and ADHD manifestations;
- complex correctional and developmental exercises for children with different forms of ADHD have been developed;
- detailed descriptions of all components of the psychological support program and methodological recommendations for psychologists, educators, and parents of children with ADHD have been provided.

further developed and clarified

- the information-analytical basis of the specificity of ADHD manifestations in childhood, taking into account the high degree of comorbidity of this disorder;
- the understanding of the relationship between different groups of developmental features and the main manifestations of ADHD in childhood and their intensity;

- the specifics of organizing an individual work system with younger school-age children with ADHD and its main components.

further development has been achieved in

- the system of views on the essence of ADHD issues in the context of the individual development process;
- the principles and criteria of differential analysis of ADHD manifestations in younger school-age children;
- psychotechnologies for correcting ADHD manifestations in childhood and supporting families raising children with this issue.

Practical significance of the obtained results

The conducted research revealed a complex system of connections between different groups of developmental features and the ADHD problem in children, which opens up prospects for further study of the specifics of this disorder's manifestations and correction at different stages of child development. Promising directions for further research include the study of the influence of environmental factors and modern information technologies on ADHD manifestations in children, the development of new psychodiagnostic tools adapted to different subgroups of children with ADHD, and the development of new correctional programs taking into account the changing needs of children and their families.

The results of the dissertation work were tested and utilized in the following organizations and institutions:

- in the educational process of the Faculty of Psychology at Taras Shevchenko National University of Kyiv (certificate dated March 28, 2024);
- in the educational process of the Faculty of Psychology at the Dragomanov Ukrainian State University (certificate dated May 10, 2024).

The implementation data is confirmed by the relevant documents.

Publications. The main provisions and conclusions of the dissertation research are presented in 10 scientific articles, 7 of which are single-authored, and 5 works were published in scientific professional journals approved by the Ministry of Education and Science of Ukraine, included in category "B". Two articles were published in

international professional journals, one in a publication indexed by the Web of Science scientific database. Additionally, two articles were included in collective foreign monographs, and 8 theses were published in the proceedings of various levels of scientific and practical conferences.

Publications. The main findings of the dissertation research are presented in 10 scientific articles, 7 of which were authored individually, 7 papers were published in specialized academic journals recognized by the Ministry of Education and Science of Ukraine and classified in category 'B'; 1 article was published in an international professional journal, 1 in a journal indexed in the Web of Science database, and 1 article appeared in a collaborative foreign monograph. Additionally, 8 theses were published in collections of scientific-practical conference proceedings at various levels.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity, attention deficit, children with special needs, neuropsychology, children, neurophysiology, developmental disorders, emotions, self-esteem, psychological support, inclusive education, psychological correction, children with special educational needs.

LIST OF PUBLISHED WORKS ON THE DISSERTATION TOPIC

Article in the publication indexed by the scientific database Web of Science:

1. Knyazev, V., & Zelenin, V. (2023). Peculiaridades da correlação entre os parâmetros neurofisiológicos e a intensidade das manifestações da adhd em crianças do primário. *Conhecimento & Diversidade, Niterói*, 15(38), 239–257. <https://doi.org/10.18316/rcd.v15i38.11036>

Articles in scientific professional publications of Ukraine:

2. Kniaziev V. (2024). The influence of social and psychological factors on behavioral disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Perspektyvy ta innovatsii nauky (Seriiia «Psykhologhiia»)* No 10(44), 941–954. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-941-954](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-941-954)
3. Knyazev V., & Zelenin, V. (2023) The infusion of the father's unpleasant childish anger into the formation of the father's style of education for children from the ADHD. *Scientific chapel of the Mykhailo Dragomanov State University of Ukraine. Series 12. Psychological sciences*, 22(67). 36–48. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2023.22\(67\).05](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2023.22(67).05)
4. Knyazev, V. M. (2023). Peculiarities of self-esteem and development in children with respect deficit disorders and hyperactivity. *More notes from Tavrida National V.I. Vernadsky University*, 34 (73) №3 26–39. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/06>
5. Knyazev, V. M. (2023). Theoretical and operational model of research into a complex of officials behind the minds of various forms of ADHD. *Scientific newsletter of Uzhgorod National University*, (2), 21–26. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.2.4>
6. Knyazev, V. M. (2022). An influx of interdisciplinary findings on the specific manifestations of ADHD in children of young school age. *Knowledge, Education, Law, Management*, 2(46), 132–138. <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.2.20>

7. Knyazev, V. M. (2021). Features of the implementation of individual comprehensive correctional programs with psychological support for children with ADHD in preschool and young school age. *Scientific newsletter of the Kherson State University*, Issue 2, 69–77. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-8>
8. Knyazev, V., & Milutina, K. (2021). Peculiarities of tolerance to the point of insignificance in children with ADHD. *Bulletin of Taras Shevchenko Kyiv National University*, Volume 2 No. 12, (61–65). [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).11](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).11)

Articles in foreign professional periodicals and collections included in international scientometric databases:

9. Knyazev, V. (2020). The Peculiarities Of Mental Development In Preschool Children With Attentive Deficiency Syndrome With Hyperactivity. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 2(1), 14–24. <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-20-1.1-0002>

Publication in a collaborative monograph

10. Kniaziev V. (2022). Peculiarities of the application of functional models in the implementation of psychological correction in the work with behavioral and comorbid disorders in childhood. *Personality in the modern socio-psychological dimension: monograph* / by general. ed. G. A. Priba, E. M. Kalyuzhnoi. Kherson : Oldi+, 554. P. 510–525. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.33829.78565>

Papers certifying the approbation of the dissertation materials:

1. Knyazev, V. M. (2019). Social and psychological officials of ADHD. Materials of the IV International Scientific and Practical Conference «*Problems of Deviant Behavior: History, Theory, Practice*», (pp. 64–69). Kiev. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718138/1/C6.Te3.%20H2.pdf>
2. Knyazev, V. M. (2019). Methods of psychological and pedagogical support for robots with ADHD. Abstracts of the VIII All-Ukrainian scientific and practical conference of young scientists «*Organizational, managerial and psychological aspects of the*

current market of Ukraine», (pp. 259–262). Kiev.

<https://scholar.google.com/citations?user=snygyaoAAAAJ&hl=uk>

3. Knyazev, V. M. (2020). Adaptation of methods for quantitative assessment of the results of neuropsychological tests as a diagnostic tool for children of preschool and young school age. Abstracts of the VIII International Scientific and Practical Conference «*Socialization and resocialization of specialness in the minds of immediate matrimony*», (pp. 175–179). Kiev.
4. Knyazev, V. M. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescence: the use of suggestive methods in the context of the neuropsychological model of support. Abstracts of the scientific and practical conference with international participation «*Current nutrition of hypnology and hypnotherapy*», (pp. 17–22). Kharkiv.
5. Knyazev, V. M. (2022). Features of the formation of self-concept and self-esteem in children with respect deficit and hyperactivity syndrome. *Psychology of publicity: theory and practice of scientific research: materials of the International Scientific and Practical Conference*. (pp. 69–72). Lviv – Torun: Liha-Pres, Kiev. [http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha pres/catalog/download/181/3362/7771-1?inline=1](http://catalog.liha-pres.eu/index.php/liha_pres/catalog/download/181/3362/7771-1?inline=1)
6. Knyazev, V. M. (2023). Neuropsychological officials of the RDUG of the fishing region. Abstracts of the first all-Ukrainian conference «*Brain, culture, specialness*». Kiev. <https://neuropsych.knu.ua/>
7. Knyazev, V. M. (2024). Methods for the development of social-emotional intelligence in the context of the implementation of a program of psychological support for children of young school age with ADHD. Abstracts of the 2nd International Scientific and Practical Internet Conference «*Science of the 3rd Millennium: Rumors, Problems, Prospects for Development*». (pp. 43-47). Kiev.
8. Knyazev, V. (2024). Strategies to Overcome Emotional Regulation Challenges in Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Horizons of Innovation: Conference on Multidisciplinary Trends in Science 2024. (pp. 377–379). Futurity Research Publishing. <https://futurity-publishing.com/horizons-of-innovation-conference-on-multidisciplinary-trends-in-science-2024-2/>

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	23
ВСТУП.....	24
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ РДУГ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	35
1.1. Феноменологія розвитку поглядів на проблему розладу дефіциту уваги та гіперактивності як порушення психічного розвитку та поведінки.....	35
1.2. Прояви розладу дефіциту уваги та гіперактивності в дитячому віці.....	51
1.3. Чинники розладу дефіциту уваги та гіперактивності.....	59
1.4. Концептуальна модель дослідження зв'язку особливостей розвитку із інтенсивністю проявів розладу дефіциту уваги та гіперактивності.....	77
Висновки до першого розділу	83
Список використаних джерел у розділі 1	85
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ В ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ.....	114
2.1 Обґрунтування вибірки та методики дослідження особливостей впливу нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку як індикаторів якісних та кількісних проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку.....	114
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей молодшого шкільного віку з РДУГ	125
2.2.1. Дослідження нейропсихологічних особливостей розвитку в дітей з РДУГ.....	134
2.2.2. Дослідження соціально-психологічних особливостей розвитку дітей з РДУГ.....	148

2.2.3. Дослідження індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей з РДУГ.....	163
Висновки до другого розділу	192
Список використаних джерел у розділі 2	196
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ У СИСТЕМІ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ З ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ РДУГ.....	199
3.1 Наукові положення розробки та реалізації програми психологічного супроводу з урахуванням специфіки зв'язків особливостей розвитку з РДУГ.....	199
3.2. Експериментальна апробація програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ	229
3.2.1. Програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ.....	236
3.2.2. Консультування та групова робота з батьками як складові програми психологічного супроводу дітей з РДУГ	259
3.2.3 Перевірка ефективності програми психологічного супроводу дітей з РДУГ.....	268
3.3. Методичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ.....	280
Висновки до третього розділу.....	284
Список використаних джерел у розділі 3.....	287
ВИСНОВКИ.....	291
ДОДАТКИ.....	297

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЕЕГ – електроенцефалограма

ОВР – опозиційно-викличний розлад

ОДБЕВ – опитувальник дитячо-батьківських емоційних відносин

РАС – розлади аутистичного спектра

РДУГ – розлад дефіциту уваги та гіперактивності

ВСТУП

Актуальність теми. Протягом останніх десятиріч у всьому світі спостерігається швидке зростання кількості дітей, у яких було діагностовано ті чи ті вади розвитку. Така тенденція спостерігається і в сучасному українському суспільстві. Це підтверджується формуванням та розвитком мережі інклюзивно-ресурсних центрів згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 545. Одним з найбільш розповсюджених розладів, що проявляє себе в дитячому віці, є розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Основні прояви РДУГ, серед яких виокремлюють імпульсивність, гіперактивність та порушення уваги, значною мірою впливають на процес індивідуального розвитку дитини та призводять до виникнення низки проблем, що проявляють себе через якісні та кількісні зміни негативного характеру в його динаміці. При цьому страждає не тільки динаміка індивідуального розвитку дитини, але й якість життя її соціального оточення, яке, як правило, не володіє необхідними знаннями та навичками для подолання основних дефіцитів розвитку в дитини.

Події останніх років, зокрема епідемія COVID-19 та війна, призвели до посилення основних проявів у дітей з різними нозологіями, не винятком є і діти із РДУГ. Це робить необхідним розробку більш швидких та ефективних методів психологічного супроводу, які будуть враховувати різні аспекти розвитку дитини та ті групи чинників, що безпосередньо впливають на них. Варто зазначити, що майбутні фахівці-психологи зазвичай не мають якісно сформованих компетенцій, що дозволяли б їм ефективно проводити консультування батьків дітей з РДУГ та проводити індивідуальні курси корекційно-розвивальних занять. Це додатково підвищує необхідність розробки та апробації програми психологічного супроводу дітей з РДУГ.

Дослідження чинників, що впливають на розвиток, підтримку та посилення основних проявів РДУГ, репрезентовано в працях і західних, і вітчизняних учених. Зокрема вивченню впливу біологічних чинників присвячені праці таких сучасних західних дослідників, як S. Holmgaard, P. Kiilerich, N. Borbye-Lorenzen,

K. Skogstrand, R. Bouchech, E. Garraoui, N. Gammoudi, F. Allaya, A. Guedria, N. Gaddour, G. Sakly, F. Gür, M. Cengiz, B. Gür, T. Xie, Y. Mao, A. Oudin, K. Frondelius, N. Haglun, K. Källén, B. Forsberg, P. Gustafsson, E. Malmqvist, E. Stergiakouli, S. Faraone, J. Biederman, J. Wozniak, I. Jarick та ін. Соціально-психологічні чинники РДУГ досліджено в працях L.Tong, I. Kawachi, A. Arnett, A. Chronis-Tuscano, R. Laslo-Roth, S.George-Levi, E.Rosenstreich та ін. Також варто відзначити ґрунтовні праці R. Barkley, G. Du Paul, C. Gillberg, S. Goldstein, M. Goldstein, T. Lee T. Dekkers, E. Furukawa, R. Lavoie, S. Morsink, E. Ventouri, J. Wuta та ін.

Серед вітчизняних дослідників, що займаються вивченням РДУГ, можна виокремити Н. Васильєва, М. Заваденко, Б. Мастюкова, І. Марценковського, Т. Ілляшенко, О. Романчук, Є. Суковський, І. Сухіна, О. Ферт. Варто також виокремити дослідницьку роботу М. Федоренко, яка в своїй праці детально розглядає проблему гіперактивності в дитячому віці. Серед основних напрямків вивчення в контексті чинників РДУГ та роботи з ними можна виокремити вивчення особливостей біологічних чинників у контексті фармакотерапії, індивідуально-психологічних чинників та соціально-психологічних чинників, їх впливу на процес адаптації дитини до різних типів соціального середовища, навчального процесу тощо. Але все ще не є вирішеною проблема комплексного аналізу сукупності таких чинників та формування найбільш ефективної моделі втручання, причому саме комплексна модель супроводу розглядається як найбільш ефективний підхід до корекції РДУГ (Г. Моніна, К. Лютова, Л. Чутко). Варто також відзначити фахівців, чий дослідження роблять значний внесок у розвиток інклюзії в контексті психологічного супроводу дітей з РДУГ та іншими формами неврологічних розладів, що є особливо актуальним у контексті високого ступеня коморбідності РДУГ, а також упровадження та розвитку інклюзії в українському суспільстві, – це Г. Дьоміна, Л. Руденко, Г. Мозгова, Л. Прохоренко, О. Романенко, О. Хохліна та ін.

На цьому етапі досліджень загальновизнаними є біологічні причини РДУГ, до яких зараховують сукупність ендогенних та екзогенних чинників. Однак вплив чинників соціально-психологічного типу також відіграє значну роль в

індивідуальному розвитку дітей із цією проблематикою, впливаючи і на формування особистості дитини, і модулюючи специфіку нейрофізіологічних процесів, розвиток когнітивної сфери та формування навчальних, соціальних та інших груп поведінкових навичок. Також варто враховувати вплив емоційного стану дитини, її самооцінки, особливостей когнітивного розвитку як індивідуально-психологічних чинників, що впливають на прояви РДУГ. Варто відзначити, що в багатьох випадках ці групи чинників розглядають окремо, без урахування специфіки двобічних зв'язків, що призводять до формування комплексної системи патологізації стану дитини. Недостатньо уваги також приділено зв'язку окремих аспектів, якісних проявів кожної групи чинників у контексті цієї системи зв'язків.

Отже, соціальна значущість проблеми дослідження та її недостатня вивченість у психологічній науці зумовили вибір теми дослідження «Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконане згідно з планом наукової діяльності та науковим напрямком (науковою тематикою) кафедри психології факультету психології УДУ імені Михайла Драгоманова «Зміст, форми та методи професійної підготовки студентів до фахової діяльності у сфері політичної психології, медіапсихології та коучингу в умовах вищої освіти». Тему дисертації затверджено Вченою радою УДУ імені Михайла Драгоманова (НПУ імені М. П. Драгоманова) (протокол № 4 від 30 листопада 2023 р.).

Об'єкт дослідження – особливості особистості дитини з РДУГ.

Предмет дослідження – психологічний супровід дітей із проявами дефіциту уваги та гіперактивності.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити зв'язок нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку з проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку;

розробити та апробувати програму психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ.

Для досягнення поставленої мети та перевірки сформульованої гіпотези було поставлено такі **завдання дослідження:**

1) на основі теоретичного аналізу психологічної та психолого-педагогічної літератури виокремити групи особливостей розвитку, що пов'язані з проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку;

2) емпірично дослідити зв'язок особливостей розвитку з перебігом проявів РДУГ у дитячому віці;

3) провести порівняльний аналіз різних підгруп дітей з РДУГ з позицій диференціації специфіки їх зв'язків з різними особливостями розвитку;

4) розробити та апробувати програму психологічного супроводу дітей з проявами РДУГ залежно від особливостей розвитку.

Гіпотеза дослідження – різні підгрупи дітей з РДУГ будуть демонструвати зв'язок з відмінними особливостями розвитку, специфічними для кожної з них; робота з дітьми у кожній з підгруп потребує індивідуалізованого підходу.

Методологічні основи дослідження:

- фундаментальними основами дослідження стали положення про загальні закономірності психічного розвитку дитини в онтогенезі, сформульовані в працях П. Зінченко, Д. Дьюї, В. Кіпатрик, Е. Коллінгс, Ж. Піаже, Е. Еріксона, С. Грінспена, що полягають у етапності процесу онтогенезу та зв'язків різних груп чинників з особливостями перебігу та результатами кожного етапу індивідуального розвитку; положення концепція екологічних систем У. Бронфенбреннера, згідно з якою діти є і продуктами, і творцями довкілля, де процес зміни оточення та переосмислення індивідуального досвіду дитиною відбувається не тільки з урахуванням її фізичних, інтелектуальних та особистих рис, але й під впливом досвіду, який вона отримала під час виховання, а також специфіки її оточення;
- було враховано основні положення факторних моделей Г. Олпорта, Г. Айзенка та Р. Кэттела, особливості функціонального застосування моделі П. Макліна,

- концептуальних положень про загальні закономірності розвитку дитини в умовах психічного дизонтогенезу описані в працях таких фахівців, як Ю. Бистрова, Л. Прохоренко, В. Бондар, І. Єременко, В. Лубовський, Є. Клопота, В. Засенко, О. Вовченко, А. Душка, С. Кульбіда, І. Омельченко, І. Попович, В. Кобильченко, О. Романенко, С. Литовченко, С. Максименко, Т. Сак, В. Синьова, Є. Соботович, Г. Соколова, Л. Фомічова, О. Хохліна, М. Шеремет, А. Шевцова, Д. Шульженко, М. Ярмаченко, О. Чебаторьова;
- також було враховано основні принципи і підходи до розвитку психіки в діяльності (Г. Костюк, С. Максименко та ін.), системних підхід до вивчення особистості (Б. Ломов, В. Семіченко) та концепції впливу соціальної ситуації на розвиток особистості (Л. Орбан-Лембрик).

Методи дослідження:

- *теоретичні*: опис, аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація та метод сходження від абстрактного до конкретного, системний аналіз наукових джерел, визначення понятійно-категоріального апарату дисертації та узагальнення рівня дослідженості проблеми в першому розділі (розділ 1); систематизації та встановлення структурних взаємозв'язків між елементами, компонентами та показниками досліджуваної теми (розділ 2); моделювання авторської концептуальної моделі побудови програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ у першому розділі, структури програми та її основних складових (розділ 3);
- *емпіричні*: опитувальник Вандербільта (версія для батьків) – з метою дослідження основних проявів РДУГ, ступеня їх інтенсивності та проведення розподілу дітей на підгрупи, а також співвідношення особливостей показників РДУГ у дітей до та після реалізації програми психологічного супроводу; методики «Драбинка самооцінки» та «Неіснуюча тварина» – з метою дослідження емоційно-ціннісного та мотиваційного аспектів психіки дітей; методики «Таблиці Шульте» та «Копіювання складної фігури» – для дослідження особливостей когнітивного розвитку та індивідуальних диспозицій; опитувальник дитячо-батьківських емоційних відносин (ОДБЕВ)

- О. Захарової – з метою виявлення особливостей соціально-психологічного середовища, окрім того, опитувальник ОБДЕВ було використано для аналізу змін у дитячо-батьківській взаємодії до та після реалізації програми психологічного супроводу; метод електроенцефалографії (ЕЕГ) – для дослідження особливостей біоелектричної активності мозку дітей;
- *математичні*: вимірювання особливостей розвитку, що можуть бути пов'язані з проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку; коефіцієнт кореляції Пірсона було використано для кореляційного аналізу з метою встановлення взаємозв'язків між окремими особливостями розвитку та проявами РДУГ у дітей; для виявлення ступеня відмінностей параметрів у рівних вибірках Н-критерій Краскела–Уолліса; Т-критерій Вілкоксона було використано з метою аналізу та співвідношення показників РДУГ у дітей та особливостей дитячо-батьківської взаємодії до та після впровадження програми психологічного супроводу.

Науково-дослідна робота містила чотири етапи:

На першому етапі (2019–2020 роки) – *організаційно-прогностичному* – проведено вивчення стану проблеми та її відображення у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі та психолого-педагогічній практиці, окрім того, розроблено вихідні положення майбутнього дослідження.

На другому етапі (2020 рік) – *змістовно-процесуальному* – сформовано понятійний апарат дослідження, визначено його методологічні засади; було підібрано та апробовано комплекс методик, спрямований на визначення рівня проявів окремих аспектів РДУГ, специфіки нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей дітей.

На третьому етапі (2020–2022 роки) – *аналітично-конкретизувальному* – був проведений перший зріз констатувального дослідження із 74 парами батьків та дітей з РДУГ; упроваджено формувальний етап експерименту; отримано та опрацьовано результати.

На четвертому етапі (2022–2024 рік) – узагальнювальному – здійснено систематизацію та узагальнення результатів і матеріалів дослідження, їх теоретичне обґрунтування, упровадження та формулювання висновків.

Емпірична база дослідження. Дослідження проведено в період з 2019 по 2024 рік на базі ГО «Українська асоціація нейропсихології» (м. Київ) та Київського центру психології та розвитку «Київський дворик».

Респондентами в дослідженні стали 122 пари батьки-дитина ($n=122$). Вік дітей становив від 6 до 9 років. На момент обстеження всі діти почали або вже проходили навчання за програмою закладів загальної середньої освіти. З них перша підгрупа дітей навчалася вдома ($n=21$), друга підгрупа займалася вдома та на корекційних заняттях ($n=14$), третя підгрупа дітей займалася в інклюзивних класах ($n=22$), діти з четвертої підгрупи відвідували заняття в інклюзивних класах та на корекційних заняттях ($n=20$), остання підгрупа дітей відвідувала заняття у звичайних класах ($n=45$). В усіх випадках діти мали діагноз РДУГ, установлений лікарем-психоневрологом або дитячим лікарем-психіатром. Серед респондентів були і дівчатка ($n=27$), і хлопчики ($n=95$).

Наукова новизна та теоретичне значення дисертаційного дослідження полягає в тому, що:

уперше

- обґрунтовано специфіку зв'язків різних груп чинників із проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку та надано їх детальних опис;
- на основі чинників РДУГ визначено основні групи особливостей розвитку, що пов'язані з РДУГ у дітей молодшого шкільного віку, та розподілено їх на три основні групи: нейропсихологічні, соціально-психологічні, індивідуально-психологічні;
- виявлено специфіку зв'язків нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку з якісними та кількісними показниками проявів РДУГ у дітей з різних підгруп;

- розроблено комплексну модель упровадження програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, що побудована на основі співвідношення специфіки зв'язків особливостей розвитку з проявами РДУГ;
- надано детальних опис усіх складових програми психологічного супроводу та методичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків дітей з РДУГ;
- розроблено комплекси корекційно-розвивальних вправ для дітей із різними формами РДУГ;

поглиблено й уточнено

- інформаційно-аналітичний базис специфіки проявів РДУГ у дитячому віці з урахуванням високого ступеня коморбідності цього розладу;
- уявлення про взаємозв'язок між різними групами особливостей розвитку та основними проявами РДУГ у дитячому віці та їх інтенсивністю;
- специфіку організації системи індивідуальної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з РДУГ та її основні складові;

набули подальшого розвитку

- система поглядів на сутність проблематики РДУГ у контексті процесу індивідуального розвитку;
- принципи та критерії диференціального аналізу проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку;
- психотехнології корекції проявів РДУГ у дитячому віці та супроводу сімей, що виховують дітей з цією проблематикою.

Практичне значення отриманих результатів полягає у виокремленні критеріїв для проведення диференціації проявів РДУГ, що може використовуватися для практичного застосування психологами, при наданні допомоги дітям та їх соціальному оточенню на базі дитячих садочків та шкіл. Розроблена та апробована програма психологічного супроводу дітей з проявами РДУГ та методичні рекомендації будуть ефективними в практичній діяльності психологів, у роботі з дітьми та їх оточенням для оптимізації процесів подальшого розвитку та подолання порушень розвитку. Головні положення, отримані результати та висновки дослідження можуть бути застосовані в освітньому процесі

закладів вищої освіти під час викладання дисциплін «Основи психофізіології та психосоматики», «Вступ у спеціальність», «Система психологічної служби», «Вікова та педагогічна психологія», «Психокорекція», «Основи психотерапії», «Медична та реабілітаційна психологія», «Психологія розвитку та формування особистості», «Сучасні теорії та практики психокорекції» та в професійній діяльності психологів-практиків.

Надійність і вірогідність результатів дослідження було забезпечено шляхом послідовної реалізації теоретичних положень у вирішенні завдань емпіричного дослідження; застосуванням системи методів та прийомів, адекватних об'єкту, предмету, меті та завданням дослідження; проведенням дослідно-експериментальної роботи з дотриманням вимог надійності та валідності, репрезентативністю вибірки і використанням методів математичної статистики для обробки отриманих даних.

Апробація та впровадження результатів дослідження.

Основні теоретичні та практичні положення дисертаційного дослідження оприлюднені й отримали схвалення на науково-практичних конференціях: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Мозок, культура, особистість» (м. Київ, 2023), IV міжнародній науково-практичній конференції «Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія, практика» (м. Київ, 2019), VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих науковців «Організаційно-управлінські та психологічні аспекти сучасного ринку праці України» (м. Київ, 2019), VIII міжнародній науково-практичній конференції «Соціалізація особистості в умовах сучасного суспільства» м. (м. Київ, 2020), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання гіпнології та гіпнотерапії» (м. Харків, 2020), міжнародній науково-практичній конференції «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» (м. Київ, 2022).

Результати дослідження впроваджено у практику роботи психологів центру психології і розвитку «Київський дворик» (м. Київ), роботу психологів та педагогів, що є членами Української асоціації нейропсихології (УАНП) та Національної

психологічної асоціації (НПА), а також у діяльність практикуючих психологів Київського інституту раціонально-інтуїтивної психотерапії «Я» (Київ). Окрім того матеріали було використано в межах онлайн-курсів «Клінічна нейропсихологія та основи нейропсихологічної реабілітації», «Методи корекції та терапії розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дитячому віці», «Основи нейропсихології», «Нейропсихологічна діагностика та корекція у дитячому віці», що проводяться на регулярній основі на базі УАНП. Результати дисертаційного дослідження Князева Владислава Михайловича було впроваджено в практику роботи кафедри психосоматики та психології здоров'я факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова із студентами спеціальності 053 «Психологія» при підготовці проведення занять із навчальних дисциплін: «Основи нейрофізіології», «Психологія розвитку та формування особистості», «Психологічний супровід особистості в умовах інклюзивної освіти», «Психологія розвитку дітей з психофізичними вадами», «Психологічна допомога дітям з психосоматичними розладами», «Психологія дитячо-батьківських стосунків» та «Психотерапія дітей та підлітків». Також результати дослідження використовуються при провадженні програм навчальних дисциплін «Ігрова та біхевіоральна психотерапія», «Сучасні технології раннього розвитку та дитяча психотерапія» на базі Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Матеріали дисертаційного дослідження використані у розробці наступних навчальних курсів: «Діти із РДУГ і порушеннями поведінки: нейрокорекційні і психотерапевтичні технології», «Нейропсихологічна діагностика та корекція у дитячому віці». Останню програму було затверджено на засіданні кафедри психології розвитку Київського Національного університету імені Тараса Шевченка.

Публікації. Основні положення і висновки дисертаційного дослідження викладені в 10 наукових статтях, із них 7 – одноосібно, 7 праць опубліковано в наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до категорії «Б»; 1 статті опубліковано в міжнародних фахових виданнях, 1 – у виданні, що індексується науковою базою Web of Science; 1 статтю видано в колективній

зарубіжній монографії; 8 тез опубліковано в збірниках науково-практичних конференцій різних рівнів.

Структура та обсяг дисертації зумовлені логікою дослідження. Наукова робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел (313 найменувань, серед яких 251 іноземною мовою), додатків. Основний зміст дисертації викладений на 297 сторінках, містить 36 таблиць та 21 рисунок. Загальний обсяг дисертації – 330 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ РДУГ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

У першому розділі надано результати теоретичного аналізу проблематики РДУГ, її основних проявів у дитячому віці, зокрема історію вивчення та сучасні погляди на природу цього розладу; проведено детальний опис основних симптомів РДУГ, форм цього розладу, надано інформацію про розлади, що демонструють високий ступінь коморбідності; проаналізовано специфіку впливу різних груп чинників, що можуть призводити до виникнення, посилення та підтримання проявів РДУГ; за результатами аналізу чинників РДУГ виокремлено групи особливостей розвитку, пов'язані із проявами цього порушення в дитячому віці; сформовано та концептуалізовано теоретичну модель дослідження зв'язків особливостей розвитку зі специфікою проявів розладу дефіциту уваги та гіперактивності.

1.1. Феноменологія розвитку поглядів на проблему розладу дефіциту уваги та гіперактивності як порушення психічного розвитку та поведінки

Проблема вивчення особливостей проявів РДУГ у дитячому віці нині набуває все більшої актуальності. На сьогодні значна кількість наукових праць присвячена цій проблематиці, проте, незважаючи на ґрунтовність, змістовність та практичну цінність таких робіт, проблема РДУГ потребує подальшого вивчення. Перш за все потребують вивчення ті психологічні чинники, що є взаємопов'язаною та системоутворючою сукупністю детермінант та призводять до виникнення динамічних змін в основних проявах дітей із РДУГ.

У сучасній науці РДУГ розглядається як розлад психічного розвитку та поведінки (Horton-Salway, 2013; Mueller et al., 2012), що має неврологічну основу та проявляється в дитячому віці через низку симптомів: підвищений рівень рухової активності, імпульсивність, порушення уваги (American Psychiatric Association

2013). За чинними даними, на 2007 рік РДУГ було виявлено у 4–12 % дітей в усьому світі (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, Rohde, 2007). При цьому явною є тенденція до зростання кількості дітей з подібними вадами.

Останні оцінки вказують, що поширеність РДУГ серед дітей шкільного віку на світовому рівні коливається від 2 до 7%, у середньому близько 5% (Sayal et al., 2018).

Проблема РДУГ характеризується коморбідністю порушення та мультифактурністю його розвитку. Сьогодні її розробляють представники різних підходів у психології, медицині, педагогічній науці. Загальновизнаним є факт домінантного впливу ендогенних чинників при розвитку симптомів РДУГ у дітей (Stergiakouli E et al., 2015, Faraone S.V., Biederman J., Wozniak J. 2012, Jarick I., et al. 2012). Однак на тлі безперечно превалюючої ролі останніх на розвиток РДУГ також значний вплив мають інші групи чинників. Особливий інтерес при цьому представляють чинники індивідуально-психологічного та соціально-психологічного типу (Doom et al., 2015, Grizenko et al., 2010, 2015), які продовжують впливати на дитину в процесі її індивідуального розвитку.

З огляду на те, що РДУГ розглядають саме як неврологічний розлад (American Psychiatric Association 2013), значний акцент зроблено на вивченні впливу внутрішніх та зовнішніх біологічних чинників, тоді як чинникам індивідуально-особистісним та соціально-психологічним присвячено загалом менше уваги. Ураховуючи цей факт, важливо проаналізувати основні погляди на сутність феномену РДУГ у контексті зміни поглядів на особливості психологічного розвитку дітей в онтогенезі та впливу різних груп чинників на ступінь інтенсивності основних проявів.

Розвиток поглядів на причини виникнення розладу дефіциту уваги та гіперактивності демонструє наявність полярних інтерпретаційних моделей на цю проблему, що домінували на різних етапах її вивчення.

У 1775 році німецький лікар М. Вейкард надав опис розладу, що проявляв себе через порушення уваги, імпульсивність та гіперактивність (Lange et al., 2010; Taylor, 2011). Одним з перших джерел про проблематику РДУГ є робота

А. Кричтана, яку було видано в 1798 році (Palmer and Finger, 2001). Виокремлені автором поведінкові труднощі були охарактеризовані ним як «психічна невгамовність», але результати досліджень А. Кричтана не набули значної відомості.

У 1845 році американський лікар Х. Хофман дав опис дитини з підвищеною руховою збудливістю, якій він дав прізвисько «непосида Філ». Про цей випадок було написано в книзі для дитячого читання (Hoffmann, 1990).

Друга половина XIX століття пов'язана з використанням психолого-педагогічної моделі при поясненні причин походження РДУГ. Уважалося, що основним джерелом цього розладу в дитини є особливості її виховання. У 1902 році Дж. Стіл (Still, 1902) запропонував біологічну модель розвитку цієї симптоматики в дітей. Він навів 43 випадки, в яких у дітей спостерігалися імпульсивність, гіперактивність, дефіцит уваги, виражені труднощі з контролем поведінки. Дж. Стіл припустив, що причиною цих порушень розвитку є спадкова обтяженість або родові травми, що призводять до «церебральної недостатності». З іншого боку, автор одним із перших указав, що подібна симптоматика набагато частіше виявлялася у хлопчиків, часто призводячи до формування в них антисоціальної та кримінальної поведінки.

Ф. Крамер і Х. Поллноу в 1932 р. описали синдром, подібний до РДУГ, і запропонували термін «гіперкінетичний розлад», який пізніше був прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Ф. Крамер і Х. Поллноу вказали на основні та найбільш притаманні симптоми та пов'язали розлад з органічними церебральними змінами (Neumarker, 2005).

Перераховані вище роботи призвели в 1960-х роках до формування кількох медичних моделей походження РДУГ. У межах медико-біологічної моделі ця проблема отримала кілька різних назв: «мінімальна церебральна дисфункція», «мінімальна мозкова дисфункція», «легка дитяча енцефалопатія», «синдром гіперактивності», «гіперкінетичний синдром», «синдром дефіциту уваги та гіперактивності» тощо.

У 1968 році в класифікації Американської психіатричної асоціації DSM-II з'явився термін «гіперкінетична реакція дитячого віку». У зв'язку зі значною неоднорідністю цієї групи пізніше її було поділено на дві діагностичні категорії: діти з порушенням активності та уваги, діти зі специфічними розладами навчання. До останнього належать дисграфія, дислексія, дискалькулія, а також змішаний розлад шкільних навичок.

З 80-х років XX сторіччя стан надмірної гіперактивності стали виокремлювати як самостійний розлад і занесли до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ). Було виокремлено «синдром дефіциту уваги» (attention deficit disorder – ADD), а також його різновиди – «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» (дефіцит уваги з гіперактивністю – ADD+H).

У 1987 році вийшов перегляд цієї класифікації і в ній з'явився термін «синдром дефіциту уваги та гіперактивності» (DosReis et al., 2010; Mueller et al., 2012; Horton-Salway, 2013).

В останній редакції Міжнародної класифікації МКХ-11, яку було представлено у 2019 році, розлад дефіциту уваги та гіперактивності розглядають як нейроонтогенетичний розлад, зумовлений впливом спектра нейробіологічних чинників.

У розробленій автором таблиці (Таблиця 1.1.) вказано основні етапи розвитку інтерпретаційних моделей РДУГ, а також надано їх стислий опис.

Таблиця 1.1.

Хронологія розвитку поглядів на сутність феномену РДУГ

Роки	Подія
Кінець XVIII сторіччя	Перші згадки про РДУГ (Вейкард – 1775 рік; Кричтан – 1798 рік)
1845 р.	Хофман дає опис хлопчика з проявами імпульсивності, гіперактивності та дефіциту уваги, якому він дав прізвисько «непосида Філ»
Друга половина XIX сторіччя	Домінування психолого-педагогічної моделі при поясненні причин походження РДУГ

1902 р.	Дж.Стіл запропонував біологічну модель розвитку РДУГ
1932 р.	Крамер і Поллноу впроваджують термін «гіперкінетичний розлад», який пізніше був прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я
60 роки XX сторіччя	Використання широкого спектра термінів для опису проблематики РДУГ: «мінімальна церебральна дисфункція», «мінімальна мозкова дисфункція», «легка дитяча енцефалопатія», «синдром гіперактивності», «гіперкінетичний синдром», «синдром дефіциту уваги та гіперактивності»
1968 р.	У класифікації Американської психіатричної асоціації DSM-II з'явився термін «гіперкінетична реакція дитячого віку». Дітей з цією проблематикою поділено на дві підгрупи: діти з порушенням активності та уваги і діти зі специфічними розладами навчання
З 80-х років XX сторіччя	Стан надмірної гіперактивності стали виокремлювати як самостійний розлад і занесли в Міжнародну класифікацію. Виокремлено основні підгрупи дітей з РДУГ
1987 р.	Офіційне використання терміну «синдром дефіциту уваги та гіперактивності»
2019 р.	У МКХ-11 розглядається як нейроонтогенетичний розлад

Вище було надано аналіз особливостей розвитку поглядів на причини виникнення та особливості проявів РДУГ з XVIII і до сьогодення. Проведений аналіз уможливорює простежити, як змінювалися погляди дослідників на особливості походження, визначення симптомів, методи терапевтичного та корекційного впливу. Однак для кращого розуміння сучасного становища системи поглядів на проблему РДУГ варто також проаналізувати найбільш новітні та популярні підходи до інтерпретації сутності цього порушення, що використовують сучасні фахівці в галузях психології, психотерапії та психокорекції. Такий теоретичний аналіз є важливим і з точки зору подальшої розробки дослідницької моделі, а зокрема виокремлення тих особливостей розвитку, що можуть бути пов'язані з РДУГ у контексті специфіки проявів основних симптомів цього порушення, а також з точки зору розробки програми психологічного супроводу.

Значний внесок у розробку проблеми РДУГ у дитячому віці зробив Р. Барклі (Barkley, 1997). Згідно з його теорією гальмування, основною причиною виникнення проблем у дітей із РДУГ є порушення процесів поведінкового гальмування, що пов'язано з недостатньою сформованістю виконавчих функцій, які тісно пов'язані з функціональною зрілістю лобних ділянок мозку, та відповідальні за загальні процеси довільної організації діяльності.

Теорія Р. Барклі була сформована з урахуванням таких положень:

1. У ході індивідуального розвитку здатність гальмування поведінки формується раніше за всі інші виконавчі функції, але, ймовірно, у тісному зв'язку з невербальною робочою пам'яттю.
2. Виконавчі функції виникають в різні вікові періоди, можуть мати різні траєкторії розвитку, але взаємодіють між собою.
3. Порушення в розвитку виконавчих функцій при РДУГ мають вторинний характер щодо первинного дефіциту порушеної здатності до самогальмування.
4. Дефіцит здатності до гальмування поведінки зумовлений передусім впливом біологічних чинників. Соціальні чинники однак також впливають на розвиток навичок поведінкового гальмування.

Згідно з теорією Р. Барклі гальмування поєднує три взаємопов'язані процеси:

1. гальмування початкової переважної реакції на подію;
2. зупинення поточної відповіді, що дозволяє затримати рішення відповісти на подразник;
3. контроль та блокування побічних подразників.

Дисфункція гальмування призводить до порушень у розвитку таких аспектів виконавчих функцій: невербальна робоча пам'ять, саморегуляція афекту, мотивація, здатність до активації, внутрішня (інтеріалізована) мова та робоча пам'ять, руховий контроль (Berger and Posner, 2000). Взаємодія між цими керуючими функціями створює основу для підвищення ступеня адаптивності поведінки, процесів оволодіння соціальними навичками.

Варто зазначити, що когнітивно-регуляторна теорія Р.Барклі є достатньо популярною серед психологів та психотерапевтів, які займаються психологічним

супроводом дітей та підлітків з РДУГ. Описані ним механізми досить добре прояснюють ті проблеми довільної організації діяльності, що спостерігаються при цьому розладі та часто сприймаються як його основа. Однак ця теоретична модель не пояснює неоднорідності проявів РДУГ на коротких проміжках часу, наприклад, у процесі навчання, соціальної взаємодії тощо. Отже, теорія Р. Барклі є цінною, однак недостатньо детальною та інтегративною.

Незважаючи на популярність теорії Р. Барклі, результати низки досліджень не підтверджують, що в основі РДУГ лежить саме порушення процесів гальмування, а відповідно, і виконавчих функцій. Окремі дослідження не продемонстрували значних відмінностей у показниках у невербальній та вербальній робочій пам'яті, здатності до саморегуляції між дітьми з РДУГ та контрольною групою (Stevens et al., 2002; Brocki DosReis; Sowerby et al., 2011; Schoemaker et al., 2012; Pineau et al., 2019). Також є дослідження, які не змогли виявити значних групових відмінностей у процесах гальмування (Brocki et al., 2008; Bioulac et al., 2014), порушення яких, згідно із теорією Р. Барклі, лежить в основі РДУГ.

Деякі дослідники вказують, що причиною виникнення проблем із саморегуляцією може бути низький рівень мотивації в людей з РДУГ. Р. Шоу та ін. (Shaw, Grayson, Lewis, 2005) стверджували, що незначні відмінності в навичках гальмування між особами з РДУГ і контрольною групою, виміряні за допомогою комп'ютеризованих завдань, можуть бути наслідком більшої мотивації, зусиль і збудження, викликаних комп'ютерними іграми, ніж зусилля, спричинені традиційними лабораторними завданнями. Так, первинний дефіцит при РДУГ може базуватися не на гальмуванні відповіді, а на труднощах у досягненні оптимального рівня активації.

Ще однією теорією, що описує можливі механізми розвитку РДУГ, є когнітивно-енергетична модель (Sergeant, 2000). Ця теоретична модель основною причиною виникнення симптомів РДУГ вказує дефіцит енергетичного забезпечення. Слабкість процесів гальмування, яка призводить до виникнення

симптомів неухважності та рухової розгальмованості, розглядається не як первинне порушення, а як результат порушеного розподілу енергетичних ресурсів.

Когнітивно-енергетична теорія стверджує, що загальна ефективність обробки інформації визначається взаємодією трьох механізмів на різних рівнях організації психіки (Sergeant, 2000). Нижній рівень містить чотири загальні стадії обчислювальних механізмів уваги: кодування, пошук, рішення і моторну організацію. Середній рівень містить енергетичні басейни. Значна увага при поясненні механізмів розвитку РДУГ приділена саме енергетичним ресурсам другого рівня. У межах когнітивно-енергетичної теорії виокремлюють такі типи ресурсів:

1. Зусилля (effort) – належить до енергії, що відповідає вимогам завдання. Цей ресурс здатен впливати на ресурси інших типів, активуючи чи гальмуючи їх.
2. Збудження (arousal) – визначається як фазова реакція, яка зафіксована в часі та необхідна для обробки стимулу. Збудження зазвичай залежить від інтенсивності та новизни сигналу.
3. Активація (activation) – визначається як тонічна фізіологічна готовність до реакції.

Ресурси зусилля та активації тісно пов'язані і мають значний вплив на характер рухових та поведінкових реакцій. Саме недостатню сформованість енергетичних процесів пов'язують представники когнітивно-енергетичної теорії з виникненням проявів РДУГ у дитячому віці (Fenollar-Cortés and Fuentes, 2016). Верхній рівень належить до системи виконавчого контролю.

Відомо, що при РДУГ переважають порушення функціонування центральних керуючих механізмів, які пов'язані з енергетичним ресурсом, що забезпечує зусилля (Sergeant et al., 2003).

На відміну від теорії Р. Барклі, когнітивно-енергетична теорія демонструє більшу гнучкість та вказує на можливість виникнення асоційованих із РДУГ симптомів при порушеннях у розвитку різних рівнів. Наприклад, рухові труднощі, що можуть спостерігатися у дітей із РДУГ (Fenollar-Cortés and Fuentes, 2016; Fenollar-Cortés et al., 2017), можуть відображати дисфункцію на нижчому рівні.

Вище вже було вказано, що діти з РДУГ зазвичай демонструють труднощі із довільною організацією поведінки (верхній рівень).

Було виявлено, що рівень енергетичного забезпечення психіки значною мірою пов'язаний з інтенсивністю подій, а саме швидкістю, з якою надаються стимули. Повільна інтенсивність подій призведе до уповільнення реакцій, зменшення динаміки психічних процесів, тоді як висока інтенсивність подій призведе до надмірного збудження, що буде проявлятися через імпульсивність та рухову розгальмованість (Sergeant, 2005).

Описані в межах когнітивно-енергетичної моделі механізми РДУГ пояснюють нестабільність симптомів гіперактивності та імпульсивності в часі, при підвищенні рівня навантажень та добре описують причини підвищеної виснажуваності при виконанні когнітивних завдань, які є притаманними для більшості дітей з РДУГ. Однак ця модель акцентує увагу на процесах збудження, ігноруючи дітей з РДУГ, у яких на тлі перевантажень рівень загальної активності та збудження, навпаки, знижується. Тобто висока інтенсивність зовнішніх впливів у таких дітей буде призводити до зниження активності, а не навпаки. Загалом теорія Дж. Сьорджента детально описує механізми РДУГ, які було проігноровано в межах теорії Р. Барклі, однак все ще не є достатньою для опису усього різноманіття можливих проявів та станів дітей з РДУГ.

Значну увагу рівню сформованості та порушенням у розвитку виконавчих функцій при РДУГ приділяє у своїх публікаціях американський клініцист Т. Браун (Brown, 2017). У межах своєї теорії автор виокремлює шість рівнозначних кластерів виконавчих функцій:

- організація, визначення пріоритетів та активізація завдань;
- фокусування, підтримка та перемикання уваги до завдання;
- регулювання готовності, підтримання зусилля та швидкості обробки;
- управління фрустрацією (подолання невдач) та модулювання емоцій;
- використання робочої пам'яті та відтворення (пригадування) інформації;
- моніторинг та саморегуляція під час виконання дії.

Усі шість кластерів демонструють тенденцію до сумісної активації, постійно здійснюються разом, що зазвичай відбувається досить швидко і несвідомо, і дозволяє виконувати повсякденні справи, засвоювати академічний матеріал тощо. У базовій формі основні компоненти виконавчих функцій проявляються вже на початкових етапах онтогенезу і поступово ускладнюються в процесі індивідуального розвитку, що пов'язано із процесами функціонального та морфологічного розвитку мозку.

Згідно з дослідженнями Т. Брауна, при РДУГ спостерігається порушення в розвитку одного чи декількох кластерів, що призводить до недостатньої сформованості виконавчих функцій. Останні призводять до виникнення зовнішніх проявів, що є притаманними для РДУГ. Модель Т. Брауна гарно розширює, деталізує та доповнює когнітивно-регуляторну теорію та має значну цінність у контексті її практичного застосування.

Сучасні психодинамічні підходи в психології також приділяють увагу проблематиці РДУГ. Зокрема, у психоаналітичній концептуалізації діагнозу запропоновані дві основні інтерпретаційні моделі:

1. З точки зору его-психології, симптоми РДУГ у дітей свідчать про труднощі у їхніх его-функціональних здібностях синтезувати, організовувати та інтегрувати свій досвід (Gilmore, 2002). Виконавчі функції сприймаються его-психологами подібними до функціонування такого психічного конструкту, як Его. Патологічні прояви дитини з порушенням уваги та здатності до довільної регуляції поведінки пов'язуються з дефіцитом функцій Его, що вимагає від дитини синтезу, аналізу та інтеграції інформації, і може бути зумовлено особливостями розвитку (Gilmore, 2002). Сприйняття реальності за таких умов порушено, що також призводить до недостатньої сформованості концепції часу, що, отже, порушує процес взаємодії із об'єктом (Jones, 2011). Вважається, що внаслідок цього дитина переходить від одного об'єкта до наступного, не маючи можливості задовольнити свої потреби через встановлення стійких об'єктних відносин. Порушення уваги може також призводити до надмірної стимуляції Его від об'єкта та моторного розряду, схожого на гіперактивність (Jones & Allison, 2010).

2. В межах теорії об'єктних відносин РДУГ пов'язується із порушеннями у сфері міжособистісної взаємодії. Зокрема вказується на такі порушення міжособистісної взаємодії, як відсутність батьків, переживання травми та нарцисична вразливість (Cione, Coleburn, Fertuck & Fraenkel, 2011; Conway, Oster & Szymanski, 2011). У межах теорії об'єктних відносин відомо, що РДУГ визначається якістю батьківських стосунків, порушення яких призводять до виникнення специфічних особливостей у розвитку компонентів Его дитини (Leuzinger-Bohleber et al., 2011).

К. Гілмор (Gilmore, 2002) стверджує, що всі стосункові аспекти життя дитини залежать від того, якою мірою дитина спотворює здатність Базового Его синтезувати та інтегрувати свій досвід і що дефіцити в міжособистісних стосунках більше вказують на порушення в розвитку СуперЕго. Також автор вказує на взаємозв'язок між дефіцитом Его та об'єктних відносин, де дефіцит останніх буде посилювати порушення в розвитку Я-концепції дитини.

Наведені психодинамічні моделі є цікавими з погляду розуміння індивідуально-психологічних процесів, що можуть бути притаманними для дітей з РДУГ, впливаючи на розвиток їх особистості та призводячи до формування специфічних стратегій взаємодії із соціально-психологічним оточенням та самооцінювання. Однак вони навряд чи можуть слугувати для опису механізмів розвитку проблематики РДУГ з урахуванням її нейробіологічної природи.

Окремо варто виокремити ті підходи до опису механізмів розвитку РДУГ, які як основні причини виникнення патологічних проявів вказують на порушення процесів обробки сенсорних сигналів.

Порушення сенсорної обробки містять порушення процесів виявлення, регуляції та інтерпретації сенсорних стимулів (Miller et al., 2007). Серед проблем сенсорної обробки виокремлюють такі (Miller et al., 2007; Reynolds, Lane, 2008; Ben-Sasson et al., 2008):

1. Гіперчутливість – проявляє себе через надмірну чутливість до різноманітних сенсорних подразників.

2. Гіпочутливість – недостатня чутливість, проявляється через відсутність або недостатню інтенсивність реакцій на сенсорні подразники.

3. Сенсорний пошук – надмірна зацікавленість в отриманні специфічних сенсорних навантажень, що проявляється через надмірний рівень активності та специфічні поведінкові патерни, пов'язані із сенсорними аутостимуляціями.

4. Проблеми сенсорного розрізнення – проявляють себе через труднощі інтерпретації специфічних характеристик сенсорних стимулів.

А. Фішер та інші дослідники (Fisher, Murray, Bundy, 2017) зазначають, що є зв'язок між порушеннями сенсорної обробки та симптомами РДУГ. Зокрема, відзначено тісний зв'язок між руховою розгальмованістю та сенсорним пошуком. Як основні сенсорні системи, стимуляція яких може проявляти себе через надмірний рівень активності, виокремлюють вестибулярну та пропріоцептивну (кінестетичну). Наприклад, дефіцит вестибулярної системи може проявляти себе через такі особливості поведінки, як розкачування (яктації), кружляння, спроби видертися на високі об'єкти (наприклад, у процесі гри на дитячому майданчику), надмірне захоплення гойдалками, активними іграми (Ben-Sasson et al., 2008). Дисфункція пропріоцептивної системи може проявляти себе через загальну рухову розгальмованість, спробу рухати важкі об'єкти, штовхання тощо (Reynolds, Lane, 2008).

Етіологія порушень процесів сенсорної обробки невідома. З одного боку, подібна проблематика пов'язується з впливом ендогенних та соціально-психологічних чинників, а з іншого – її пов'язують із такими патологічними чинниками, як пре-, пери- та постнатальні родові фактори, такі як материнський стрес під час вагітності, жовтяниці та алергії (Miller et al., 2009; May-Benson et al., 2009).

З огляду на наявність у значної кількості дітей з РДУГ супутніх проблем в обробці соматичних сигналів та пов'язаних з ними порушень, зокрема диспраксії, запропонований у межах моделі сенсорної інтеграції підхід є цікавим та може дозволити поглибити не тільки власне розуміння проблематики РДУГ, але й сформувати нові стратегії стабілізації стану дітей. Непрямим підтвердженням

правильності цієї моделі можуть слугувати дослідження особливості змін у поведінці та психічних реакціях людей в умовах сенсорної депривації (Fitzpatrick, Chapter, 2011).

Дослідження в галузі нейробіологічних основ РДУГ значну увагу приділяють особливостям функціонування нейромедіаторних систем, що відіграють значну роль у процесах міжсинаптичної взаємодії. Як одну з основних причин виникнення патологічної симптоматики, що асоційована з РДУГ, розглядають дисфункцію дофамінової системи (Swanson et al., 2007). Було виявлено, що ділянки мозку, відповідальні за контроль діяльності (підкіркові ядра, лобні відділи кори мозку) та тісно пов'язані із дофаміновою системою, демонструють недостатній рівень функціональної активності при РДУГ (Volkow et al., 2011; Furukawa et al., 2014). Дофамін відіграє вирішальну роль у процесах довільної організації діяльності, емоційній регуляції та мотивації до діяльності. Так, дисфункція дофамінової системи як мінімум частково може пояснювати широкий спектр проявів РДУГ (Yin et al., 2008; Tripp and Wickens, 2009).

Норадреналінова теорія – це ще одна впливова нейробіологічна теорія, яка описує можливі механізми формування патологічних проявів, що характерні для РДУГ (Bymaster et al., 2002; Carboni et al., 2006). Дослідження дисфункції норадреналінової системи та її впливу на виникнення симптомів РДУГ відбувається в контексті вивчення дисфункцій лобної кори мозку, зокрема префронтальної її ділянки. Ураження, пов'язані з правою дорсолатеральною префронтальною корою, викликають дефіцит стійкої регуляції уваги та гальмування відповідей на відволікаючі подразники. Подібно ураження правої орбітальної префронтальної кори часто викликають афективні дефіцити, такі як незріла поведінка та відсутність стриманості, а також підвищена рухова активність. Було виявлено, що функціонування префронтальної кори демонструє значний зв'язок з особливостями функціонування норадреналінової системи, а стабілізація рівня її активності призводила до зниження інтенсивності проявів РДУГ (Turner et al., 2005; Castells et al., 2011).

Високий ступінь інтегративності та системний погляд на проблематику РДУГ демонструє нейропсихологічний підхід (Castellanos et al., 2006; Pasini et al., 2007). Як наукова дисципліна, нейропсихологія вивчає зв'язок між мозковими структурами та функціями і поведінкою людини. Вона займається дослідженням того, як пошкодження, хвороби або інші чинники, що впливають на мозок, можуть змінювати когнітивні процеси, емоції та поведінку.

Нейропсихологічна теорія при інтерпретації РДУГ базується на розумінні того, що цей тип порушення розвитку має біологічну основу і виникає через дисфункції в роботі певних мозкових структур (Suskauer et al., 2008). Однією з таких структур є лобна префронтальна кора, що відповідає за виконавчі функції, зокрема й різні аспекти уваги, процесів планування, організації та контролю імпульсів (Nigg, Casey, 2005). Її функціональна несформованість може призводити до виникнення проблем із самогальмуванням, що спостерігаються при РДУГ. Інша така структура – це базальні ядра (Emond, Joyal, Poissant, 2009), скупчення нервових клітин, що розташовані в глибині головного мозку та відіграють ключову роль у контролі рухів, а також у деяких аспектах пізнавальних й емоційних функцій. У дітей з РДУГ часто спостерігаються порушення в роботі цих структур, що може призводити до гіперактивності та імпульсивності, нестабільності емоційного стану.

Інтегруючи результати нейробиологічних досліджень, нейропсихологія вказує на дефіцитарність структур стовбура головного мозку, де розташовані центри дофамінової, норадреналінової та інших нейромедіаторних систем, як на ще одну причину розвитку РДУГ (Del Campo et al., 2011). З позицій нейропсихологічної теорії, структури стовбура відповідають на низку енергетичних процесів і їх дисфункція може призводити до швидкої виснажуваності при виконанні когнітивних завдань, формування проявів надмірного збудження або ж гальмування в поведінці дитини (Frodl, Skokauskas, 2012).

Розглядаючи процес індивідуального розвитку, нейропсихологічна модель також враховує генетичну зумовленість РДУГ (Faraone et al., 2005). Дослідження

засвідчують, що цей розлад має високу спадковість, і в родинях дітей з РДУГ часто виявляються схожі симптоми в батьків або інших родичів. Крім того, нейропсихологічний підхід визнає вплив оточення та умов розвитку дитини (Ellis, Nigg, 2009). Саме взаємодія генетичних і середовищних чинників може впливати на прояви і тяжкість симптомів.

Нейропсихологічна теорія надає цілісне розуміння РДУГ як складного порушення, яке вимагає багатокомпонентного підходу до діагностики, психотерапії та психокорекції. Її системний та інтегративний підхід уможливорює розробляти індивідуальні програми психологічного супроводу, що містять різні типи втручань, об'єднані комплексним розумінням особливостей розвитку дитини з РДУГ.

Підсумовуючи аналіз наукових здобутків вітчизняних і зарубіжних учених крізь призму досліджуваної проблеми, можна зробити висновок, що РДУГ вивчають як системне явище, яке проявляється на ранніх етапах онтогенезу та впливає на різні рівні психічного функціонування особистості й може бути охарактеризовано кількісно (за рівнем інтенсивності проявів) та якісно (за характером проявів та їх детермінантами).

Водночас на ґрунті аналізу проблеми феноменології розвитку поглядів на проблему РДУГ можна спостерігати відсутність наукової єдності в розумінні специфіки проявів РДУГ, тих чинників, що лежать у їх основі.

Отже, зважаючи на значну кількість наукових досліджень, усе ж варто відзначити, що питання психологічних чинників РДУГ у контексті вікових потреб та провідної діяльності особистості на різних етапах онтогенезу залишається дискусійним. Воно потребує подальшого вивчення та створення єдиної моделі теоретичного обґрунтування та аналізу проявів РДУГ у дитячому віці.

У створеній автором таблиці (Таблиця 1.2) наведено всі основні сучасні теоретичні моделі, що використовують при поясненні причин розвитку РДУГ в дитячому віці. У ній надано назви теорій та наведено їх базові положення.

Сучасні теорії розвитку проявів РДУГ

Теорії	Опис
Когнітивні теорії	Когнітивно-регуляторна модель Барклі – в основі РДУГ лежить первинне порушення розвитку виконавчих функцій (здатності до саморегуляції). Дітей з домінантним дефіцитом уваги варто виокремити в окрему групу
	Когнітивно-енергетична модель Дж. Сьорджента – в основі проявів РДУГ лежить недостатня сформованість процесів енергетичного забезпечення когнітивної сфери
	Кластерна модель Брауна – в основі РДУГ лежить порушення виконавчих функцій, які варто розділити за шістьма основними кластерами: організація, визначення пріоритетів та активізація завдань; фокусування, підтримка та перемикання уваги до завдання; регулювання готовності, підтримання зусилля та швидкості обробки; управління фрустрацією (подолання невдач) та модулювання емоцій; використання робочої пам'яті та виймання з пам'яті; моніторинг та саморегуляція під час виконання дії
Психоаналітичні теорії	Его-психологія – РДУГ є проявом труднощів із розвитком его-функціональних здібностей дитини синтезувати, організовувати та інтегрувати свій досвід
	Теорія об'єктних відносин – РДУГ визначається якістю батьківських стосунків, порушення яких призводять до виникнення специфічних особливостей у розвитку компонентів Его дитини
Нейробіологічно орієнтовані теорії	Сенсорна інтеграція за Дж. Айріс – причина РДУГ полягає в неспроможності нервової системи дитини модулювати, обробляти та інтегрувати сенсорні сигнали
	Нейропсихологічний підхід – в основі РДУГ лежать порушення різних структур та рівнів головного мозку, що призводить до формування складної та коморбідної за характером проблематики. Причиною виникнення РДУГ у дитячому віці є одночасний вплив генетичних чинників та чинників середовища

Отже, підсумовуючи вищесказане та спираючись на досвід зарубіжних та вітчизняних учених, а також погляди, яких дотримуються представники різних

практично спрямованих напрямків у психології та психотерапії, можна зробити висновок про те, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності є складним нейробіологічним розладом, який проявляє себе і через широкий спектр психологічних, і поведінкових проявів, і потребує подальшого детального вивчення в контексті формування цілісної моделі опису особливостей його виникнення та подальшого розвитку.

1.2. Прояви розладу дефіциту уваги та гіперактивності в дитячому віці

РДУГ є одним із найпоширеніших розладів у дитячому віці (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Його ранні прояви можуть призводити до серйозних поведінкових труднощів, які заважають засвоєнню академічних і соціальних навичок. Діагноз зазвичай ставлять дітям молодшого шкільного віку, що пов'язано з посиленням симптомів через збільшення навантаження та труднощі організації роботи в класі (Holland, Sayal, 2019). Це ускладнюється нерозумінням причин проблемної поведінки з боку вчителів, батьків і самої дитини. У дошкільнят із симптомами РДУГ часто спостерігаються високі рівні неуважності, гіперактивності та імпульсивності, хоча є значна варіативність у проявах (Lahey, Lee, Sibley, et al., 2016). Було встановлено, що інтенсивність цих проявів зменшується з віком, причому така тенденція більш характерна для неуважності, ніж для імпульсивності та гіперактивності (Song et al., 2021).

Сьогодні найбільш актуальними є діагностичні критерії, викладені в Діагностичному та статистичному мануалі з психічних розладів DSM-5. Вони вказують на значні відмінності в поведінці дітей із РДУГ відносно вікової норми, її істотні відмінності, неадекватність. Основні симптоми повинні з'явитися в дитини до 12 років та мати досить статичний та тривалий характер (APA, 2013). Серед інших критеріїв виділяють такі:

- прояви розладу спостерігаються не менше ніж 6 місяців;
- основні симптоми присутні у двох або більшій кількості ситуацій;

- виникнення значних труднощів удома, у школі, на роботі чи в оточенні однолітків;
- симптоми не повинні мати вторинний характер щодо іншого захворювання.

У DSM-5 визначено три різні форми РДУГ:

- 1) перша – РДУГ, переважно неуважний (синдром дефіциту уваги – РДУ);
- 2) друга – РДУГ, переважно гіперактивно-імпульсивний;
- 3) третя – комбінована форма РДУГ.

Симптоми можуть змінюватися від рухового занепокоєння та агресивної, руйнівної поведінки, яка часто трапляється в дітей дошкільного віку, до симптомів дезорганізованості, розсіяності та неуважності, які більш типові для підлітків старшого віку та дорослих. РДУГ, як правило, важко діагностувати в дошкільнят, оскільки відволікання та неуважність у цей період можуть незначно відрізнятися від вікових особливостей поведінки (АРА, 2013).

Результати сучасних досліджень указують, що спектр симптомів, асоційованих із РДУГ, повинен бути розширеним і містити не тільки прояви підвищеної рухової активності, імпульсивності та порушення уваги, але й низку інших патологічних проявів. Т. Браун (Brown, 2017) виокремлює такі можливі прояви РДУГ:

1. Труднощі активації, що можуть проявляти себе через хронічні труднощі у вигляді затримки при виконанні завдання, складнощі при входженні в процес його виконання.
2. Проблеми із фокусуванням, його утриманням та зміщенням фокусу на окремі задачі. Труднощі з фокусуванням та відволікання можуть бути пов'язані не тільки із зовнішніми подразниками, але й ментальною діяльністю. Значні проблеми можуть виникати в процесі читання, що може призводити до необхідності переробити текст декілька разів.
3. Слабкість вольової функції, що проявляє себе через недостатню здатність до утримання темпу діяльності, підтримки зусиль під час виконання довгострокових завдань, а також регуляція загального рівня активності. Це може призводити до незакінченості при виконанні академічних завдань,

- соціально-побутових справ, збільшення часу на їх виконання. Також можуть бути порушення в здатності до регуляції процесу сну, що проявляють себе через проблеми із засинанням. Сам сон може характеризуватися надмірною глибиною та тривалістю, що може призводити до труднощів із пробудженням.
4. Недостатня здатність до емоційної регуляції, яка може проявляти себе через труднощі з управлінням станом фрустрації та недостатньо сформованої здатності до емоційної регуляції. Це може проявлятися через негативізм, опозиційність поведінки, афективні спалахи, труднощі з дистанціюванням від негативних емоцій.
 5. Порушення пам'яті, які пов'язані передусім з оперативною короткостроковою пам'яттю. Вони проявляють себе через проблеми з утриманням програми діяльності, веденням діалогу, забуванням інструкцій, відтворенням необхідної інформації в процесі діяльності.
 6. Недостатня здатність до саморегуляції та контролю в процесі діяльності. Недостатня сформованість процесів довільної регуляції та поведінкового контролю, проявляють себе через підвищений рівень рухової активності, імпульсивність, тенденцію до польової поведінки. На ментальному рівні це може проявлятися через зниження здатності до аналізу контексту, недостатню емпатійність та відсутність реакцій на зміни емоційного стану партнерів по взаємодії. Як правило, також помічено інертність поведінки, що проявляє себе через порушення процесів перемикання від одного завдання до іншого, зниження пластичності поведінки.

Діагноз РДУГ ставлять після ретельного обстеження, яке містить збір анамнезу та інтерв'ювання, використання шкал оцінки поведінки, фізичного огляду та додаткових лабораторних досліджень. Важливо систематично збирати та оцінювати інформацію з різних джерел, зокрема й від дитини, батьків, учителів, лікарів та (за необхідності) від інших опікунів (АРА, 2013). Хоча оцінка порушень при РДУГ вважається більш суб'єктивною, ніж при розумовій відсталості, є об'єктивні методи оцінки порушень, які використовують при РДУГ (Gordon et al.,

2006). Сюди варто зарахувати показники адаптивного функціонування в цілому та конкретні показники порушення РДУГ (Fabiano et al., 2006).

Частіше за все діагноз РДУГ ставлять на початкових етапах шкільного навчання. Це пов'язано із підвищенням рівня запитів на довільну організацію власної поведінки дітьми, необхідністю фокусуватися на завданнях протягом тривалого часу, регулювати власну поведінку на більш високому рівні під час вирішення академічних завдань, а також під час взаємодії з однолітками. Діти зі зниженою здатністю контролювати рівень власної рухової активності, з підвищеною імпульсивністю, невмінням концентруватися на навчальному занятті стають помітнішими, оскільки їхня поведінка може негативно впливати на процес навчання (L Halldner, A Tillander, C Lundholm, *et al.* 2014).

Інтенсивність проявів РДУГ у дитячому віці не змінюється, а має тенденцію зберігатися до раннього підліткового віку, коли симптоми гіперактивності можуть бути менш очевидними, але зберігаються симптоми неувважності та імпульсивності, поведінкової інертності (APA, 2013).

Діагноз РДУГ, який було поставлено в дитячому віці, часто призводить до виникнення стійких проявів РДУГ протягом усього життя. Від 60% до 80% дітей з особливостями подібного типу продовжують демонструвати аналогічні симптоми в підлітковому віці. Від 40% до 60% підлітків демонструють симптоми РДУГ у дорослому віці (APA, 2013). Такі симптоми, як неувважність, імпульсивність та неорганізованість призводять до виникнення значних труднощів у соціальній адаптації на різних етапах онтогенезу.

У процесі індивідуального розвитку на прояви РДУГ значний вплив можуть також здійснювати різноманітні чинники ризику. До цих чинників належать ризикована поведінка (сексуальна, делінквентна, уживання психоактивних речовин), неуспішність у навчанні, труднощі в стосунках.

Характерними для РДУГ є значні міжстатеві відмінності. Загалом РДУГ частіше діагностують у хлопчиків, ніж у дівчаток. Оцінки поширеності незмінно засвідчують, що частота зареєстрованих діагнозів РДУГ у дітей чоловічої статі приблизно вдвічі перевищує частоту діагнозів РДУГ у дівчаток.

Результати досліджень (Skogli et al., 2013) засвідчують, що хлопчики та дівчатка з медичним діагнозом РДУГ трапляються у співвідношенні 9 до 1. Метааналіз 86 досліджень РДУГ у дітей виявив, що співвідношення між хлопчиками і дівчатками з діагнозами всіх підтипів РДУГ коливається від 1,9 до 1 до 3,2 до 1 (Wilcutt, 2012). Згідно з чинними даними, симптоми РДУГ можуть проявлятися по-різному в хлопчиків і дівчаток. Хлопчики, як правило, демонструють вищий рівень гіперактивності та імпульсивності, а рівень неувважності не має значних відмінностей (Hartung et al., 2002). Інші дослідження засвідчують, що дівчатка, як правило, демонструють інтенсивніші прояви неувважності (Quinn, 2008).

Виявлено значну варіативність в особливостях емоційних реакцій: негативні емоції частіше характерні для дівчаток, а хлопчики демонструють вищий рівень позитивних емоцій (Garstein, Rothbart, 2003). Крім того, було відзначено, що вчителі значно рідше рекомендують терапевтичне втручання для дівчаток із симптомами РДУГ, ніж для хлопчиків навіть при однаковому рівні патологічних проявів (Sciutto, Nolfi, Bluhm, 2004).

Виявлено, що хлопчики з РДУГ мають більше екстерналізованих проявів порівняно з хлопчиками з нормотиповим розвитком, а в дівчаток частіше спостерігалися інтерналізовані труднощі, якщо порівнювати із нормотиповими дітьми (Gershon, 2002). Крім того, у дівчаток частіше є інші діагнози ще до встановлення діагнозу РДУГ (Kopp, Kelly, Gillberg, 2010). Нещодавні популяційні дослідження не виявили чітких доказів расових/етнічних відмінностей у частоті діагнозів РДУГ у дітей. За деякими оцінками поширеності, частота діагнозів РДУГ вища в білошкірих дітей, ніж в афроамериканців або латиноамериканців. Однак це може бути пов'язане з відставанням у виявленні РДУГ у країнах, де переважно проживає чорношкіре населення (Miller et al., 2009; Morgan et al., 2013). Крім того, можуть бути культурні відмінності щодо дитячої поведінки або її інтерпретації. Культурні відмінності в прийнятті діагнозу РДУГ у дітей є ще однією перешкодою для того, щоб переконати деяких батьків звертатися за лікуванням для своїх дітей та дотримуватися цього лікування (Bailey et al., 2010). Хоча РДУГ передусім

розглядають крізь призму порушень уваги, підвищеної імпульсивності та рухової активності, є низка інших психічних розладів, які демонструють високий ступінь коморбідності до РДУГ. Аналіз наукових досліджень засвідчує, що (APA, 2013; MTA Cooperative Group, 1999):

- від 15% до 25% дітей із РДУГ також відчувають труднощі в навчанні;
- від 30% до 35% дітей із РДУГ також мають мовні розлади;
- від 5% до 20% дітей із РДУГ також мають розлади настрою;
- від 20% до 33% дітей із РДУГ мають тривожні розлади.

У дітей з діагнозом РДУГ також можуть бути супутні порушення сну, погіршення пам'яті та порушення в розвитку праксису. Діагноз опозиційно-викличний розлад (ОВР) супроводжує приблизно 50% дітей із РДУГ (Gillberg et al., 2004). У звіті Національної дослідницької ради та Інституту медицини 2009 року «Запобігання психічним, емоційним та поведінковим розладам серед молоді» представлені результати метааналізу, які вказують на наявність зв'язку між РДУГ та опозиційно-викличним розладом, розладом поведінки (conduct disorder), депресією та тривожним розладом.

Було виявлено, що поширеність РДУГ у пацієнтів із синдромом Туретта варіюється в межах від 21% до 90% (Robertson, 2015; Eapen, Robertson, 2015; Robertson, 2006). Також високий ступінь коморбідності до РДУГ демонструють розлади аутистичного спектра (РАС). Від 50–70% людей із РАС також демонструють ознаки РДУГ (Rong et al., 2021).

Цікавими є результати дослідження М. Федоренко (Федоренко, 2015), які надають інформацію щодо ступеня коморбідності проявів гіперактивності та порушень інтелектуального розвитку. Так, було виявлено, що у 25,9% обстежених дітей з порушеннями інтелекту не було проявів гіперактивності, імпульсивності та схожої за характером проблематики. У 16,8% дітей було виявлено відповідні симптоми, однак вони мали нестійкий характер та не утримувалися більше ніж 6 місяців. Також відзначено, що симптоми мали високий ступінь контекстуально-ситуативної залежності та проявлялися тільки в певних ситуаціях. Ще у 14,6% дітей з порушеннями інтелекту прояви РДУГ були пов'язані із соматичними

захворюваннями і також мали нестійкий характер. У 36,4% дітей з порушеннями інтелекту було виявлено первинні прояви гіперактивності, що не були пов'язані з ситуаційними чинниками чи соматичними проблемами. У 6,3% дітей з порушеннями інтелекту не було виявлено первинних проявів гіперактивності та імпульсивності, однак при цьому не вдалося виявити етіологію поведінкової проблематики.

Коморбідні діагнози можуть призвести до діагностичних та лікувальних ускладнень, призводити до більш виражених функціональних порушень. Так, за результатами чотирьохрічного спостереження було виявлено, що вихідні показники розповсюдженості депресії серед дітей із РДУГ збільшилися з 30% до 40% за цей період на відміну від статичних показників у 5%, що були виявлені в представників контрольної групи (Biederman et al., 2006). В осіб з коморбідним РДУГ та депресією також виявлено додаткові розлади, зокрема й біполярні розлади та тривогу, більшу кількість госпіталізацій та нижчі показники загальної оцінки функціонування.

Взаємозв'язок між симптомами РДУГ та функціональними порушеннями має найрізноманітніші форми. При цьому є дані, які вказують, що екстерналізовані симптоми РДУГ більшою мірою пов'язані саме з функціональними порушеннями (Evans et al., 2005). Відомі дані, згідно з якими приблизно кожна п'ята дитина з РДУГ має надзвичайно серйозні порушення, які мають генералізований характер та проявляють себе у всіх життєвих ситуаціях, і навіть у випадку наявності медикаментозної терапії та інтенсивного поведінкового втручання їх інтенсивність може не демонструвати значного зниження (APA, 2013; Jensen et al., 2001b).

Сімдесят відсотків дітей із РДУГ також мають один або кілька супутніх розладів. Багато труднощів, з якими стикаються такі діти, призводять до виникнення значних функціональних порушень (Jensen et al., 2001a, b). Такі порушення є результатом складної взаємодії факторів ризику та захисних поведінкових стратегій. Так, порушення будуть проявляти себе в динаміці та різнитися залежно від контексту.

Затримки в розвитку мови та мовлення, праксису та навичок соціальної комунікації більш поширені серед молоді з РДУГ, і вони можуть призвести до загальних порушень успішності та розвитку супутньої нездатності до навчання. Крім того, дратівливість, низька толерантність до фрустрації та порушення здатності до емоційно-вольової регуляції, що досить часто спостерігаються в молоді із РДУГ, призводять до виникнення труднощів у встановленні дружніх стосунків та участі у соціальній діяльності і часто призводять до збільшення накопичення діагнозів та функціональних порушень. Один з ключових симптомів РДУГ – імпульсивність – був пов'язаний з численними іншими функціональними порушеннями, зокрема й підвищеним потягом до ризикованої поведінки, що може призводити до ситуацій, які пов'язані з безпосередньою загрозою для здоров'я: аварій на дорозі, арешту, зловживання алкоголем та психоактивними речовинами, куріння.

Р. Барклі вказує (Barkley, 2012), що кореляції між діагнозом РДУГ та будь-якими конкретними функціональними порушеннями, як правило, недостатньо виражені, але побудова комплексних шкал порушень, які можна узагальнити за різними сферами життя, набагато переконливіше демонструє ризик несприятливих наслідків для молоді з РДУГ. Це у перспективі може допомогти у виявленні основних нейропсихологічних змінних, порушення яких може лежати в основі РДУГ та призводити до розвитку функціональних порушень. Наприклад, Д. Хуевал та Л.Б.Торелл продемонстрували, що знижена робоча пам'ять особливо впливає на процес набуття мовних навичок, а варіабельність часу реакції та робочої пам'яті є предикторами труднощів у засвоєнні математичних навичок (Sjöwall and Thorell, 2014). Крім того, здатність регулювати гнів є важливим предиктором проблем з однолітками в дітей із РДУГ незалежно від наявності супутньої опозиційно-викличної поведінки чи розладу поведінки.

Отже, з огляду на результати аналізу специфіки основних проявів РДУГ у дитячому віці можна зробити висновки про неоднорідність і основних симптомів РДУГ, і додаткових проявів та загальної специфіки розвитку дитини з цим розладом в онтогенезі: відсутність або ж якісні особливості симптомів дефіциту

уваги, імпульсивності та гіперактивності, залежність від статі, наявність одного або ж більшої кількості коморбідних розладів, їх якісні особливості та вплив останніх на формування когнітивних процесів та поведінкових (соціальних, побутових, навчальних) навичок у дитини.

1.3. Чинники розладу дефіциту уваги та гіперактивності

В останні роки мешканці України зіштовхнулися із значним за обсягом комплексом різноманітних чинників, що тією чи іншою мірою вплинули на всіх представників українського суспільства. Сюди варто зарахувати пандемію COVID-19 як чинник біологічного типу й пов'язані з нею обмеження та зміни у функціонуванні суспільства. Також і повномасштабне вторгнення та війну, що призвели до значного збільшення рівня загального стресу, змін у місці проживання та характері внутрішньосімейної взаємодії (роз'єднання сімей, втрата членів родини, зміна соціально-економічного статусу тощо). Це робить більш ніж актуальним детальне вивчення тих груп чинників, що безпосередньо пов'язані з РДУГ у дитячому віці. Важливо надати їх детальний опис та вказати особливості впливу для визначення у подальшому тих особливостей розвитку дитини, які сформувалися на їх основі та пов'язані з основними проявами РДУГ.

РДУГ – це розлад з множинною етіологією. Комбінації генетичних, неврологічних чинників та чинників навколишнього середовища сприяють патогенезу та його гетерогенному фенотипу (Akutagava-Martins, Rohde, Hutz, 2016). Найбільш поширеною на сьогодні є думка, згідно з якою основними чинниками виникнення РДУГ розглядають біологічні чинники: генетичні порушення, хромосомні аберації, інтоксикації, родові травми тощо.

Дані сімейних, близнюкових та усиновлених досліджень переконливо свідчать, що РДУГ є надто спадковим, полігенним розладом (Faraone, Mick, 2010). Огляд 37 досліджень близнюків зі США, Європи, Скандинавії та Австралії засвідчив, що гени та їх взаємодія з навколишнім середовищем мають важливе значення у виникненні РДУГ (Faraone and Larsson, 2018; Larsson et al., 2014). При

цьому було виявлено, що характер впливу генетичних чинників РДУГ відіграє значну роль у рівні інтенсивності симптомів РДУГ у популяції (Demontis et al., 2019).

Результати дослідження 894 дітей із РДУГ та 1135 їхніх братів та сестер віком 5–17 років виявили дев'ятиразове збільшення ризику РДУГ у їх сиблінгів порівняно з братами та сестрами дітей з контрольної групи (Chen et al., 2008). Дослідження дітей, яких було усиновлено, припускають, що сімейні фактори РДУГ пов'язані з генетичними факторами, а не із загальними факторами навколишнього середовища (Sprich et al., 2000), при цьому останнє дослідження засвідчило, що частота РДУГ вища серед біологічних родичів неусиновлених дітей із РДУГ, ніж у прийомних родичів усиновлених дітей. У прийомних родичів ризик розвитку РДУГ був на тому ж рівні, що й у родичів дітей з контрольної групи.

Дослідження близнюків засновані на різниці між внутрішньопарною подібністю монозиготних пар близнюків, які генетично ідентичні, та дизиготних пар близнюків, у яких в середньому 50% загальних сегрегуючих генів. Середня успадкованість у 37 близнюкових дослідженнях РДУГ або показників неухважності та гіперактивності, за отриманими результатами досліджень, становить 74%. Аналогічна оцінка успадкованості, що дорівнює близько 80%, спостерігалася в дослідженні монозиготних та дизиготних близнюків, рідних по обох батьках братів і сестер, а також зведених братів та сестер по материнській та батьківській лінії (Chen et al., 2017). При цьому було виявлено, що спадковість у випадку РДУГ однакова для чоловіків і жінок, а також для таких проявів РДУГ, як неухважність, гіперактивність та імпульсивність (Nikolas, Burt, 2010; McLoughlin et al., 2007).

Варіанти генів, що передбачають ризик розвитку РДУГ, відіграють значну роль у процесах розвитку мозку, міграції клітин та кодуванні генів катехоламінових рецепторів та транспортерів (Gizer, Ficks, Waldman, 2009). Ідентифікація наборів генів, що впливають на шлях нейротрансмітерів у головному мозку (Stergiakouli et al., 2012), уможливила припустити, що для людей із РДУГ характерним є накопичення таких варіантів мутацій, як делеції та дуплікації, що впливають на транскрипцію генів (Williams et al., 2012).

У ході повногеномного дослідження було виявлено безліч варіантів генетичних порушень, кожне з яких незначно впливає на ризик захворювання (Demontis et al., 2019). Це дослідження, зокрема, підтвердило полігенну причину більшості випадків РДУГ, відповідно, безліч генетичних варіантів, кожен з яких має дуже невеликий ефект, разом збільшують ризик розвитку характерних патологічних проявів. Полігенний характер РДУГ, судячи з даних, пов'язаний із загальною психопатологією (Brickell et al., 2020) та деякими психічними розладами (Lee et al., 2019). При цьому в популяції людей з високим полігенним ризиком РДУГ також частіше діагностують тривожний розлад або депресію (Martin et al., 2018).

РДУГ також може бути результатом рідкісних дефектів одного гена (Faraone and Larsson, 2018) або аномалій хромосом (Cederlof et al., 2014). За результатами аналізу ДНК, більше ніж 8000 дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) та/або РДУГ та 5000 дітей з контрольної групи, у дітей з РАС та дітей із РДУГ спостерігали підвищений рівень рідкісних генетичних мутацій порівняно з контрольною групою (Satterstrom et al., 2019).

Результати низки сімейних досліджень засвідчують, що РДУГ має загальні генетичні причини з аутоімунними захворюваннями (Li et al., 2019), гіпоспадією (Butwicka et al., 2015) та порушеннями інтелекту (Faraone and Larsson, 2018).

Сімейні, близнюкові та ДНК-дослідження засвідчують, що генетичні та середовищні впливи частково збігаються між РДУГ та багатьма іншими психічними розладами (шизофренією, депресією, біполярним розладом, розладом аутистичного спектра, порушеннями мовного розвитку тощо), а також із соматичними розладами (наприклад, мігрень та ожиріння) (Demontis et al., 2019, Faraone and Larsson, 2018; Ghirardi et al., 2018; Lee et al., 2019a,b; Vink and Schellekens, 2018; Tylee et al., 2018). Однак є також унікальний генетичний ризик РДУГ. Наявність загальних генетичних та екологічних ризиків серед розладів, що демонструють високий ступінь коморбідності до РДУГ, можуть указувати на наявність загальної патофізіології біологічних механізмів, що призводить до

порушень у процесах регуляції розвитку нервової системи та до варіацій у розвитку мозку, що пов'язані з виникненням розладу.

Ще однією групою біологічних чинників, що залучені до розвитку мозку та значно пов'язані з розвитком РДУГ, є неспадкові неврологічні чинники.

На сьогодні вплив таких чинників, як ускладнення вагітності та пологів, описано як неоднозначний за ступенем впливу, але переконливі докази підтверджують більш високий ризик РДУГ після внутрішньоутробного впливу алкоголю або тютюну (Linnet et al., 2003) та низької маси тіла при народженні (Ozlem, 2012). Три метааналізи з більш ніж двадцятьма дослідженнями, що охопили більше трьох мільйонів людей, засвідчили, що пренатальний вплив куріння матері пов'язаний зі збільшенням вірогідності розвитку РДУГ більш ніж на 50% (Huang et al., 2018a; Dong et al., 2018; Nilsen and Tulve, 2020). Хоча цей зв'язок також спостерігався у великих популяційних дослідженнях (Joelsson et al., 2016 ; Obel et al., 2016; Skoglund et al., 2014), він зникає після поправки на сімейний анамнез РДУГ, що вказує на зв'язок між курінням матері під час вагітності та генетичними факторами, які збільшують ризик і куріння, і РДУГ. Було виявлено (Bos-Veneman et al., 2010), що поєднання пренатального куріння та наявності в родича першого ступеня спорідненості з психічним розладом було пов'язане з більш вираженими симптомами РДУГ. Найбільший зв'язок був пов'язаний із проявами гіперактивності та імпульсивності. Такі результати також указують, що в основі РДУГ лежить взаємопов'язаний вплив генетичних чинників та чинників навколишнього середовища.

У дослідженні, що було проведено у 2010 році, оцінено зв'язок між пренатальним впливом алкоголю та подальшим розвитком симптомів РДУГ, також було приділено увагу вивченню особливостей взаємодії між генетичними чинниками та алкоголем (Wermter et al., 2010). За результатами дослідження Bos-Veneman et al. (2010), вплив алкоголю в пренатальний період пов'язаний із посиленням симптомів РДУГ. Результати цього дослідження не узгоджуються з результатами попередніх досліджень, які вказують на прямий зв'язок між РДУГ та впливом алкоголю. У своїй оглядовій статті Wermter et al. (2010) указують, що

результати здаються суперечливими щодо спільного впливу генів та алкоголю на сприйнятливість до РДУГ.

Наразі немає чітких даних, які б указували на вплив наркотичних речовин на можливість розвитку РДУГ. У перехресному дослідженні ізраїльських підлітків Ornoy et al. (2010) оцінили вплив героїну на плід і не виявили чіткої картини посиленої симптоматики РДУГ у підлітків, які зазнали впливу героїну внутрішньоутробно, також варто зазначити, що дослідження не змогло відокремити ефекти героїну від психосоціальних та генетичних спотворювальних чинників.

Окрім впливу куріння, алкоголю та наркотиків на ризик розвитку РДУГ у дитячому віці також вивчено вплив інших екзогенних чинників. Серед них хімічні сполуки та вплив препаратів. Зокрема, у тайванському дослідженні понад 10 000 випадків уживання матерями ацетамінофену під час вагітності було пов'язане з підвищенням імовірності РДУГ у їхніх дітей на 33% (Chen et al., 2019b). В іншому дослідженні, у якому вивчали 113 000 дітей з Норвезького когортного дослідження матері та дитини та Норвезького реєстру пацієнтів, у тому числі 2246 дітей із РДУГ, була виявлена залежність доза-реакція між пренатальним застосуванням ацетамінофену матір'ю та РДУГ (Ystrom et al., 2017).

За результатами двох метааналізів, що містили 27 досліджень та понад 9300 молодих людей, було виявлено незначну кореляцію між навантаженням свинцем та симптомами неухваленості, гіперактивності та імпульсивності (23 дослідження, понад 7800 молодих людей) (Goodlad et al., 2013). Пізніший метааналіз 14 досліджень за участю понад 17 000 дітей засвідчив, що більш високі рівні свинцю в крові були пов'язані з чотириразовим збільшенням імовірності розвитку РДУГ (Nilsen and Tulve, 2020). Дослідження, у якому взяли участь понад 2500 молодих людей, показало, що ті, у кого рівень свинцю в крові перебував у верхній третині, у два, три рази частіше страждали на РДУГ порівняно з тими, у кого він перебував у нижній третині (Froehlich et al., 2009).

Фосфорорганічні пестициди є сильнодіючими нейротоксинами. У вибірці з 1139 дітей із населення США десятиразове збільшення вмісту фосфорорганічного

метаболіту диметилалкілфосфату (ДМАФ) було пов'язане з 55% збільшенням імовірності наявності проявів РДУГ. Діти з підвищеним рівнем ДМАФ удвічі частіше страждали на РДУГ порівняно з дітьми з контрольною групою (Bouchard et al., 2010).

Результати загальнонаціонального дослідження з використанням Данських національних реєстрів, у якому взяли участь 913 000 дітей, які народилися в період із 1997 по 2011 рік, засвідчили, що пренатальна дія протиепілептичного препарату «Вальпроат» була пов'язана з підвищенням ризику РДУГ на 50%. Для інших протиепілептичних препаратів асоціації не виявлено (Christensen et al., 2019).

В обсерваційному дослідженні застосування антидепресантів під час вагітності та ризику розвитку РДУГ у дітей віком 5 років використовували дані медичних заяв 38 074 дітей та сімей у США (Figueroa, 2010). Пренатальна дія бупропіону була пов'язана з підвищеним ризиком РДУГ, але вплив селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну не був пов'язаний із розвитком у дітей патологічних проявів, що асоціюються із РДУГ. До плюсів дослідження варто зарахувати такі особливості, як урахування значної кількості демографічних та пренатальних чинників. До мінусів дослідження – метод виявлення випадків РДУГ та таких показників, як діагнози психічного здоров'я батьків, куріння під час вагітності тощо. Зокрема для цього було використано дані медичних заяв, що могло призвести до хибно-позитивних та негативних результатів. Також до мінусів дослідження варто зарахувати молодий вік учасників, оскільки РДУГ часто діагностують після 5 років, а також відсутність корекції для численних порівнянь. Крім того, оскільки бупропіон використовують для полегшення відмови від куріння, очевидний зв'язок між впливом бупропіону під час вагітності та РДУГ може бути пов'язаний з пренатальним впливом тютюну (яка, можливо, не була належно проконтрольована в аналізах через те, що в аналізі медичних даних не змогли виявити куріння в деяких майбутніх матерів). Незважаючи на ці обмеження, це перше дослідження, у якому повідомлено про зв'язок між впливом бупропіону на плід та РДУГ у дітей. Як і у випадку цього дослідження, результати попередніх досліджень, що були проведені іншими авторами, не виявили наявності

негативного впливу селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну на плід, зокрема на розвиток когнітивних здібностей, темпераменту та особливості поведінки (Nulman et al., 1989; Oberlander et al., 2007).

Значний вплив на можливість розвитку РДУГ пов'язують із впливом інших біологічних чинників. Так, метааналіз дванадцяти досліджень за участю понад 6000 осіб виявив триразове збільшення частоти РДУГ серед дуже/вкрай недоношених дітей або дітей з дуже/вкрай низькою масою тіла при народженні (Franz et al., 2018). Інший метааналіз, що об'єднує 85 досліджень із більш ніж 4,6 мільйонами народжень, виявив кореляцію від невеликої до помірної між низькою масою тіла при народженні та РДУГ (Moman et al., 2018).

Метааналіз шести досліджень, у яких взяли участь 1,4 мільйона осіб, засвідчив, що в дітей, матері яких страждали на гіпертонічну хворобу під час вагітності, частота РДУГ збільшувалася на 25 % (Maher et al., 2018).

Загальнонаціональне популяційне когортне дослідження з використанням шведських реєстрів (Maher et al., 2020) охопило більше двох мільйонів дітей, 115 000 з них із РДУГ, показало, що материнська преєклампсія під час вагітності пов'язана з подальшим підвищенням ймовірності РДУГ у нащадків на 15 %. Ця модель у сім'ях засвідчила, що вона не пов'язана з генетичними чи іншими сімейними впливами.

Два метааналізи, один із сімома дослідженнями за участю понад 28 000 осіб, а інший з трьома дослідженнями з більш ніж 1,4 мільйонами учасників, засвідчили, що в дітей матерів з ожирінням імовірність розвитку РДУГ приблизно на 60 % вища (Jenabi et al., 2019; Sanchez et al., 2018). Дослідження понад 80 000 пар мати-дитина, що брали участь у Датській національній когорті народжуваності, засвідчило підвищений майже на 50% ризик РДУГ у дітей матерів з ожирінням та подвоєний ризик у дітей матерів з важким ожирінням (Andersen et al., 2018).

Метааналіз двох великих когортних досліджень із загальною кількістю учасників понад 3,1 мільйона людей виявив невеликий, але значущий зв'язок між гіпертиреозом матері під час вагітності та РДУГ у дитини. Другий метааналіз чотирьох когортних досліджень, у яких взяли участь понад 3,4 мільйона людей,

також виявив невеликий, але значущий зв'язок між гіпотиреозом матері та РДУГ у потомства. Спроб оцінити роль спотворювальних чинників не відбулося (Ge et al., 2020).

Загальнонаціональне когортне дослідження з використанням Данських національних реєстрів вивчило більше мільйона народжень, порівнюючи потомство матерів з одним викиднем в анамнезі і матерів з більш ніж одним викиднем в анамнезі з матерями без викиднів в анамнезі. Було виявлено, що в дітей матерів з одним попереднім викиднем імовірність розвитку РДУГ була на 9% вищою, ніж у дітей без викиднів. У дітей матерів із двома або більше викиднями в анамнезі на 22 % більше шансів діагностувати РДУГ. Ця висхідна тенденція залежності впливу від реакції була статистично значущою (Wang et al., 2020).

Результати досліджень уможливають припустити наявність комплексу взаємодіючих причин, що не піддаються простому етіологічному поясненню (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Останніми роками дослідження виявили причетність різних генетичних та нейробиологічних чинників до виникнення РДУГ (Liston, Cohen, Teslovich, Levenson, & Casey, 2011; Nikolas & Burt, 2010).

Незважаючи на наявність значної кількості даних щодо можливих причин РДУГ, наразі недостатньо досліджень, у яких можна було б знайти дані про взаємозв'язок РДУГ та соціально-психологічних чинників. При цьому вплив оточення сучасні дослідники розглядають як один із вагомих чинників, що має значний вплив на процес розвитку РДУГ. Зокрема відзначено, що такими чинниками можуть бути особливості соціальної ситуації розвитку більш загального характеру, зокрема глобальні зміни та тенденції в інформаційному суспільстві або зміна мовного середовища. До більш локальних впливів належать вимоги, які ставить суспільство до дитини, його культурні традиції, особливості стратегій виховання, специфіка взаємовідносин у сім'ї (Taylor et al., 2004; Patzlaff, 2003).

Це підтверджено результатами досліджень особливостей впливу чинників соціального середовища на процес розвитку мозку дитини, її психічних функцій, академічних навичок. Так, у дослідженні Perry (2002) було показано, що зміни соціальної ситуації розвитку значно впливають на процес формування мозку

дитини. Автор дослідження також указує, що стабілізація соціальної ситуації на ранніх етапах розвитку сприяє поступовій нормалізації процесів розвитку мозку.

Є дані про важливість і кількісних, і якісних особливостей організації взаємодії з дитиною на ранніх етапах її розвитку. Зокрема було виявлено, що особливості мовлення батьків, його структура, ступінь різноманітності вербальних конструкцій, а також особливості співвідношення позитивних (заохочувальних) та негативних (заборонних) повідомлень впливає на успішність дитини в подальшому, наприклад, при формуванні академічних навичок (Hart, Risley, 2003).

Було встановлено, що деякі з психосоціальних чинників можуть розглядатися як прогностичні критерії для РДУГ. Хоч ці чинники самі по собі не є причинами розвитку РДУГ, вони істотно впливають на тяжкість симптомів і можуть сприяти появі супутніх опозиційних проявів (Barkley, 2015). До таких чинників належить материнська депресія, низький дохід сім'ї та невідповідне домашнє середовище, яке не сприяє розвитку, що асоціюється з підвищеним ризиком РДУГ (Sagiv, Epstein, Bellinger, & Korrick, 2013). Батьки дітей із РДУГ часто використовують більш негативний підхід до виховання, що характеризується частими заборонами, занадто високим рівнем директивності та меншою кількістю похвали. Однак вплив цього чинника є суперечливим і потребує додаткового дослідження (Danforth, Anderson, Barkley & Stokes, 1991). Також відзначено, що симптоми РДУГ у дітей можуть взаємодіяти з аналогічними симптомами в батьків, що може погіршувати їхню взаємодію (Wymbs, Wymbs, & Dawson, 2015).

Вплив сімейного оточення загалом вважають важливим аспектом у розвитку РДУГ у дітей. Аналіз літератури засвідчує, що сім'ї дітей з цим порушенням стикаються зі значними труднощами: сімейні конфлікти, негативні відносини між батьками та дітьми, дестабілізація психоемоційного стану батьків (Barkley, 1998). Як було зазначено вище, дослідження вказують на взаємозв'язок між рівнем проявів РДУГ у батьків та дітей. Крім того, РДУГ батьків пов'язується з менш ефективним вихованням дітей (Banks, et al., 2008; Murray, Johnston, 2006).

Наявність патологічних проявів у батьків повинна бути врахована не тільки як показник спадкового ризику, а й з точки зору стратегій виховання, особливостей

вирішення конфліктних ситуацій та надання дитині позитивних стереотипів поведінки з боку батьків (Banks, et al., 2008). Вивчають вплив статі батьків на прояви РДУГ у дитини (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002). Загалом на сьогодні не вдалося виявити суттєвих відмінностей у впливі статі батьків на рівень патологічних проявів та функціонування сім'ї. Однак окремі дослідження (Goos, Ezzatian, Schachar, 2007) свідчать, що материнський РДУГ має більший вплив на порушення в дитини. Дослідження Takeda et al. (2010) навпаки виявили, що більший вплив на особливості стану дитини надає РДУГ у батька.

Популяційне дослідження, проведене в США, у якому взяли участь понад 14 000 учасників Національного лонгітюдного дослідження здоров'я підлітків, виявило, що після поправки на демографічні, соціально-економічні та сімейні фактори ризику жорстокого поводження з дітьми неухвальный тип РДУГ був пов'язаний із сексуальним насиллям та фізичною агресією (Ouyang et al., 2008).

Загальнонаціональне популяційне когортне дослідження понад 18 000 дітей з бази даних Національного медичного страхування Південної Кореї засвідчило, що нижчий рівень сімейного доходу був пов'язаний із підвищеним рівнем РДУГ (Choi et al., 2017). Шведське дослідження, у якому взяли участь понад 800 000 осіб, повідомило про аналогічні результати навіть після поправки на загальні сімейні/генетичні фактори ризику в сім'ях (Larsson et al., 2014b).

Когортне дослідження Датського національного реєстру, у якому взяли участь мільйон людей, засвідчило, що низка показників, які пов'язані з негативним впливом соціально-психологічного оточення, пророкували РДУГ. Найбільш сильним прогностичним показником виявився догляд поза домом. Такі показники, як низький соціальний статус, злочинність батька, психічний розлад матері та серйозні розбіжності в шлюбі були помірними прогностичними показниками. Великий розмір сім'ї не мав значного впливу (Ostergaard et al., 2016).

Загальнонаціональне популяційне дослідження з використанням Датських національних реєстрів охопило понад 630 000 молодих людей і виявило взаємозв'язок між дозою та реакцією між нижчим рівнем освіти батьків, безробіттям батьків, відносною бідністю батьків та вищим ризиком РДУГ у

потомства. Комбінації соціальних негараздів мали кумулятивні ризики. Наприклад, відносна бідність батьків плюс отримання не більше ніж обов'язкової освіти, плюс безробіття були пов'язані з приблизно на п'ять відсотків вищим ризиком РДУГ у їхнього потомства (Keilow et al., 2020).

Когортне дослідження Шведського національного реєстру, у якому взяли участь понад 540 000 осіб, виявило залежність «доза-реакції» між кумулятивними показниками неблагополуччя в сім'ї та РДУГ. Смерть у ній збільшувала наступну ймовірність РДУГ на 60 %. Значне зловживання психоактивними речовинами, злочинність або психічний розлад батьків – усе це значно підвищило ймовірність РДУГ, так само як і нестабільність житла та державна допомога по дому (Bjorkenstam et al., 2018).

У вибірці з 4122 американських молодих людей з РДУГ з Національного дослідження здоров'я дітей США 2016 року велика згуртованість сім'ї та підтримка спільноти знизили ризик розвитку помірної та важкої форм РДУГ (Duh-Leong et al., 2020).

Ще одним вагомим чинником РДУГ, що може призводити до посилення основних патологічних проявів, розглядають специфіку взаємодії дитини з РДУГ з близькими, однолітками та соціальним оточенням за межами дому (Walker, et al., 2008). Зокрема, значну роль може відігравати ставлення соціального оточення до симптомів, що проявляються в дитини. Результати досліджень засвідчують, що діти з такими особливостями досить часто стикаються із стигматизацією в суспільстві (Martin et al., 2007; Walker, et al., 2008). Стигматизацію можна розглядати як один з найбільш важких чинників погіршення стану дитини, що може призводити до значних особистісних змін (Livingston, Boyd, 2010).

При РДУГ екстерналізація та порушення норм поведінки є потенційними джерелами стигми, які виявляються в стереотипах, дискримінації, ізоляції та соціальному запереченні (Martain et al., 2007; dosReis et al., 2010). Більше того, не лише поведінкові проблеми, пов'язані із РДУГ, можуть викликати стигматизацію, але й просте визначення РДУГ може викликати автоматичні упередження та

тенденцію до соціальної дистанції (Martain et al., 2007; Banaji, Hardin, 1996; Mueller et al., 2012).

Однією з можливих причин стигматизуючого ставлення до людей з психічними розладами, якому приділено значну увагу, є ступінь, у якому психічні симптоми розглядають як результат впливу біологічних чинників. Незважаючи на той факт, що раніше подібні концепції розглядали як прогностичний та в перспективі ефективний інструмент для боротьби зі стигмою, більшість емпіричних досліджень не підтвердили їх дієвості, навпаки, більшість з них продемонстрували, що пояснення психопатології біологічними причинами пов'язане з посиленням стигматизації (Pescosolido et al., 2010).

До стигматизуючих переконань, що можуть бути посилені біологічними чинниками, варто зарахувати такі (Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006):

1. Прогностичний песимізм, який проявляє себе через відчуття, що наявні психічні прояви носять відносно незмінний характер і навряд чи зникнуть.
2. Прагнення до соціальної дистанції, що пов'язано із небажанням взаємодіяти людьми, що мають порушення психічного стану.

Важливу роль у формуванні відношення до патологічних проявів, які спостерігаються при РДУГ, як, власне, і до самої дитини, відіграє інтерпретаційна модель, на яку спирається соціальне оточення дитини. При цьому біомедична модель наразі є однією з найбільш розповсюджених. Так, австралійське дослідження батьків і фахівців у галузях, пов'язаних зі здоров'ям та реабілітацією, виявило, що саме неврологічні та генетичні чинники розглядали найбільш часто як основні причини РДУГ (Dryer, Kiernan, & Tyson, 2011). Особливо часто на сукупність ендегенних та екзогенних впливів, як на причину РДУГ, указували батьки дітей із подібною симптоматикою. У більш ранньому дослідженні, проведеному серед американських дітей із РДУГ та їх батьків, 72,7% дітей та 91,3% батьків вважають, що РДУГ є вродженою проблематикою (Bowen, Fenton, & Rappaport, 1991).

На сьогодні є недостатня кількість досліджень, які б могли продемонструвати те, як стигматизація може впливати на інтенсивність проявів РДУГ. Результати

одного з таких досліджень, проведеного в США, засвідчують, що небажання респондентів взаємодіяти з дитиною, у якої виявляються симптоми РДУГ, депресії, астми чи «звичайних проблем», статистично не пов'язане з їх схваленням генетичних чи нейрохімічних причинних атрибутів (Martin et al., 2007). Проте автори дослідження виявили, що приписування симптомів поганому характеру або впливу таких психосоціальних чинників, як відсутність дисципліни в сім'ї або агресивні ЗМІ, було пов'язане зі збільшенням соціальної дистанції. На жаль, ці дані дають досить мало інформації щодо того, як та чи може надання інформації про етіологію психічних розладів насправді викликати зміну соціальної дистанції.

Варто також зазначити, що вагомими факторами оцінки ступеня інтенсивності проявів РДУГ та можлива подальша стигматизація можуть бути пов'язані з віком. Зокрема, дітей з проблемами психічного здоров'я можна з меншою ймовірністю розглядати як загрозливих або небезпечних, ніж дорослих з аналогічними симптомами. Було виявлено (Bennett, Thirlaway, Murray, 2008), що сприйняття небезпеки є формою стигми, яка має тенденцію посилюватися біологічними поясненнями. Це може бути пов'язано з уявленнями про те, що люди, психічні проблеми яких викликані біологічними чинниками, мають обмежений контроль над своїми діями і тому непередбачувані й потенційно небезпечні (Read et al., 2006). Дорослі можуть бути не схильні розглядати дітей із РДУГ як небезпечних або загрозливих через їх вік, а також через те, що люди, розлади яких характеризуються передусім когнітивним дефіцитом, стереотипно сприймаються як незловмисні та незагрозливі (Sadler, Meagor, & Kaye, 2012). Ця відсутність сприйняття небезпеки може зробити біологічні атрибуції менш стигматизуючими, ніж вони могли б бути в іншому випадку.

Дані окремих досліджень указують на наявність можливого позитивного впливу біомедичної інтерпретаційної моделі РДУГ – здатність зменшувати провину та особисту відповідальність, що приписують людям з психічними розладами (Haslam, 2011; Mehta & Farina, 1997; Phelan, Cruz-Rojas, & Reiff, 2002).

Варто зазначити, що при взаємодії з людьми, які мають ті чи інші патології, оточення не завжди схильне їх звинувачувати у проявах розладу (Angermeyer,

Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011). Це може пояснити, чому поширення біомедичних концепцій не змогло знизити стигматизуюче ставлення в цілому.

Прояви РДУГ, однак, можуть бути проінтерпретовані оточенням як особливості розвитку, за які несе відповідальність сама людина із РДУГ або її оточення. Це може бути пов'язано з тим, що значна кількість симптомів РДУГ може бути інтерпретована як непослух, лінь тощо. Сюди варто віднести проблеми комунікації, недотримання інструкцій, уникнення завдань, що вимагають когнітивних зусиль, надмірну балакучість, нездатність залишатися на місці протягом довгого часу, труднощі з очікуванням та перебування інших. Якщо ці симптоми розглядати як просто погану поведінку чи лінь, спостерігачі можуть з більшою ймовірністю звинуватити в них дитину або приписати їх поганому вихованню (Lebowitz, Rosenthal, Ahn, 2012). Це передбачає, що зменшення звинувачень та особистої відповідальності може бути способом зменшити стигматизацію РДУГ.

Ще одним чинником, який може впливати на процес стигматизації людей із РДУГ, є ефективність ліків у мінімізації патологічних проявів, що характерні для цього розладу. Нефахівці схильні вважати ліки ефективнішими, а психосоціальні втручання менш ефективними при розладах, які зображуються як біологічно зумовлені (Iselin & Addis, 2003). Дослідження Lebowitz & Ahn (2012) засвідчили, що поєднання інформації щодо біологічного походження РДУГ та інформації про можливість лікування може зменшити соціальну дистанцію щодо людей з психічними розладами. Інформація про лікування також може ефективно протистояти негативним стереотипам про людей із психічними розладами (Romer & Vock, 2008). Отже, якщо біологічні пояснення РДУГ більш сумісні з уявленнями непрофесіоналів про те, як можна лікувати цей розлад, вони з більшою ймовірністю зменшать стигматизуюче ставлення.

Було виявлено, що такі симптоми РДУГ, як імпульсивність та неухважність впливають на повсякденну діяльність та взаємодію з іншими людьми. Це може призвести до того, що люди з РДУГ іноді можуть сприйматися як невічливі, ненадійні, незрілі, емоційно неблагополучні. Така стигматизація може призвести

до того, що люди з РДУГ та особи, які здійснюють догляд, уникатимуть звернення за медичною допомогою, що означає затримку в діагностиці та лікуванні (Meza et al., 2019).

Одним із найменш вивчених напрямків у галузі дослідження чинників РДУГ у дитячому віці є дослідження особливостей впливу психологічного стану та когнітивного розвитку дитини на специфіку та інтенсивність симптомів цього порушення. Так, поступово зростає усвідомлення того, що РДУГ часто супроводжується депресією, прояви якої з'являються в процесі дорослішання дитини. За оцінками, ризик виникнення депресії збільшується в 6,5 рази протягом першого року після діагностування РДУГ (Gundel, Pedersen, Munk–Olsen, & Dalsgaard, 2018). При аналізі зв'язків між депресією та РДУГ одним з пояснень є те, що саме РДУГ призводить до розвинення симптомів депресії у дитини (Harold et al., 2013; Lifford, Harold, & Thapar, 2009). Наприклад, проблеми комунікації, зумовлені проблемами неувважності та саморегуляції (Harold et al., 2013), віктимізація з боку інших дітей (Schoeler et al., 2019), проблеми в навчанні (Loe & Feldman, 2007). Усі ці аспекти розвитку дитини з РДУГ можуть призводити до появи в неї симптомів депресії (Ploubidis, & Pingault, 2018). Дослідження впливу РДУГ на розвиток депресії засвідчило, що рівень депресії в людей з РДУГ був на 20% нижчим при прийомі ліків від РДУГ порівняно з тими, хто їх не приймав. Це дає можливість припустити, що прийом ліків від РДУГ був пов'язаний зі зниженням довгострокового ризику депресії (Chang, D'Onofrio, Quinn, Lichtenstein, Larsson, 2016). Дослідження близнюків, однак, указують, що спільне виникнення РДУГ та депресії значною мірою пояснюється загальними генетичними чинниками (Faraone, Larsson, 2019).

Наявність симптомів тривоги та депресії в дітей з РДУГ може впливати на посилення симптомів РДУГ (Frazier, T. W. et al., 2007). Тривога і депресія можуть ускладнювати поведінкові та когнітивні проблеми, пов'язані з РДУГ, роблячи дітей більш дратівливими, неспокійними і менш здатними зосередитися. Це може призвести до загострення симптомів РДУГ, таких як гіперактивність,

імпульсивність і неуважність. Однак на сьогодні кількість досліджень, які могли б підтвердити наявність таких зв'язків, є недостатньою.

Складними є зв'язки між рівнем самооцінки та проявами РДУГ. Стигматизація людей з РДУГ може призводити до зниження самооцінки та посилення основних його проявів (Halleröd et al., 2015). Проведений нещодавно метааналіз (Betancourt et al., 2024) свідчить про значне зниження рівня глобальної, академічної та соціальної самооцінки в дітей та підлітків з РДУГ. На сьогодні кількість емпіричних даних, які б містили більш детальну інформацію щодо особливостей взаємозв'язку проявів імпульсивності, дефіциту уваги та гіперактивності із процесами самооцінювання, є недостатньою, однак теоретичні припущення, які висувують окремі дослідники, свідчать про можливість впливу негативного досвіду, пов'язаного з РДУГ, що може значною мірою впливати на її самооцінку, призводячи до її зниження чи компенсаторного завищення (Young & Bramham, 2006). Також можливим визнано і зворотний вплив самооцінки на основні прояви розладу, оскільки самооцінку в психологічній літературі розглядають як основний конструкт, що теоретично та емпірично пов'язаний з якістю життя (Kashdan, 2004). Це також підтверджено тісними зв'язками самооцінки з депресією, тривожними розладами, розладами харчової поведінки та іншими особистісними розладами (Bemrose et al., 2021; Colmsee et al., 2021; Šare et al., 2021).

Ще більш складним, ніж у випадку чинників емоційного стану та самооцінки, є зв'язок між проявами РДУГ та особливостями когнітивних процесів. Дослідження останніх років обрали предметом емпіричного вивчення процеси мислення, не пов'язані з поточним завданням (Mooneyham & Schooler, 2013). Указано, що такі процеси можуть бути корисними при плануванні та у творчій діяльності, хоча й можуть також призводити до дестабілізації стану людини (Mrazek et al., 2013). Відзначено, що високий рівень мислення, не пов'язаного із завданням, може мати зв'язок із низкою психічних розладів (Hoffmann et al., 2016), серед яких перше місце займає РДУГ (Bozhilova et al., 2018, Franklin et al., 2017). У контексті РДУГ нецільові думки розглядають як одну з найважливіших характеристик, що впливає

на погіршення результатів роботи, навчання, соціальних навичок та міжособистісних відносин (Biederman et al., 2019; Bozhilova et al., 2018, 2020). Проведені дослідження вказують, що для людей із РДУГ може бути більш притаманним автоматизоване мислення, не пов'язане із завданням, порівняно з людьми без цього діагнозу (Arabacı & Parris, 2018). При цьому наголошено, що зазначені особливості та їх вираженість безпосередньо пов'язані з функціональними порушеннями уваги та саморегуляції (Franklin et al., 2017). На жаль, достовірної інформації про наявність зворотного впливу вказаних специфічних особливостей мислення на прояви РДУГ наразі немає.

Отже, усі чинники РДУГ можна розділити на декілька основних підгруп:

- біологічні чинники;
- соціально-психологічні чинники;
- індивідуально-психологічні чинники.

У підготовленій автором таблиці (Таблиця 1.3) надано опис кожної з виокремлених груп чинників, інтенсивності їх впливу на розвиток симптомів РДУГ у дитячому віці та короткий опис їх якісної специфіки.

Таблиця 1.3.

Біологічні, соціально-психологічні та індивідуально-психологічні чинники РДУГ

Група чинників	Ступінь впливу	Опис
Біологічні чинники	5% або вище	- накопичення таких варіантів мутацій, як делеції та дуплікації, що впливають на транскрипцію генів; - рідкісні дефекти одного гена та хромосомні аномалії специфічного типу; - внутрішньоутробний вплив алкоголю або тютюну; - низька маса тіла при народженні та недоношеність; - вплив хімічних сполук та препаратів; - гіпертонічна хвороба матері під час вагітності; - наявність ожиріння в матері дитини до та під час вагітності; - наявність гіпо- або гіпертиреозу в матері дитини; - наявність у матері в анамнезі одного чи більшої кількості викиднів.

	Нижче 5 %, або потребують проведення додаткових досліджень	- комплекс взаємодіючих причин генетичного та нейробіологічного характеру, що не піддаються простому етіологічному поясненню.
Соціально-психологічні чинники	5% або вище	- материнська депресія; - низький дохід сім'ї; - домашня обстановка, що не стимулює розвиток; - наявність РДУГ у батьків дитини; - сексуальне насилля, фізичні покарання та прояви зневаги до дитини; - наявність кримінального досвіду в батьків дитини; - серйозні розбіжності в шлюбі, сімейні конфлікти; - відсутність освіти та роботи в батьків дитини.
	Нижче 5 %, або потребують проведення додаткових досліджень	- відсутність заохочень з боку батьків, негативне ставлення до дитини з переважанням покарань та обезцінювання успіхів; - булінг та стигматизація дитини.
Індивідуально-психологічні чинники	—	- наявність проявів депресії чи підвищеної тривожності; - порушення самооцінки; - порушення динаміки мислення.

У підсумку варто вказати, що біологічні чинники повинні розглядатися в усіх випадках як основні причини розвитку проявів РДУГ, тоді як соціально-психологічні чинники можуть призводити до їх посилення в процесі подальшого розвитку дитини. Індивідуально-психологічні чинники, розвиваючись під впливом перших двох груп, впливають на них, формуючи єдину та взаємопов'язану систему.

Ураховуючи все вищезазначене, можна зробити висновки про неоднозначність етіології РДУГ, що дозволяє описати розлад дефіциту уваги та гіперактивності як порушення розвитку, що має в своїй основі вплив сукупності чинників різного типу (біологічних, соціально-психологічних, індивідуально-психологічних). Такий опис цього порушення уможливорює в подальшому виокремити групи тих особливостей розвитку, які сформувалися під впливом

указаних чинників та можуть бути пов'язані з особливостями перебігу симптомів РДУГ.

1.4. Концептуальна модель дослідження зв'язку особливостей розвитку з інтенсивністю проявів розладу дефіциту уваги та гіперактивності

Розвиток психології у ХХІ сторіччі характеризується передусім зростанням акценту на необхідності інтегративного підходу і в наукових дослідженнях, і під час організації практичної діяльності (Балл, 2011). Інтегративні моделі, які науковці розробляли ще в другій половині ХХ сторіччя, наразі стають основою для проведення трансдисциплінарних досліджень та стимулюють формування єдиного міждисциплінарного погляду на особливості будови, функціонування та розвитку психіки.

Можна виокремити два основні підходи до створення інтегративної моделі (Messer, 2001):

1. «Теоретична інтеграція» – об'єднання кількох теорій і методів. Наприклад, книга Пола Вахтеля «Циклічна психодинаміка» (Wachtel, 2014) ілюструє цей підхід, поєднуючи принципи психоаналітичної та поведінкової терапії для створення нової теорії. П. Вахтель акцентує на важливості відносин у психодинамічній та поведінковій теоріях, хоча його підхід ще не забезпечує повного пояснення причин і дій.

2. Метатеоретичний підхід (Magnavita, Anchin, 2014) об'єднує різні теоретичні моделі, методи та принципи в єдину систему. Цей підхід є корисним для створення біопсихосоціальної моделі психології, виокремлення соціальних і культурних аспектів, опису особливостей їх організації. Метатеорії такого типу формують загальну основу для сучасних теоретичних концепцій і дозволяють розробити універсальні моделі (Henriques, 2011).

З урахуванням вищезазначеного методологічною основою нашого дослідження зв'язків особливостей розвитку із проявами РДУГ у дитячому віці була обрана модель екологічних систем У. Бронфенбреннера (Bronfenbrenner, 1995;

Bronfenbrenner & Evans, 2000). Згідно з цією теорією, діти є і продуктами, і творцями свого середовища. Ситуації, з якими дитина стикається під час розвитку, можуть бути і нав'язаними, і результатом її власної активності. Протягом розвитку дитина змінює своє оточення і переосмислює досвід, при цьому системи взаємозалежних впливів продовжують діяти, враховуючи фізичні, інтелектуальні та особистісні риси дитини, а також досвід виховання і специфіку оточення.

За У. Бронфенбреннером (Bronfenbrenner & Evans, 2000), екологічне середовище розвитку дитини поєднує чотири основні системи:

1. Мікросистема – найближче середовище дитини, яке безпосередньо впливає на її розвиток. Це можуть бути сім'я, школа, однолітки або будь-яке інше соціальне оточення, у якому дитина активно бере участь.
2. Мезосистема – система, що охоплює взаємодії між різними компонентами мікросистеми. Наприклад, це взаємодія між батьками і вчителями або між однолітками і членами сім'ї, яка впливає на розвиток дитини.
3. Екзосистема – система, у якій дитина не бере безпосередньої участі, але яка все ж таки має вплив на її життя. Це можуть бути робоче середовище батьків, громада або інші соціальні інституції, які впливають на умови життя дитини.
4. Макросистема – загальна культурна і соціальна система, яка містить культурні цінності, традиції, економічні та політичні умови, що впливають на розвиток дитини на більш широкому рівні.

Системи накладаються одна на одну, формуючи єдиний взаємопов'язаний конструкт середовища (Kelly & Coughlan, 2019). При цьому зазначено, що екологічні системи рухливі і мають тенденції до виникнення змін у часі (Hayes, O'Toole, & Halpenny, 2017). Такі чинники, як народження молодшого брата/сестри, зміна місця проживання, початок відвідування дитячого садочка або школи, смерть одного із батьків чи їх розлучення змінюють відносини між дитиною та оточенням.

Модель екологічних систем У. Бронфенбреннера була доповнена елементами інтегративно-особистісного підходу, розробленого лабораторією методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (Інтегративно-особистісний підхід у психологічній науці, 2012).

У межах цього підходу інтегративний метод сприймається як спосіб вивчення психіки, який розглядає її як єдину цілісну структуру зі складною багатокомпонентною природою. Важливо наголосити, що в інтегративній психології людина вважається цілісним утворенням, яке не може бути зведене до суми окремих частин і здатне до саморегуляції та розвитку.

Г. Балл у своїх працях (Балл, 1979, 2011) наголошує на необхідності аналізу людини як єдиного цілого, що поєднує соматичні, психологічні та духовні аспекти. Його модель наголошує на важливості поєднання природничих, філософських та соціальних теорій для розуміння розвитку та функціонування людини.

Згідно з інтегративно-особистісним підходом, особистість є складним виміром, що формується та функціонує на основі біологічних і соціальних чинників, але не зводиться до них. Під час розробки моделі було враховано періодизації психічного розвитку С. Грінспена, Д. Ельконіна, Е.Еріксона Ж. Піаже. Також було враховано факторну модель Г. Айзенка, Р. Кэттела Г. та Олпорта, факторний підхід у нейропсихології та особливості функціонального застосування моделі П. Макліна в контексті роботи з дітьми (Chambliss, 1982).

Особливості взаємозв'язку різноманітних груп чинників з процесом розвитку дітей із РДУГ можна проілюструвати за допомогою метафор та образів, які значною мірою можуть спростити його розуміння, представляючи її індивідуально-психологічні особливості як елементи взаємопов'язаної системи, які формуються в безпосередньому зв'язку з біологічними та соціальними системами. Така модель повинна мати певну просторову та часову організацію та демонструвати послідовність та особливості взаємодії між окремими своїми елементами.

При формуванні моделі було враховано такі рекомендації (Nigel, 1999):

1. Будь-яка концептуалізація психічного образу та його компонентів є лише модель, і варто говорити не стільки про ступені істинності самого об'єкта, скільки про пояснювальну ефективність моделі і «глибину» прогнозу поведінки об'єкта та її змін.
2. Адекватна завданням дослідження модель повинна не тільки перебувати в руслі чинної методології цієї наукової галузі знання, а й відображати основні

тенденції розвитку науки в цілому, дотримуватися найбільш наукових сучасних парадигм.

3. Основним критерієм ефективності моделі є можливість її застосування у вирішенні прикладних (практичних) завдань.

Аналіз відомих теорій РДУГ та чинників, що призводять до формування та посилення основних проявів цього порушення, уможливив при формуванні моделі виокремити три основні групи особливостей розвитку, що характеризуються наявністю тісних зв'язків двобічного типу та можуть бути пов'язані з інтенсивністю проявів РДУГ:

- Нейропсихологічні особливості розвитку – сукупність біологічних, нейрональних та когнітивних процесів, які впливають на психічну діяльність і поведінку дитини. Вони поєднують функціонування головного мозку, його структур і нейронних мереж, а також генетичні, біохімічні та фізіологічні аспекти, які визначають когнітивні здібності, емоційні реакції, пам'ять, увагу, мислення та інші психічні функції. У межах запропонованої моделі (рис. 1.1.) нейропсихологічні особливості розвитку розглядають як відображення біологічних впливів, які призвели до розвитку проявів РДУГ у дитини на ранніх етапах розвитку та проявляють себе через специфіку біоелектричної активності мозку дитини.
- Соціально-психологічні особливості розвитку – сукупність соціальних та психологічних умов середовища, пов'язані з поведінкою дитини, цінностями, переконаннями та емоційними реакціями дитини в контексті її соціального оточення. Вони поєднують взаємодію з іншими членами родини та однолітками, соціальні норми та ролі, групову динаміку, міжособистісні стосунки, культурні та етнічні впливи, а також соціальні очікування та вимоги. Вони визначають, як дитина сприймає себе та інших, як вона адаптується до соціальних змін і як взаємодіє із суспільством. Оскільки проблема розглядається в контексті дитячого віку, особливу увагу було приділено мікро- і мезосистемам соціального середовища, до яких належать особливості взаємодії дитини з батьками.

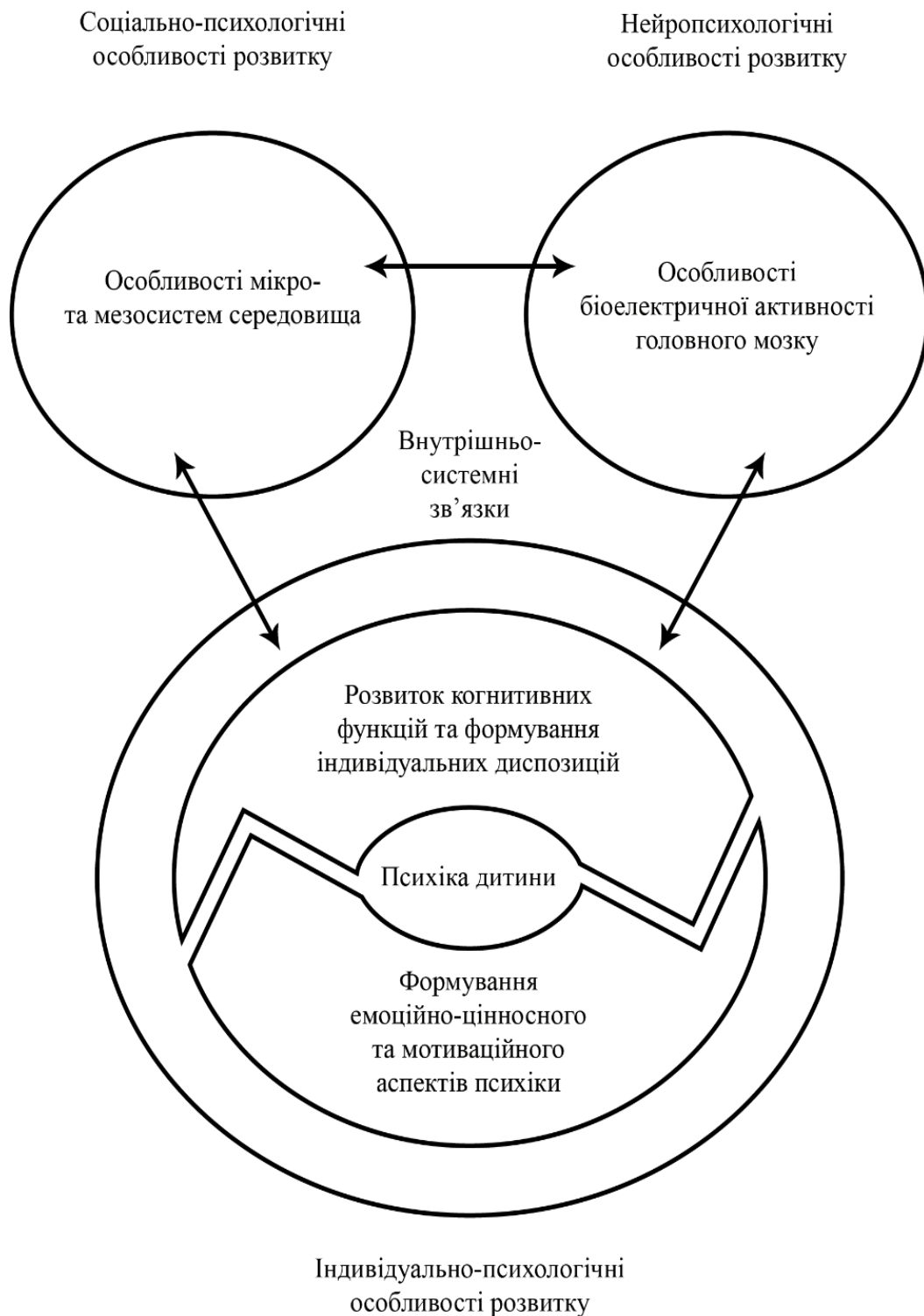


Рисунок 1.1. Концептуальна модель зв'язку особливостей розвитку з інтенсивністю проявів РДУГ

- Індивідуально-психологічні особливості розвитку – сукупність властивостей, рис та особливостей особистості дитини, які впливають на її поведінку, емоційний стан, сприйняття світу та взаємодію з оточенням. Вони містять такі аспекти, як темперамент, характер, інтелектуальні здібності, мотиваційні

установки, емоційні реакції, стиль мислення та інші психологічні характеристики, що визначають індивідуальність дитини і впливають на її життєвий досвід та адаптацію в різних соціальних, навчальних та особистих ситуаціях. У межах запропонованої моделі (див. рис. 1.1) індивідуально-психологічні особливості розвитку було розділено на дві підгрупи: розвиток когнітивних функцій та індивідуальних диспозицій, емоційно-ціннісний та мотиваційний аспекти психіки.

Запропонована модель є потенційно ефективним інструментом для організації і проведення діагностичних, корекційних, реабілітаційних і психотерапевтичних заходів. Вона має функціонально-психологічний характер і дозволяє враховувати широкий спектр особливостей розвитку, що формують між собою складну систему зв'язків та призводять до формування унікальної картини актуального стану дитини. Це дозволяє подолати протиріччя між психосоціальними і біологічними теоріями РДУГ (Frances, 2016).

Концептуальна модель зв'язку особливостей розвитку з інтенсивністю проявів РДУГ також забезпечує можливість визначення структури дефекту, траєкторій розвитку симптомів з урахуванням вікових змін та зони актуального і найближчого розвитку.

Висновки до розділу 1

1. Аналіз наукової літератури уможливив визначити, що на сьогодні розлад дефіциту уваги та гіперактивності розглядають як розлад психічного розвитку, що має неврологічну основу та проявляється в дитячому віці через такі симптоми, як імпульсивність, гіперактивність та порушення уваги. Визначено та надано опис основних хронологічних етапів розвитку поглядів на причини та механізми РДУГ, продемонстровано процес переходу від психолого-педагогічної інтерпретаційної моделі до системи сучасних поглядів, що будуються на основі біологічної моделі. Надано опис сучасних теорій, що використовують для аналізу та інтерпретації РДУГ: когнітивно-енергетичної теорії Р. Барклі та особливості її розвитку в роботах Т. Брауна, когнітивно-енергетичної теорії Дж. Сьорджента, теорій его-психології та об'єктних відносин, теорії сенсорної інтеграції, нейробиологічної та нейропсихологічної теорій. Визначено необхідність формування єдиної та інтегративної теорії розвитку проявів РДУГ у дитячому віці.
2. За результатами аналізу наукових джерел та результатів сучасних досліджень виокремлено та надано детальних опис основних симптомів та діагностичних критеріїв РДУГ. Окрім основних симптомів, також наведено розширений спектр симптомів, які, на думку сучасних дослідників, можуть бути віднесені до проблематики РДУГ: труднощі активації, проблеми фокусування, слабкість вольової функції, недостатня здатність до емоційної регуляції, порушення пам'яті, недостатня здатність до саморегуляції та контролю в процесі діяльності.
3. Теоретично обгрунтовано високий ступінь поліморфності РДУГ, що дозволяє виокремити серед дітей з проявами цього порушення три основні підгрупи: з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності, з домінантним дефіцитом уваги та комбінованою формою. Надано опис особливостей проявів РДУГ у дівчаток та хлопчиків, їх основних відмінностей та специфіки. На основі даних сучасних досліджень проаналізовано РДУГ з точки зору високого ступеня його коморбідності, надано опис синдромів та розладів, що визначаються як найбільш поширені серед дітей з РДУГ.

4. З опорою на результати сучасних досліджень надано опис основних груп чинників, що пов'язуються з розвитком та змінами інтенсивності проявів РДУГ у дитячому віці. Усі виокремлені чинники розділено на три основні групи: біологічні, соціально-психологічні, індивідуально-психологічні. Наведено детальний опис особливостей чинників кожної групи, специфіки їх впливу та його інтенсивності в контексті розвитку основних проявів РДУГ.
5. З опорою на наукові джерела визначено теоретичну інтеграцію та метатеоретичний підхід як основні підходи до створення інтегративної моделі, а також надано опис основних рекомендацій для її формування. Визначено теорію екологічних систем У. Бронфенбреннера та базові положення інтегративно-особистісного підходу як основу для формування інтегративної моделі розвитку проявів РДУГ. Їх доповнено положеннями теорій С. Грінспена, Е.Еріксона Ж. Піаже, факторного підходу Г. Айзенка, Р. Кэттела Г. Олпорта, факторного підходу в нейропсихології та елементами моделі П. Макліна. Обґрунтовано та побудовано концептуальну модель розвитку проявів РДУГ. Визначено її основні положення: нейропсихологічні особливості розвитку (особливості біоелектричної активності мозку), соціально-психологічні особливості розвитку (особливості мікро- та мезосистем соціального середовища), індивідуально-психологічні особливості розвитку (розвиток когнітивних функцій та індивідуальних диспозицій, емоційно-ціннісний та мотиваційний аспекти психіки). Указано наявність внутрішньосистемних зв'язків двобічного характеру, що призводять до формування складної картини розвитку РДУГ у дитячому віці. Такий підхід дозволяє сформулювати комплексний та системний погляд на особливості розвитку у дитини з проявами РДУГ в контексті організації дослідницької, корекційної, реабілітаційної, психотерапевтичної роботи, подолати протиріччя між біологічними та психосоціальними теоріями РДУГ.

Список використаних джерел у розділі 1

1. Айрес, Е. Д. (2022). Дитина і сенсорна інтеграція. Київ: Центр учбової літератури. 327 с.
2. Балл, Г. О. (1979). Цілеспрямована дія як об'єкт психологічного аналізу. Психологія: науково-методичний збірник, (18), 29–38.
3. Балл, Г. О., & Медінцев, В. О. (2011). Особистість як індивідуальний модус культури. Горизонти освіти, (3), 7–14.
4. Балл, Г. О., Губенко, О. В., & Завгородня, О. В. (2012). Інтегративно-особистісний підхід у психологічній науці. Кіровоград: Імекс-ЛТД.
5. Бистрова, Ю. (2015). Психологічні аспекти розвитку особистості в сучасному суспільстві. Київ: Наукова думка. 12-157.
6. Бондар, В. (2017). Особливості психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку. Львів: Видавництво ЛНУ. 32–184.
7. Вовченко, О. (2016). Соціальна психологія дитячого віку. Харків: Видавництво Харківського університету. 59–210.
8. Душка, А. (2020). Психологічна адаптація дітей в умовах навчання. Київ: Видавництво Академії педагогічних наук України. 22–148.
9. Єременко, І. (2019). Психологічна допомога дітям з порушеннями розвитку. Одеса: Астропринт. 88–204.
10. Засенко, В. (2018). Інклюзивна освіта: психологічні аспекти. Київ: Наукова думка. 42–169.
11. Клопота, Є. (2020). Методи психокорекції дітей з емоційними порушеннями. Київ: Либідь. 78–235.
12. Кобильченко, В. (2018). Психологічна допомога вчителям для роботи з дітьми з особливими потребами. Львів: Видавництво ЛНУ. 78–199.
13. Кульбіда, С. (2015). Психологічні підходи до формування мотивації у дітей молодшого віку. Київ: Генеза. 66–193.
14. Литовченко, С. (2018). Проблеми самооцінки у дітей шкільного віку. Дніпро: Дніпропетровський університет. 97–180.

15. Ломов, Б. Ф. (1984). Проблема спілкування в психології. Москва: Наука. 78–265.
16. Лубовський, В. (2001). Психологія розвитку дитини з особливими потребами. Москва: Педагогіка. 56–213.
17. Лютова, К. (2020). Методики психодіагностики і психокорекції в дитячій психології. Харків: Основа. 112–254
18. Максименко, С. (2010). Теорія і практика розвитку інтелектуальних здібностей у дітей. Київ: Наукова думка. 54–177.
19. Максименко, С. Д. (2006). Загальна психологія. Київ: Центр учбової літератури. 58–442.
20. Москаленко, В. В. (2008). Соціальна психологія (2-ге вид.). Київ: Центр учбової літератури. 688 с.
21. Моніна, Г. (2018). Психологічні основи розвитку емоційного інтелекту у дітей. Київ: Генеза. 45–172
22. Орбан-Лембрик, Л. Е. (2005). Соціальна психологія: Підручник для університетів. Київ: КНЕУ. 89–398.
23. Омельченко, І. (2017). Емоційна регуляція поведінки у дітей дошкільного віку. Одеса: Астропринт. 112–237.
24. Попович, І. (2016). Соціальна адаптація дітей з особливими потребами. Харків: Пегас. 45–174.
25. Прохоренко, Л. (2018). Психологічні основи саморегуляції в дитячому віці. Харків: Видавництво Харківського університету. 45–198.
26. Романенко, О. (2019). Особливості психолого-педагогічної корекції поведінки дітей. Київ: Наукова думка. 89–211.
27. Сак, Т. (2017). Психологія розвитку особистості в дитячому віці. Львів: Видавництво ЛНУ. 35–158.
28. Семіченко, В. А. (2001). Психологічні основи розвитку особистості. Київ: Либідь. 102–234.
29. Синьова, В. (2016). Психокорекція поведінки у дітей з порушеннями розвитку. Київ: Либідь. 65–201.

30. Соботович, Є. (2015). Психологічні аспекти роботи з дітьми з особливими потребами. Київ: Генеза. 92–180.
31. Соколова, Г. (2019). Психолого-педагогічний супровід розвитку дітей дошкільного віку. Одеса: Астропринт. 37–156.
32. Федоренко, М. В. (2015). Психодіагностика та психокорекція синдрому гіперактивності у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю. Київ: Астропринт. 285 с.
33. Фомічова, Л. (2018). Методика розвитку креативного мислення у дітей. Харків: Пегас. 59–198.
34. Чебаторьова, О. (2020). Психолого-педагогічна робота з дітьми з підтримкою розвитку. Одеса: Астропринт. 66–199.
35. Чутко, Л. (2019). Особливості психологічного супроводу дітей з психічними порушеннями. Львів: Видавництво ЛНУ. 76–198.
36. Шеремет, М. (2019). Актуальні питання психокорекції поведінки дітей з розладами спектру аутизму. Львів: Видавництво ЛНУ. 87–220.
37. Шевцова, А. (2017). Психологічна допомога дітям з порушеннями слуху. Київ: Либідь. 55–176.
38. Шульженко, Д. (2016). Соціальна реабілітація дітей з особливими потребами. Харків: Пегас. 71–189.
39. Ярмаченко, М. (2019). Інтеграція дітей з особливими потребами в освітнє середовище. Київ: Наукова думка. 42–145.
40. Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, 199, (367–372).
41. Fisher, A. G., Murray, E. A., & Bundy, A. C. (2017). *Sensory integration: Theory and practice*, (768 p.). F.A. Davis Company, Philadelphia, Pa.
42. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5TM) 5th ed.* American Psychiatric Association.

43. Andersen, C. H., Thomsen, P. H., Nohr, E.A., & Lemcke S. (2018). Maternal body mass index before pregnancy as a risk factor for ADHD and autism in children. *European child & adolescent psychiatry*, 27, (139–148).
44. Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An update. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(2), 145–156.
45. Arabaci, G., Parris, B. A. (2018) Probe-caught spontaneous and deliberate mind wandering in relation to self-reported inattentive, hyperactive and impulsive traits in adults. *Scientific Reports*, 8(1), 4113. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22390-x>
46. Banaji, M. R., & Hardin, C. D. (1996). Automatic stereotyping. *Psychological Science*, (7), 136–141.
47. Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Semple, D.L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and family studies*, (17), 28–43.
48. Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self control*. London: Guildford Press.
49. Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guildford Press, New York.
50. Barkley, R. A. (2012). *Barkley functional impairment scale – Children and adolescents (BFIS-CA)*. New York: Guilford Press.
51. Barkley, R. A. (2015). *Etiologies of ADHD. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (pp. 356–390). NY: The Guilford Press.
52. Barkley, R. A. (2019). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). New York: Guilford Press.
53. Ben-Sasson, A., Cermak, S. A., Orsmond, G. I., Tager-Flusberg, H., Kadlec, M. B., & Carter, A. S. (2008). Sensory clusters of toddlers with autism spectrum disorders: differences in affective symptoms. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (49), 817–825.

54. Bennett, L., Thirlaway, K., & Murray, A. J. (2008). The stigmatising implications of presenting schizophrenia as a genetic disease. *Journal of Genetic Counseling*, (17), 550–559.
55. Berger, A., & Posner, M. I. (2000). Pathologies of brain attentional networks. *Neurosci. Neuroscience & biobehavioral reviews*, (24), 3–5.
56. Bemrose, H. V., Akande, I. O., & Cullen, A. E. (2021). Self-esteem in individuals at ultra-high risk for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(4), 775–786. <https://doi.org/10.1111/eip.13034>
57. Betancourt, J. L., Alderson, R. M., Roberts, D. K., & Bullard, C. C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, (108), 102394. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394>
58. Biederman, J., Lanier, J., DiSalvo, M., Noyes, E., Fried, R., Woodworth, K. Y., Biederman, I., & Faraone, S. V. (2019). Clinical correlates of mind wandering in adults with ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, (117), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.06.012>
59. Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, (32), 817–827.
60. Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., & Silva, J.M. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), 167–179.
61. Bozhilova, N. S., Cooper, R., Kuntsi, J., Asherson, P., & Michelini, G. (2020). Electrophysiological correlates of spontaneous mind wandering in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioural Brain Research*, (391), 112632. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112632>
62. Bozhilova, N. S., Michelini, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2018). Mind wandering perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, (92), 464–476. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.010>

63. Bioulac, S., Lallemand, S., Fabrigoule, C., Thoumy, A.-L., Philip, P., & Bouvard, M. P. (2014). Video game performances are preserved in ADHD children compared with controls. *Journal of attention disorders*, (18), 542–550.
64. Bjorkenstam, E., Bjorkenstam, C., Jablonska, B., & Kosidou, K. (2018). Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: a cohort study of 543 650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychological medicine*, (48), 498–507.
65. Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective.
66. Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social development*, 9(1), 115–125.
67. Bos-Veneman, N. G. P., Kuin, A., Minderaa, R. B., & Hoekstra, P. J. (2010). Role of perinatal adversities on tic severity and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with a tic disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, (31), 100–106.
68. Bouchard, M. F., Bellinger, D. C., Wright, R. O., & Weisskopf, M. G. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphate pesticides. *Pediatrics*, (125), 1270–1277.
69. Brikell, I., Larsson, H., Lu, Y., Pettersson, E., Chen Q., Kuja-Halkola, R., et al. (2020). The contribution of common genetic risk variants for ADHD to a general factor of childhood psychopathology. *Molecular psychiatry*, (25), 1809–1821.
70. Brocki, K. C., Randall, K. D., Bohlin, G., & Kerns, K. A. (2008). Working memory in school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder combined type: are deficits modality specific and are they independent of impaired inhibitory control? *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, (30), 749–759.
71. Brown, T. E. (2017). Outside the box: Rethinking ADD/ADHD in children and adults: A practical guide, (334).

72. Bowen, J., Fenton, T., & Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder: The child's perspective. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, (145), 291–295.
73. Butwicka, A., Lichtenstein, P., Landen, M., Nordenvall, A. S., Nordenstrom, A., Nordenskjold, A., et al. (2015). Hypospadias and increased risk for neurodevelopmental disorders. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (56), 155–161.
74. Bymaster, F. P., Katner, J. S., & Nelson, D. L. (2002). Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*, 27(5), 699–711.
75. Carboni, E., Silvagni, A., Vacca, C., & Di Chiara, G. (2006). Cumulative effect of norepinephrine and dopamine carrierblockade on extracellular dopamine increase in the nucleus accumbens shell, bed nucleus of stria terminalis and prefrontal cortex. *Journal of neurochemistry*, 96(2), 473–481.
76. Castells, X., Ramos-Quiroga, J. A., & Rigau, D. (2011). Efficacy of methylphenidate for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-regression analysis. *CNS Drugs*, 25(2), 157–169.
77. Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M.P., & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in cognitive sciences*, 10, 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011>
78. Chang, Z., D'Onofrio, B. M., Quinn, P. D., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2016). Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for depression: A nationwide longitudinal cohort study. *Biological Psychiatry*, 80(12), 916–922.
79. Cederlof, M., Ohlsson Gotby, A., Larsson, H., Serlachius, E., Boman, M., Langstrom, N. et al. (2014). Klinefelter syndrome and risk of psychosis, autism and ADHD. *Journal of psychiatric research*, (48), 128–130.
80. Chambliss, L. (1982). Movement therapy and the shaping of a neuropsychological model. *American Journal of Dance Therapy*, (5), 18–27.

81. Chen, W., Zhou, K., Sham, P., Franke, B., Kuntsi, J., Campbell, D. et al. (2008). DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: a sampling strategy for QTL linkage. *American journal of medical genetics*, (147B), 1450–1460.
82. Chen, Q., Brikell, I., Lichtenstein, P., Serlachius, E., Kuja-Halkola, R., Sandin, S. et al. (2017). Familial aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (58), 231–239.
83. Chen, M. H., Pan, T. L., Wang, P. W., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P. et al. (2019). Prenatal exposure to acetaminophen and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide study in Taiwan. *The Journal of clinical psychiatry*, (80).
84. Choi, Y., Shin, J., Cho, K. H., & Park, E. C. (2017). Change in household income and risk for attention deficit hyperactivity disorder during childhood: a nationwide population-based cohort study. *Journal of epidemiology*, (27), 56–62.
85. Choi Ozlem, E. (2012). What causes ADHD? *AAP Grand Rounds*, 27(6), 72.
86. Christensen, J., Pedersen, L., Sun, Y., Dreier, J. W., Brikell, I., & Dalsgaard, S. (2019). Association of prenatal exposure to valproate and other antiepileptic drugs with risk for attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring. *JAMA Netw*, (2), e186606.
87. Cione, G. F., Coleburn, L. A., Fertuck, E. A., & Fraenkel, P. (2011). Psychodynamic play therapy with a six-year-old African American boy diagnosed with ADHD. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, (10), 130–143.
88. Conway, F., Oster, M., & Szymanski, K. (2011). ADHD and Complex Trauma: A Descriptive Study of Hospitalized Children in an Urban Psychiatric Hospital. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, (10), 60–72.
89. Collings, E. (1923). An experiment with project method in education. New York: Macmillan.
90. Colmsee, I.-S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low self-esteem as a risk factor for eating disorders: A meta-analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 229(1), 48–69. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433>

91. Danforth, J. S., Anderson, L. P., Barkley, R. A., & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 703–727.
92. Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E. et al. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, (51), 63–75.
93. Del Campo, N., Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, (pp. 69–157).
94. Dewey, J. (1916). *Democracy and education: An introduction to the philosophy of education*. New York: Macmil
95. DosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric services*, (61), 811–816.
96. Dong, T., Hu, W., Zhou, X., Lin, H., Lan, L., Hang, B. et al. (2018). Prenatal exposure to maternal smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: a meta-analysis. *Reproductive toxicology*, (76), 63–70.
97. Dryer, D. R., Kiernan, M. J., & Tyson, G. A. (2011). Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields. *Australian Journal of Psychology*, (58), 79–92.
98. Duh-Leong, C., Fuller, A., & Brown, N. M. (2020). Associations between family and community protective factors and attention-deficit/hyperactivity disorder outcomes among US children. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, (41), 1–8.
99. DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
100. Eapen, V., & Robertson, M. M. (2015). Are there distinct subtypes in Tourette syndrome? Pure-Tourette syndrome versus Tourette syndrome-plus, and simple versus complex tics. *Neuropsychiatric disease and treatment*, (11), 1431–1436.

101. Evans, S. W., Allen, J., Moore, S., & Strauss, V. (2005). Measuring symptoms and functioning of youth with ADHD in middle schools. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 695–706.
102. Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (48), 146–154.
103. Emond, V., Joyal, C., & Poissant, H. (2009). Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *L'Encéphale*, (35), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.01.005>
104. Fabiano, G. A., Pelham, W. E. Jr., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Lahey, B. B., Chronis, A. M. et al. (2006). A practical measure of impairment: psychometric properties of the impairment rating scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent*, 35(3), 369–385.
105. Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(1), 159–180.
106. Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, (24), 562–575.
107. Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562–575.
108. Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, (57), 1313–1323.
109. Fenollar-Cortés, J., Gallego-Martínez, A., & Fuentes, L. J. (2017). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the fine motor coordination in children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, (69), 77–84.
110. Fenollar-Cortés, J., & Fuentes, L. J. (2016). The ADHD Concomitant Difficulties Scale (ADHD-CDS), a Brief Scale to Measure Comorbidity Associated to ADHD. *Frontiers in psychology*, (7), 871. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00871>

111. Figueroa, R. M. D. P. (2010). Use of antidepressants during pregnancy and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, (31), 641–648.
112. Fitzpatrick, E. (2011). Neurocognitive development in congenitally deaf children. In: M. J. Aminoff, F. D. F. Boller, F. Swaab (Eds.) *Handbook of clinical neurology*. Amsterdam: Elsevier, (pp. 335–356).
113. Frances, A. (2016). Entrenched reductionisms: The bête noire of psychiatry. *History of Psychology*, 19(1), 57–59.
114. Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira R. C. et al. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder and very preterm/very low birth weight: a meta-analysis. *Pediatrics*, (141), e20171645.
115. Franklin, M. S., Mrazek, M. D., Anderson, C. L., Johnston, C., Smallwood, J., Kingstone, A., & Schooler, J. W. (2017). Tracking Distraction. *Journal of Attention Disorders*, 21(6), 475–486. <https://doi.org/10.1177/1087054714543494>
116. Franklin, M. S., Mrazek, M. D., Anderson, C. L., Johnston, C., Smallwood, J., Kingstone, A., & Schooler, J. W. (2017). Tracking Distraction. *Journal of Attention Disorders*, 21(6), 475–486. <https://doi.org/10.1177/1087054714543494>
117. Frazier, T. W. (2007). ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of learning disabilities*, (40), 49–65.
118. Frodl, T., & Skokauskas, N. (2012). Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta psychiatrica Scandinavica*, (125), 114–126.
119. Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Auinger, P., Hornung, R., Epstein, J. N., Braun, J. et al. (2009). Association of tobacco and lead exposures with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, (124), 1054–1063.
120. Furukawa, E., Bado, P., Tripp, G., Mattos, P., Wickens, J. R., & Bramati, I. E. et al. (2014). Abnormal striatal BOLD responses to reward anticipation and reward delivery in ADHD. *PLoS One*, (9), e89129. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089129>

121. Garstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*, (26), 64–86.
122. Ge, G. M., Leung, M. T. Y., Man, K. K. C., Leung, W. C., Ip, P., Li, G. H. Y. et. al. (2020). Maternal thyroid dysfunction during pregnancy and the risk of adverse outcomes in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 105(12), 3821–3841.
123. Gershon, J. A. (2002). meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, 5(3), 143–154.
124. Ghirardi, L., Brikell, I., Kuja-Halkola, R., Freitag, C. M., Franke, B., Asherson, P. et. al. (2018). The familial co-aggregation of ASD and ADHD: a register-based cohort study. *Molecular psychiatry*, (23), 257–262.
125. Gilmore, K. (2002). Diagnosis, dynamics, and development: Considerations in the psychoanalytic assessment of children with AD/HD. *Psychoanalytic Inquiry*, (22), 372–390.
126. Gillberg, C. (2011). ADHD and its comorbidities in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1-13.
127. Gillberg, C, Rasmussen, P, Kadesjo, B, & Soderstrom, H. (2004). Supplement 13. *European Child and Adolescent Psychiatry*, (pp. I80–I92).
128. Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Human genetics*, 126(1), 51–90.
129. Goldstein, S., & Goldstein, M. (2012). Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners. Hoboken, NJ: Wiley.
130. Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J. J. et. al. (2006). Symptoms versus impairment: The case for respecting DSM-IVs Criterion D. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 465–475.
131. Goodlad, J. K., Marcus, D. K., & Fulton, J. J. (2013). Lead and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, (33), 417–425.

132. Goos, L. M., Ezzatian, P., & Schachar, R. (2007). Parent-of-origin effects in attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, (149), 1–9.
133. Gundel, L. K., Pedersen, C. B., Munk-Olsen, T., & Dalsgaard, S. (2018). Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent depression – A nationwide prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, (227), 56–64.
134. Hart, B. & Risley, T. R. (2003). «The Early Catastrophe: The 30 Million Word Gap by Age 3». *American Educator*, (pp. 4–9).
135. Hartung, C. M., Willcutt, E. G., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Stein, M. A. et al. (2002). Sex differences in young children who meet criteria for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, (31), 453–464.
136. Halldner, L., Tillander, A., & Lundholm, C., et al. (2014). Relative immaturity and ADHD: findings from nationwide registers, parent- and self-reports. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (55), 897–904.
137. Halleröd, S. L. H., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, (15), 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4>
138. Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., & Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: Revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(10), 1038–1046.
139. Hayes, N., O'Toole, L., & Halpenny, A. M. (2017). Introducing Bronfenbrenner: A guide for practitioners and students in early years education. *Taylor & Francis*.
140. Henriques, G. (2011). *Toward a unified psychotherapy. A new unified theory of psychology*, (pp. 209–243). New York, NY: Springer.
141. Hoffmann, H. (1990). Der Struwwelpeter: oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3 bis 6 Jahren. J.F. Schreiber, Esslingen.

142. Holland, J., & Sayal, K. (2019). Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, (28), 1417–1429.
143. Holmgaard, S., Kiilerich, P., Borbye-Lorenzen, N., Skogstrand, K., & Bouchech, R. (2021). Neuroinflammatory markers in the pathophysiology of ADHD. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 9(2), 112–130.
144. Horton-Salway, M. (2013). Gendering attention deficit hyperactivity disorder: a discursive analysis of UK newspaper stories. *Journal of health psychology*, (18), 1085–1099.
145. Huang, L., Wang, Y., Zhang, L., Zheng, Z., Zhu, T., Qu, Y. et al. (2018). Maternal smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: a meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20172465.
146. Iselin, M. G., & Addis, M. E. (2003). Effects of etiology on perceived helpfulness of treatments for depression. *Cognitive Therapy and Research*, (27), 205–222.
147. Jenabi, E., Bashirian, S., Khazaei, S., & Basiri, Z. (2019). The maternal pre-pregnancy BMI and the risk of ADHD among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Korean journal of pediatrics*, 62(10), 374–379.
148. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E. et. al. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60–73.
149. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B. et. al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147–158.
150. Jones, B. (2011). The reality-sampling deficit and ADHD: Indication for an active technique. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, (10), 73–86.
151. Källén, K., Forsberg, B., Gustafsson, P., & Malmqvist, E. (2021). Pre-adolescent development of congestive heart disease and ADHD in children: data from a Swedish cohort study. *European child and pediatric psychiatry*, 29 (8), 312–330.

152. Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, (17), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>.
153. Kashdan, T. B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1225–1232. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00213-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00213-7).
154. Kelly, M., & Coughlan, B. (2019). A theory of youth mental health recovery from a parental perspective. *Child Adoles Ment Health*, 24(2), 161–169.
155. Keilow, M., Wu, C., & Obel, C. (2020). Cumulative social disadvantage and risk of attention deficit hyperactivity disorder: results from a nationwide cohort study. *SSM – population health*, (10), 100548.
156. Kilpatrick, W. H. (1918). The project method: The use of the purposeful act in the educative process. *Teachers College Record*, 19(1), 319–335.
157. Kopp, S., Kelly, K. B., & Gillberg, C. (2010). Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders. *Journal of attention disorders*, 14(2), 167–181.
158. Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, (2), 241–255.
159. Larsson, H., Chang, Z., D’Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological medicine*, (44), 2223–2239.
160. Lahey, B. B., Lee, S. S., Sibley, M. H., Applegate, B., Molina, B. S., & Pelham, W. E. (2016). Predictors of adolescent outcomes among 4–6-year-old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology*, (pp. 125–168). <https://doi.org/10.1037/abn0000086>.
161. Laslo-Roth, R., George-Levi, S., & Rosenstreich, E. (2021). The impact of parental involvement on ADHD management in children: A cross-cultural study. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 312–325.

162. Lebowitz, M., Rosenthal, J., & Ahn, W. (2012). Effects of Biological Versus Psychosocial Explanations on Stigmatization of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders published online*. <https://doi.org/10.1177/1087054712469255>
163. Lebowitz, M., & Ahn, W. (2012). Combining biomedical accounts of mental disorders with treatability information to reduce mental illness stigma. *Psychiatric Services*, (63), 496–499.
164. Leuzinger-Bohleber, M., Laezer, K. L., Pfenning-Meerkoetter, N., Fis-chmann, T., Wolff, A., & Green, J. (2011). Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extraclinical studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, (10), 32–50.
165. Lee, P. H., Anttila, V., Won, H., Feng, Y.-C. A., Rosenthal, J., Zhu, Z. et. al. (2019). Genome wide meta-analysis identifies genomic relationships, novel loci, and pleiotropic mechanisms across eight psychiatric disorders. *bioRxiv*, (528117).
166. Lee, T., Dekkers, T., Furukawa, E., & Lavoie, R. (2022). Neurocognitive profiles of children with ADHD: A systematic review. *Journal of Neuropsychology*, 47(6), 421–437.
167. Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2009). Parent-child hostility and child ADHD symptoms: A genetically sensitive and longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(12), 1468–1476.
168. Li, J. J. (2019). The positive end of the polygenic score distribution for ADHD: a low risk or a protective factor? *Psychological medicine*, (pp. 1–10).
169. Li, J., Olsen, J., Vestergaard, M., & Obel, C. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring following prenatal maternal bereavement: a nationwide follow-up study in Denmark. *European child & adolescent psychiatry*, (19), 747–753.
170. Linnet, K. M., Dalsgaard, S., & Obel, C., et. al. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *The American journal of psychiatry*, 160(6), 1028–1040.

171. Liston, C., Cohen, M. M., Teslovich, T., Levenson, D., & Casey, B. J. (2011). Atypical prefrontal connectivity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Pathway to disease or pathological end point? *Biological Psychiatry*, (69), 1168–1177.
172. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, (71), 2150–2161.
173. Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654.
174. Magnavita, J. J., & Anchin, J. C. (2014). Unifying psychotherapy: Principles, methods, and evidence from clinical science. *Springer Publishing Company*.
175. MacLean, P. D. (1973). A triune concept of the brain and behavior. Toronto: University of Toronto Press.
176. Malmqvist, E., Källén, K., Forsberg, B., & Gustafsson, P. (2021). Prenatal exposure to environmental toxins and ADHD: Longitudinal evidence from the Swedish Environmental Health Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 45–60.
177. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & Mcleod, J. D. (2007). The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, (48), 50–67.
178. Messer, S. B. Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration (2001). *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1023/A:1026619423048>
179. Mooneyham, B. W., Schooler, J. W. (2013). The costs and benefits of mind-wandering: A review. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 67(1), 11–18.
<https://doi.org/10.1037/a0031569>
180. Morsink, S., Ventouri, E., & Wu, J. (2021). Social stigma and ADHD: Its impact on children's self-esteem and mental health. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(7), 767–780.

181. Mrazek, M. D., Phillips, D. T., Franklin, M. S., Broadway, J. M., & Schooler, J. W. (2013). Young and restless: Validation of the Mind-Wandering Questionnaire (MWQ) reveals disruptive impact of mind-wandering for youth. *Frontiers in Psychology*, (4), 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00560>.
182. Meza, J., Monroy, M., Ma, R. & Mendoza-Denton, R. (2019). Stigma and attention-deficit/hyperactivity disorder: negative perceptions and anger emotional reactions mediate the link between active symptoms and social distance. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, (11), 373–382.
183. McLoughlin, G., Ronald, A., Kuntsi, J., Asherson, P., & Plomin, R. (2007). Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *Journal of abnormal child psychology*, (35), 999–1008.
184. Momany, A. M., Kamradt, J. M., & Nikolas, M. A. (2018). A meta-analysis of the association between birth weight and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, (46), 1409–1426.
185. Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, (4), 101–114.
186. Murray, C., & Johnston, C. (2006) Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology*, (115), 52–61.
187. Magnavita, J. J., & Anchin, J. C. (2014). *Unifying psychotherapy: Principles, methods, and evidence from clinical science*. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
188. Maher, G. M., O’Keeffe, G. W., Kearney, P. M. , Kenny, L. C. , Dinan, T. G. , Mattsson, M. et al. (2018). Association of hypertensive disorders of pregnancy with risk of neurodevelopmental disorders in offspring: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, (75), 809–819.
189. Maher, G. M., Dalman, C., O’Keeffe, G. W., Kearney, P. M., McCarthy, F. P., Kenny, L. C. et al. (2020). Association between preeclampsia and attention-deficit

- hyperactivity disorder: a population-based and sibling-matched cohort study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 142(4), 275–283.
190. May-Benson, T. A., Koomar, J. A., & Teasdale, A. (2009). Incidence of pre-, peri-, and post-natal birth and developmental problems of children with sensory processing disorder and children with autism spectrum disorder. *Frontiers in integrative neuroscience*, (3), 31.
 191. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & Mcleod, J. D. (2007). The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, (48), 50–67.
 192. Martin, J., Taylor, M. J., Rydell, M., Riglin, O., Eyre, L., Lu, Y. et al. (2018). Sex-specific manifestation of genetic risk for attention deficit hyperactivity disorder in the general population. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (59), 908–916.
 193. Miller, L. J., Coll, J. R., & Schoen, S. A. (2007). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *The American journal of occupational therapy*, (61), 228–238.
 194. Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *The American journal of occupational therapy*, (61), 135–140.
 195. Miller, L. J., Nielsen, D. M., Schoen, S. A., & Brett-Green, B. A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. *Frontiers in integrative neuroscience*, (3), 22.
 196. MTA (Multimodal Treatment of ADHD) Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073–1086.
 197. Mueller, A. K., Fuermaier, A. B., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, (4), 101–114.

198. Neumarker, K. J. (2005). The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *History of psychiatry*, (16), 435–451.
199. Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, (119), 1–17.
200. Nilsen, F. M., & Tulve, N. S. (2020). A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environmental research*, (180), 108884.
201. Nulman, I., Rovet, J., & Stewart, D. E. (1989). Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *The American journal of psychiatry*, (159), 1889–1895.
202. Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*, (119), 1–17.
203. Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and psychopathology*, (17), 785–806.
204. Nigel, J. T. T. (1999). Are Theories of Imagery Theories of Imagination? An Active Perception Approach to Conscious Mental Content. *Cognitive Science*, 23(2), 207–245
205. Pasini, A., Paloscia, C., Alessandrelli, R., Porfirio, M. C., & Curatolo, P. (2007). Attention and executive functions profile in drug naive ADHD subtypes. *Brain & development*, (29), 400–408. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2006.11.010>
206. Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, (167), 1321–1330.
207. Perry, B. D. (2002). What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, (3), 79–100.

208. Pineau, G., Villemonteix, T., Slama, H., Kavec, M., Balériaux, D., Metens, T. et al. (2019). Dopamine transporter genotype modulates brain activity during a working memory task in children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, (92), 103430.
209. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde. L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, (pp. 942–948).
210. Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine*, (74), 915–922.
211. Sagiv, S. K., Epstein, J. N., Bellinger, D. C., & Korrick, S. A. (2013). Pre- and postnatal risk factors for ADHD in a nonclinical pediatric population. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 47–57.
212. Sakli G., Gur F., Cengiz M. and Gur B. (2019). The role of dopamine in ADHD: a systematic review. *Neuroscience Research*, 48(3), 198-215.
213. Sanchez, C., Barry, C., Sabhlok, A., Russell, K., Majors, A., Kollins, S. et. al. (2018). Maternal pre-pregnancy obesity and child neurodevelopmental outcomes: a meta-analysis. *Obesity reviews*, (19), 464–484.
214. Satterstrom, F. K., Walters, R. K., Singh, T., Wigdor, E. M., Lescai, F., Demontis, D. et. al. (2019). Autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder have a similar burden of rare protein-truncating variants. *Nature neuroscience*, (22), 1961–1965.
215. Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.
216. Savitsky, K., & Gilovich, T. (2003). The illusion of transparency and the alleviation of speech anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology*, (39).
217. Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. (24), 7–12.

218. Sergeant, J. A., Guerts, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: A neuropsychological perspective. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, (27), 583–592.
219. Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological psychiatry*, (57), 1248–1255.
220. Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S. A., Espy, K. A., Deković, M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (53), 111–119.
221. Scitutto, M. J., Nolfi, C. J., & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Behavioural and emotional disorders in childhood*, 12(4), 247–253.
222. Sjöwall, D., & Thorell, L. B. (2014). Functional impairments in attention deficit hyperactivity disorder: The mediating role of neuropsychological functioning. *Developmental Neuropsychology*, 39(3), 187–204.
223. Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys--gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC psychiatry*, (13), 298. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
224. Shaw, R., Grayson, A., & Lewis, V. (2005). Inhibition. ADHD, and computer games: the inhibitory performance of children with ADHD on computerized tasks and games. *Journal of attention disorders*, (8), 160–168.
225. Sonuga-Barke, E. J. S., & Halperin, J. M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, (51), 368–389.
226. Sowerby, P., Seal, S., & Tripp, G. (2011). Working memory deficits in ADHD: the contribution of age, learning/language difficulties, and task parameters. *Journal of attention disorders*, (15), 461–472.

227. Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (39), 1432–1437.
228. Stergiakouli E., Hamshere, M., & Holmans, P. (2012). deCODE Genetics; Psychiatric GWAS Consortium Investigating the contribution of common genetic variants to the risk and pathogenesis of ADHD. *The American journal of psychiatry*, 169(2), 186–194.
229. Stergiakouli, E., Faraone, S. V., Biederman, J., Wozniak, J., & Jarick, I. (2020). Genetic overlap between ADHD and neurodevelopmental disorders: A meta-analytic review. *Molecular Psychiatry*, 25(5), 762–778.
230. Stevens, J., Quittner, A. L., Zuckerman, J. B., & Moore, S. (2002). Behavioral inhibition, self-regulation of motivation, and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental neuropsychology*, (21), 117–139.
231. Still, G. (1902). The Goulstonian lectures on some abnormal physical conditions in children. Lecture 1. *Lancet*, 1008–0102(1077–1082), 1163–1168.
232. Swanson, J. M. (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology review*, (17), 39–59.
233. Takeda, T., Stotesbery, K., Power, T., Ambrosini, P. J., Berrettini, W., Hakonarson H. et al. (2010). Parental ADHD status and its association with proband ADHD subtype and severity. *The Journal of pediatrics*, 157(6), 995–1000.
234. Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, (3), 69–75.
235. Taylor, E., Dopfner, M., Sergeant, J., Asherson, P. H., Banaschewski, T., Buitelaar, J., et al. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 17–30.
236. Tylee, D. S., Sun, J., Hess, J. L., Tahir, M. A., Sharma, E., Malik, R. et al. (2018). Genetic correlations among psychiatric and immune-related phenotypes based on

- genome-wide association data. *American journal of medical genetics*, (177), 641–657.
237. Tripp, G., & Wickens, J. R. (2008). Research review: dopamine transfer deficit: a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (49), 691–704.
 238. Turner, D. C., Blackwell, A. D., Dowson, J. H., McLean, A., & Sahakian, B. J. (2005). Neurocognitive effects of methylphenidate in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology (Berl)*, 178(2–3), 286–295.
 239. Magnavita, J. J., & Anchin, J. C. (2014). *Unifying psychotherapy: Principles, methods, and evidence from clinical science*. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
 240. Maher, G. M., O’Keeffe, G. W., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Dinan, T. G., Mattsson, M. et al. (2018). Association of hypertensive disorders of pregnancy with risk of neurodevelopmental disorders in offspring: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, (75), 809–819.
 241. Maher, G. M., Dalman, C., O’Keeffe, G. W., Kearney, P. M., McCarthy, F. P., Kenny, L. C. et al. (2020). Association between preeclampsia and attention-deficit hyperactivity disorder: a population-based and sibling-matched cohort study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 142(4), 275–283.
 242. May-Benson, T. A., Koomar, J. A., & Teasdale, A. (2009). Incidence of pre-, peri-, and post-natal birth and developmental problems of children with sensory processing disorder and children with autism spectrum disorder. *Frontiers in integrative neuroscience*, (3), 31.
 243. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & Mcleod, J. D. (2007). The construction of fear: Americans’ preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, (48), 50–67.
 244. Martin, J., Taylor, M. J., Rydell, M., Riglin, O., Eyre, L., Lu, Y. et al. (2018). Sex-specific manifestation of genetic risk for attention deficit hyperactivity disorder in

- the general population. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, (59), 908–916.
245. Miller, L. J., Coll, J. R., & Schoen, S. A. (2007). A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *The American journal of occupational therapy*, (61), 228–238.
 246. Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *The American journal of occupational therapy*, (61), 135–140.
 247. Miller, L. J., Nielsen, D. M., Schoen, S. A., & Brett-Green, B. A. (2009). Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. *Frontiers in integrative neuroscience*, (3), 22.
 248. MTA (Multimodal Treatment of ADHD) Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073–1086.
 249. Mueller, A. K., Fuermaier, A. B., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, (4), 101–114.
 250. Neumarker, K. J. (2005). The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *History of psychiatry*, (16), 435–451.
 251. Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, (119), 1–17.
 252. Nilsen, F. M., & Tolve, N. S. (2020). A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environmental research*, (180), 108884.
 253. Nulman, I., Rovet, J., & Stewart, D. E. (1989). Child development following lexposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *The American journal of psychiatry*, (159), 1889–1895.

254. Schoeler, T., Choi, S. W., Dudbridge, F., Baldwin, J., Duncan, L., Cecil, C. M., & Pingault, J. B. (2019). Multi-polygenic score approach to identifying individual vulnerabilities associated with the risk of exposure to bullying. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 730–738.
255. Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and mental restlessness (1798) *Child Psychol. Psychiatry Reviews*, (6), 66–73.
256. Patzlaff, R., (2003). *Zasty`vshiy vzglyad*. M.: evidentis.
257. Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the «mental illness is an illness like any other» approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (114), 303–318.
258. Reynolds, S., & Lane, S. J. (2008). Diagnostic validity of sensory over-responsivity: a review of the literature and case reports. *Journal of autism and developmental disorders*, (38), 516–529.
259. Robertson, M. M. (2015). A personal 35 year perspective on Gilles de la Tourette syndrome: prevalence, phenomenology, comorbidities, and coexistent psychopathologies. *Lancet Psychiatry*, (2), 68–87.
260. Robertson, M. M. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder, tics and Tourette's syndrome: the relationship and treatment implications. A commentary. *European child & adolescent psychiatry*, (15), 1–11.
261. Rong, Y., Yang, C. J., Jin, Y., & Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Research in autism spectrum disorders*, (83), 101759. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759>
262. Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, (8), 162–170.
263. Schoeler, T., Duncan, L., Cecil, C. M., Ploubidis, G. B., & Pingault, J. B. (2018). Quasi-experimental evidence on short- and long-term consequences of bullying victimization: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 144(12), 1229–1246.

264. Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., & Konjevoda, S. (2021). Self-esteem, anxiety, and depression in older people in nursing homes. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(8), 1035. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081035>
265. Suskauer, S. J., Simmonds, D. J., Fotedar, S., Blankner, J. G., Pekar, J. J., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2008). Functional magnetic resonance imaging evidence for abnormalities in response selection in attention deficit hyperactivity disorder: differences in activation associated with response inhibition but not habitual motor response. *Journal of cognitive neuroscience*, (20), 478–493. <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20032>
266. Oberlander, T. F., Reebye, P., & Misri S. (2007). Externalizing and attentional behaviors in children of depressed mothers treated with a selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant during pregnancy. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, (161), 22–29.
267. Ostergaard, S. D., Larsen, J. T., Dalsgaard, S., Wilens, T. E., Mortensen, P. B., Agerbo E. et al. (2016). Predicting ADHD by assessment of Rutter's indicators of adversity in infancy. *PLoS One*, (11), e0157352.
268. Ornoy, A., Daka, L., Goldzweig G. et al. (2010). Neurodevelopmental and psychological assessment of adolescents born to drug-addicted parents: effects of SES and adoption. *Child abuse & neglect*, (34), 354–368.
269. Wachte, P. (2014). Cyclical Psychodynamics and the Contextual Self. The Inner World, the Intimate World, and the World of Culture and Society. *By Routledge*, (262).
270. Waddington, C. H. (1977). *Tools for Thought*. 256.
271. Walker, J. S., Coleman, D., Lee J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: Magnitude and demographic variation in a national sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (47), 912–920.
272. Wang, H., Li, F., Miao, M., Yu, Y., Ji, H., Liu, H. et al. (2020). Maternal spontaneous abortion and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: a population-based cohort study. *Human reproduction*, (35), 1211–1221.

273. Wermter, A. K., Laucht, M., & Schimmelmann, B. G. et al. (2010). From nature versus nurture, via nature and nurture, to gene x environment interaction in mental disorders. *European child & adolescent psychiatry*, (19), 199–210.
274. Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.
275. Williams, N. M., Franke, B., Mick, E. et al. (2012). Genome-wide analysis of copy number variants in attention deficit hyperactivity disorder: The role of rare variants and duplications at 15q13.3. *The American journal of psychiatry*, 169(2), 195–204.
276. Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., & Dawson, A. E. (2015). Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1), 107–119.
277. Vink, J. M., & Schellekens, A. (2018). Relating addiction and psychiatric disorders. *Science*, (361), 1323–1324.
278. Volkow, N. D., Wang, G.-J., Newcorn, J. H., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Telang, F. et al. (2011). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular psychiatry*, (16), 1147–1154.
279. Xie, T., Mao, Y., Wudin, A., Frondelius, K., & Haglund, N. (2022). Influx of excessive middleness and risk of SDUG: a comprehensive meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*, 130(6), 478–495.
280. Yin, H. H., Ostlund, S. B., & Balleine, B. W. (2008). Reward-guided learning beyond dopamine in the nucleus accumbens: the integrative functions of cortico-basal ganglia networks. *The European journal of neuroscience*, (28), 1437–1448.
281. Ystrom, E., Gustavson, K., Brandlistuen, R. E., Knudsen, G. P., Magnus, P., Susser, E. et al. (2017). Prenatal exposure to acetaminophen and risk of ADHD. *Pediatrics*, (140), e20163840.
282. Young, S., & Bramham, J. (2006). *ADHD in adults: A psychological guide to practice* (1st ed.). Wiley Hoboken.

283. Zinchenko, P. I. (1976). Problemy spryiniattia ta pam'iaty v dytiachemu vitsi [Problems of perception and memory in childhood]. Kharkiv: Vydavnytstvo Kharkivskoho Universytetu.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

У другому розділі відображено організаційні і методичні засади та надано аналіз результатів емпіричного дослідження зв'язків особливостей розвитку з перебігом проявів РДУГ у дитячому віці та порівняльного аналізу різних підгруп дітей з РДУГ з позицій диференціації специфідомінуючих ки їх зв'язків з різними особливостями розвитку. Наведено результати кореляційного аналізу, аналіз ступеня відмінностей зв'язків особливостей розвитку з показниками РДУГ у дітей різних підгруп та кореляційні плеяди для кожної з підгруп.

2.1. Обґрунтування вибірки та методики дослідження особливостей впливу нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку як індикаторів якісних та кількісних проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку

Актуальність емпіричного дослідження обґрунтована необхідністю вивчення специфіки особливостей розвитку дітей з РДУГ у контексті їх зв'язків з проявами цього порушення та його поліморфності. Таке дослідження передбачає вивчення нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку в різних підгрупах дітей з РДУГ, що дозволить виявити унікальні особливості розвитку, які властиві для кожної з них.

При проведенні констатувального дослідження за основу для його реалізації було взято принципи системного підходу, серед яких можна виокремити (Хохліна, 2021) принцип структурності, системності й послідовності, взаємозв'язку зовнішніх і внутрішніх факторів, причинності, ретельності й регулярності. Розкриваючи сутність цих принципів, варто вказати, що принцип

структурованості, а також принцип системності та послідовності вказують на необхідність послідовного та поетапного вивчення феномену як такого, що має певну варіативність проявів. У дослідницькій практиці ці принципи також зумовлюють можливість подальшого прогнозування, специфіку розвитку феномену, що є необхідною умовою його вивчення. При цьому принцип ретельності й регулярності уможлиблює організувати процедуру дослідження так, щоб визначити та впровадити своєчасні втручання з метою оптимізації та підвищення продуктивності всього процесу на визначених етапах. Принцип взаємозв'язку зовнішніх і внутрішніх факторів та принцип причинності уможлиблюють сформулювати більш комплексний погляд на феномен, вивчаючи його з холістичної позиції, водночас приділяючи увагу тим групам чинників та їх зв'язкам, що впливають на його розвиток. Окрім принципів системності, при проведенні констатувального дослідження було враховано принцип гуманізму. У процесі дослідження цей принцип реалізувався через дбайливе ставлення до учасників дослідження, екологічну організацію всіх етапів роботи, що передбачали безпосередню участь респондентів.

Метою емпіричного етапу дослідження було визначено виявлення зв'язку особливостей розвитку з перебігом проявів РДУГ у дитячому віці та проведення порівняльного аналізу різних підгруп дітей з РДУГ для диференціації їх зв'язків з різними групами особливостей розвитку.

Дослідження проведено в чотири етапи.

На першому етапі (2019–2020 роки) – організаційно-прогностичному – проведено вивчення стану проблеми та особливостей її відображення у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі та психолого-педагогічній практиці; було визначено специфіку проявів РДУГ у дитячому віці та його основні характеристики; проведена робота щодо розробки вихідних положень майбутнього дослідження, його напрямку, підстав та умов.

На другому етапі (2020 рік) – змістовно-процесуальному – сформовано понятійний апарат дослідження, визначено його методологічні засади; обґрунтовано та сформовано комплекс методів, які містили психодіагностичні

методики та інструментальні методи апаратного типу для вивчення особливостей розвитку (нейропсихологічних, соціально-психологічного та індивідуально-психологічного типу) та основних проявів РДУГ.

На третьому етапі (2020–2022 роки) – аналітично-конкретизуючому – визначено вибірку досліджуваних на основі попередньо зібраних даних; проведено перший зріз констатувального дослідження із 74 парами батьків та дітей з РДУГ; упроваджено формувальний етап експерименту; проведення процедури збору діагностичних даних основного етапу емпіричного дослідження.

На четвертому етапі (2022–2024 рік) – узагальнювальному – було здійснено систематизацію та узагальнення результатів і матеріалів дослідження, надано їх теоретичне обґрунтування; визначено зв'язки між окремими групами особливостей розвитку з проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку; виявлення специфічних особливостей розвитку, їх кількісних та якісних показників у дітей з РДУГ у різних підгрупах; сформульовано висновки за результатами дослідження.

Емпіричне дослідження залучало 122 пари батьків і дітей віком від 6 до 9 років. На момент дослідження всі діти були учнями середніх навчальних закладів або проходили альтернативне навчання. Серед них 21 дитина навчалася вдома, 14 — вдома і на корекційних заняттях, 42 дитини відвідували інклюзивні класи, 20 осіб навчалися і в інклюзивних класах, і на корекційних заняттях, а 45 дітей займалися у звичайних класах. Усі діти мали діагноз РДУГ, підтверджений лікарем-психоневрологом або дитячим психіатром.

Учасників дослідження було розподілено на чотири групи залежно від специфіки проявів РДУГ:

1. Перша група – діти з вираженими проблемами гіперактивності та імпульсивності. У цю групу увійшло 32 дитини.
2. Друга група – діти з вираженими порушеннями уваги. До цієї групи було залучено 35 дітей.
3. Третя група – діти з комбінованою формою РДУГ, що поєднує симптоми гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги. У цю групу увійшли 29 дітей.

4. Четверта група – діти з проблемами соціальної адаптації. До цієї групи було залучено 26 дітей.

Розподіл дітей по групах проведено на основі результатів, отриманих за допомогою опитувальника Вандербільта (варіант для батьків). При класифікації дітей враховано показники за такими шкалами:

- 1) субшкала дефіциту уваги;
- 2) субшкала гіперактивності;
- 3) субшкала імпульсивності;
- 4) субшкала опозиційних реакцій (протесту) ;
- 5) субшкала інших поведінкових проявів;
- 6) субшкала тривожно-депресивних симптомів;
- 7) субшкала соціальної адаптації.

Отже, дітей, що увійшли до вибірки, розподілено на чотири групи відповідно до наявної симптоматики (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Критерії розподілу та характеристика досліджуваних груп

Група досліджуваних (N=122)	Середній вік досліджуваних	Особливості патологічних проявів
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N= 32)	6,7	Підвищений рівень рухової активності, складнощі з організацією поведінки за інструкцією, імпульсивність у поведінці
Діти з порушенням уваги (N=35)	8,1	Порушення концентрації, обсягу, здатності до перемикання уваги
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	7,9	Поєднання симптомів гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	8,7	Проблеми адаптації у групі однолітків, емоційної регуляції

Середній вік дітей у групі з переважанням симптомів гіперактивності та імпульсивності найменший і становить 6,7 роки (таблиця 2.1). Натомість у групі з

проблемами соціальної адаптації середній вік найвищий і дорівнює 8,7 роки. Діти з основними проблемами уваги мають середній вік 8,1 роки, а з комбінованою формою РДУГ – 7,9 роки, що свідчить про незначні відмінності між цими групами.

Такий віковий розподіл відповідає очікуванням, ґрунтуючись на загальних тенденціях розвитку симптомів РДУГ. У найбільш помітній формі симптоми гіперактивності та імпульсивності зазвичай проявляються в молодших дітей і зменшуються з віком. Симптоми дефіциту уваги меншою мірою залежать від віку. Діти з комбінованою формою РДУГ зазвичай мають стабільніші прояви симптомів, але з нижчою інтенсивністю окремих симптомів порівняно з дітьми, у яких переважають гіперактивність та імпульсивність. У старшому віці симптоми РДУГ часто проявляються в контексті соціальної взаємодії і можуть викликати труднощі в соціальній адаптації.

Усі респонденти брали участь у дослідженні з дозволу батьків. Вибірка була однорідною за основними показниками, що дозволяє вважати результати дослідження репрезентативними для загальної популяції.

Методологічною основою емпіричного дослідження стала розроблена авторська концептуальна модель зв'язку особливостей розвитку з інтенсивністю проявів РДУГ у студентському середовищі, що відображена у підрозділі 1.4. (рис. 1.1). Вона узагальнює погляди науковців на особливості розвитку дітей з РДУГ з урахуванням тих особливостей розвитку, що призвели до їх формування, та з урахуванням їх двобічних зв'язків.

На підготовчому етапі дослідження були враховані основні вимоги до психологічних досліджень: використання надійних і валідних діагностичних процедур, забезпечення адекватної кількісної та якісної репрезентативності вибірки і розподілу груп. З опорою на мету та основні завдання дослідження було сформовано перелік діагностичних засобів, що уможливлюють дослідити рівень проявів РДУГ та різні групи особливостей розвитку в дітей:

1) Дослідження особливостей проявів РДУГ:

- опитувальник симптомів розладу дефіциту уваги та гіперактивності в дітей та підлітків «опитувальник Вандербільта» (Романчук, 2018).

2) *Дослідження нейропсихологічних особливостей розвитку:*

- метод електроенцефалографії (ЕЕГ), який дозволяє рахувати показники біоелектричної активності мозку в стані спокою та при наявності подразників.

3) *Дослідження соціально-психологічних особливостей розвитку:*

- опитувальник дитячо-батьківських емоційних відносин (ОДБЕВ) О. Захарової, що дозволяє опосередковано виявляти ступінь виразності кожної окремої характеристики взаємодії в кожній конкретній діаді (Лидерс, 2007).

4) *Дослідження індивідуально-психологічних особливостей розвитку:*

- методика «Драбинка самооцінки», яка визначає рівень самооцінки дитини (Князєв, Мілютіна, Дубашидзе, Рубель, 2019);
- проєктивна методика «Неіснуюча тварина», що дозволяє проаналізувати емоційні особливості особистості, рівень афекту, комунікативну спрямованість та особливості копінг-стратегій (Максимова, Мілютіна, Пискун, 1999);
- методика «Таблиці Шульте», яка спрямована на виявлення особливостей уваги та працездатності (Коробко, Коробко, 2006);
- графічна методика «Копіювання складної фігури», яку використовували для виявлення особливостей сприйняття та організаційної стратегії (Князєв, 2023);
- опитувальник симптомів розладу дефіциту уваги та гіперактивності в дітей та підлітків «опитувальник Вандербільта», а зокрема показники за шкалами опозиційності та негативізму і тривожно-депресивних проявів.

Основні дані про усі виокремлені методи дослідження наведено в авторській таблиці 2.2.

Методи дослідження проявів РДУГ та особливостей розвитку в дітей

Досліджувана сфера	Методики
Дослідження особливостей проявів РДУГ	- опитувальник Вандербільта (версія для батьків)
Дослідження нейропсихологічних особливостей розвитку	- метод ЕЕГ
Дослідження соціально-психологічних особливостей розвитку	- опитувальник ОДБЕВ О. Захарової.
Дослідження індивідуально-психологічних особливостей розвитку	- методика «Драбинка самооцінки»; - методика «Неіснуюча тварина»; - методика «Таблиці Шульте»; - методика «Копіювання складної фігури»; - опитувальник Вандербільта

Складаючи комплекс діагностувальних методик та інструментів, ми ставили такі цілі:

- дібрати методики, які уможливають представити досліджувані параметри в кількісно-якісних характеристиках;
- застосувати сучасний психологічний інструментарій, що має надійне теоретичне підґрунтя та відповідає віковій категорії досліджуваних груп.

Кореляційний аналіз був обраний основним методом обробки кількісних даних і застосований для дослідження взаємозалежності змінних, що перебувають у кореляційних зв'язках.

Ми ґрунтувалися на тому, що значущі коефіцієнти кореляції утворюються при зіставленні дуже близьких за своєю психічною сутністю ознак, а отже, свідчать про наявність зв'язку між вимірюваними показниками. Ця обставина використана як один із моментів всебічної перевірки якості вимірів досліджуваних психічних властивостей, об'єктивності та адекватності відібраних методик.

Для забезпечення обґрунтованості висновків констатувального дослідження обробка отриманих даних містила:

- описову статистику (групування, графічна презентація, кількісна оцінка даних);
- теорію статистичного висновку (передбачення результатів за даними діагностування досліджуваних груп);
- теорію планування експерименту (виявлення і перевірка причинних зв'язків між змінними).

Кореляційний аналіз передбачав використання:

- коефіцієнта кореляції Пірсона – для встановлення взаємозв'язків між різними групами змінних.

Для виявлення статистичної значущості відмінностей параметрів у різних вибірках за допомогою перевірки типу розподілу даних, їх відповідності нормальному розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова було використано Н-критерій Краскела–Уолліса – для виявлення розбіжностей між більш ніж двома вибірками.

Для математичного обчислювання та графічної презентації отриманих емпіричних даних застосовано пакет статистичних програм IBM SPSS Statistics версії 21.0.

Проаналізуємо методики, які склали психодіагностичний комплекс констатувального дослідження.

1. Опитувальник Вандербільта пропонує до використання рейтинги зовнішнього спостерігача та самозвіту для оцінки дефіциту уваги/гіперактивності і дозволяє оцінити проблеми поведінки дітей та підлітків. Діагностичні критерії РДУГ з діагностичної системи DSM-IV. Для виявлення РДУГ пропонують скористатися такими критеріями:

- у досліджуваного є симптоми порушення уваги або гіперактивності чи імпульсивності (або обох) щонайменше протягом 6 місяців, і ці симптоми виражені невідповідно до віку і призводять до серйозних порушень функціонування;
- симптоми повинні проявлятися щонайменше у двох різних середовищах (школа, будинок, ігровий майданчик тощо);

- розлад призводить до значних проблем у соціальній, навчальній та професійній (для дорослих) сферах;
- ці симптоми не зумовлені іншим психіатричним або соматичним захворюванням;
- залежно від відповідності критеріям групи А виокремлюють три клінічних підвиди РДУГ, які кодуються так:
- комбінований тип: якщо протягом останніх 6 місяців одночасно є та виявляються критерії A1 та A2;
- з домінантним дефіцитом уваги: якщо протягом останніх 6 місяців виявляються симптоми лише з підгрупи A1;
- з домінантною гіперактивністю/імпульсивністю: якщо протягом останніх 6 місяців виявляються симптоми лише з підгрупи A2.

Опитувальник містить 50 питань, які розподілено за сімома субшкалами так:

- запитання 1–9 – субшкала дефіциту уваги;
- запитання 10–14 – субшкала гіперактивності;
- запитання 15–18 – субшкала імпульсивності;
- запитання 19–26 – субшкалу реакцій опозиції (протесту);
- запитання 27–33 – субшкала інших поведінкових проблем;
- запитання 34–40 – субшкала тривожно-депресивної симптоматики;
- запитання 41–50 – субшкала соціальної адаптації.

Оцінку проводять за категоріями: «ніколи», «іноді», «часто», «дуже часто», яким у кількісному вираженні відповідають бали «0», «1», «2», «3». Підраховують сумарний бал за шкалою оцінки дефіциту уваги. Бали за оцінними шкалами гіперактивності та імпульсивності підсумовують (додатки 1, 2, 4, 5, 6). Шкала соціальної адаптації оцінюється за категоріями: «відмінно», «добре», «задовільно», «іноді труднощі», «великі труднощі», яким у кількісному вираженні відповідають бали «0», «1», «2», «3», «4». Підраховують сумарний бал.

Кількісна зміна симптомів РДУГ, реакцій протесту та інших поведінкових порушень, а також балів соціальної адаптації уможлиблює оцінити динаміку

симптомів та ефективність корекційно-розвивальних та лікувальних заходів.

2. Для діагностування рівня самооцінки як показника, що пов'язаний з актуальним емоційним станом та показниками критичності мислення, у групах досліджуваних використано методику «Драбинка самооцінки», яка є найбільш придатною для тестування цієї вікової категорії досліджуваних. У межах методики досліджуваним пропонують бланк, на якому зображено драбинку, що складається з 10 сходинок. Досліджуваний має розташувати себе на одній зі сходинок та пояснити свій вибір.
3. Для виявлення особливостей самосприйняття, загального емоційного стану та актуальних копінг-стратегій було використано методику «Неіснуюча тварина». Досліджуваному пропонують намалювати на аркуші паперу формату А4 неіснуючу тварину та придумати їй назву. При цьому враховують і особливості самого зображення (загальна будова тварини), і його розмір, просторове розташування. Сам метод дослідження будується на основі теорії психомоторного зв'язку. Згідно із нею будь які уявлення та пов'язані з ними тенденції реалізуються через рухову сферу.
4. Тест «Таблиці Шульте» – це таблиці з розташованими у вільному порядку цифрами. Для діагностики використовують дві таблиці з різним розташуванням цифр. Досліджуваному пропонують знайти цифри в першій таблиці в прямій послідовності. Після цього пропонують пошук цифр у зворотній послідовності при роботі з другою таблицею. В обох випадках фіксують час, який було витрачено на процес пошуку. Методика дозволяє дослідити швидкість перемикання уваги, працездатність та керованість в умовах активного вибору корисної інформації.
5. Тест «Копіювання складної фігури» широко використовують для оцінки зорово-конструктивних здібностей та зорової пам'яті при нервово-психічних розладах, включаючи тести на копіювання та пригадування. Окрім того, він дозволяє виявити особливості стратегії обробки інформації та мислення. За результатами копіювання складної фігури можна оцінити функціональні особливості досліджуваного за кількома когнітивними параметрами,

включаючи увагу і концентрацію, дрібну моторику, візуально-просторове сприйняття, невербальну пам'ять, планування та організацію, а також просторову орієнтацію.

У межах тесту досліджуваним пропонують малюнок складної, багатокомпонентної фігури Тейлора, яку потрібно скопіювати за зразком на окремому аркуші. У процесі виконання завдання фіксують стратегію виконання завдання, наявність просторових порушень.

6. «Опитувальник дитячо-батьківської емоційної взаємодії» (ОДБЕВ) – цей інструмент дозволяє оцінювати ступінь виразності кожної окремої характеристики взаємодії в конкретній діаді. Опитувальник містить 66 тверджень і має на меті виявлення інтенсивності проявів 11 параметрів емоційної взаємодії між матір'ю і дитиною дошкільного віку:

- здатність сприймати стан;
- розуміння причин стану;
- емпатія;
- почуття батьків у ситуації взаємодії;
- безумовне прийняття;
- прийняття себе як батька;
- переважаючий емоційний фон;
- прагнення до тілесного контакту;
- надання емоційної підтримки;
- орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії;
- уміння впливати на емоційний стан дитини.

Усі 11 параметрів об'єднано в три блоки:

- 1) блок чутливості;
- 2) блок емоційного прийняття;
- 3) блок поведінкових проявів емоційної взаємодії.

Кожна характеристика оцінюється за допомогою шести тверджень: три з них мають позитивний характер (перші три в дужках) – згода з цими твердженнями свідчить про високий рівень виразності якості, а три – негативний (друга трійка

тверджень у дужках) – згода з цими твердженнями означає низький рівень виразності якості.

Випробовувані висловлюють свою згоду з твердженнями за допомогою п'ятибальної шкали, яка розташована на бланках опитувальника поруч з інструкцією. Так, батько заповнює анкету, оцінюючи кожну характеристику взаємодії шістьма різними твердженнями. Наявність і позитивних, і негативних тверджень підвищує точність отриманої оцінки.

7. Електроенцефалографія (ЕЕГ) – метод інструментальної діагностики, що дозволяє виявити особливості показників біоелектричної активності мозку в різних станах (спокій та наявність подразників). Метод ЕЕГ дозволяє виявити рівень функціональної сформованості не тільки структур кори головного мозку, але й рівня підкіркових утворень, а також структур стовбура головного мозку.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей молодшого шкільного віку з РДУГ

На цьому етапі дослідження було здійснено спробу емпірично перевірити сформульоване в теоретичній частині роботи припущення, що прояви РДУГ можуть бути пов'язані з трьома групами особливостей розвитку:

- нейропсихологічними (особливостями функціонування мозку дитини);
- соціально-психологічними (особливостями взаємодії між батьками та дітьми та особливостями емоційного стану батьків дитини);
- індивідуально-психологічними (особливостями індивідуально-особистісного розвитку дитини).

На першому етапі констатувального дослідження було проаналізовано середні показники симптомів РДУГ у кожній з виокремлених груп, що було отримано за результатами заповнення батьками опитувальника Вандербільта. Отримані дані наведено в таблиці 2.3.

Середні показники по шкалах опитувальника Вандербільта для різних груп дітей із РДУГ

Група досліджуваних (N=122)	Дефіцит уваги	Імпульсивність та гіперактивність	Реакції опозиції	Інші поведінкові проблеми	Тривожно-депресивні симпт.	Соціальна адаптація
Діти із проблемами гіперактивності та імпульсивності N= 32	8,4	13,28	4,06	0,53	4,06	24,8
Діти із порушенням уваги N=35	14,8	6,4	4,06	1,23	2,77	26,02
Діти із комбінованою формою РДУГ N=29	14,86	15,8	5,86	2,2	2,14	26,45
Діти із проблемами соціальної адаптації N=26	4,5	3,35	3,6	0,54	1,3	34,04

Варто відзначити, що за шкалами, які спрямовані на виявлення додаткових симптомів РДУГ, було отримано такі показники:

- 1) Найбільші середні показники за субшкалами «Реакції опозиції» та «Додаткові поведінкові проблеми» було виявлено в групі дітей із комбінованою формою РДУГ – це 5,86 та 2,2 відповідно. Найменші середні показники за цими шкалами було виявлено в групі дітей із проблемами соціальної адаптації – 3,6 та 0,54.
- 2) Найбільші середні показники за субшкалою «Тривожно-депресивна симптоматика» було виявлено в дітей з домінантним дефіцитом уваги – 4,06.

Найменші середні показники за цією шкалою в групі дітей із проблемами соціальної адаптації – 1,3.

- 3) Найбільші середні показники за субшкалою «Соціальна адаптація» було виявлено в групі дітей із проблемами соціальної адаптації – 34,04. Найменші показники в групі дітей із дефіцитом уваги – 24,8.

Для кращого розуміння специфіки розподілу та проведення якісного аналізу специфіки проявів симптомів РДУГ наведемо кейси з описом актуальної картини розвитку для дітей у кожній з підгруп.

Батьки Віталія К. звернулися до психолога зі скаргами на труднощі навчання. На момент звернення хлопчику виповнилося 8 років, він навчався в третьому класі загальноосвітньої школи. У віці 5 років дитячій лікар-психіатр поставив йому діагноз РДУГ.

Зі слів батьків, у хлопчика були виражені проблеми з увагою та пам'яттю. Під час виконання домашніх завдань Віталій не міг сконцентрувати увагу на процесі виконання завдання, часто відволікався, при цьому проблеми з утриманням уваги збільшувалися в процесі виконання завдання. Дитина часто забувала та губила речі, забувала інструкції та прохання часто одразу після їх озвучування. У процесі соціальної взаємодії хлопчик демонстрував труднощі із швидким аналізом ситуації, тривалий час не міг запам'ятати імена інших дітей навіть після тривалого знайомства з ними.

За даними шкільної характеристики, учителька відзначала високий інтелект дитини, однак скаржилася, що дитина часто не фокусується на її інструкціях, відволікається від процесу виконання завдання, не завжди може вчасно перейти до виконання завдань.

У процесі обстеження Віталій швидко пішов на контакт, він вислуховував інструкції до тестових завдань і пробував організувати себе за ними, послідовно виконуючи запропоновані дії. Однак у процесі виконання хлопчик часто перепитував, пропускав елементи завдань, плував послідовність дій при їх виконанні. Віталій не завжди міг виявити власні помилки, хоча загалом критично ставився до власних результатів. Через 10 хвилин після початку обстеження

труднощі з фокусуванням та запам'ятовуванням інструкцій посилилися. Хлопчик міг на тривалий час відволікатися, дивитися у вікно чи на стелю. Він продовжував виконувати завдання тільки після нагадування психолога. Темп виконання завдань значно зменшився, а кількість помилок зростає. Більшість помилок на останніх етапах виконання діагностичних завдань хлопчик самостійно виявити не зміг.

За результатами тестування у хлопчика було виявлено значні порушення здатності до утримання уваги та концентрації, зниження обсягу короткострокової пам'яті. Ці симптоми посилювалися в процесі виконання тестових завдань, що дало можливість говорити про знижений рівень енергетичного ресурсу. Аналіз результатів опитувальника Вандербільта, який заповнили батьки Віталія, також уможливив виявити високі показники за шкалою дефіциту уваги, а показники за шкалами імпульсивності та гіперактивності залишалися в межах норми.

Отже, з урахуванням результатів обстеження Віталія було зараховано до підгрупи дітей із домінантним дефіцитом уваги.

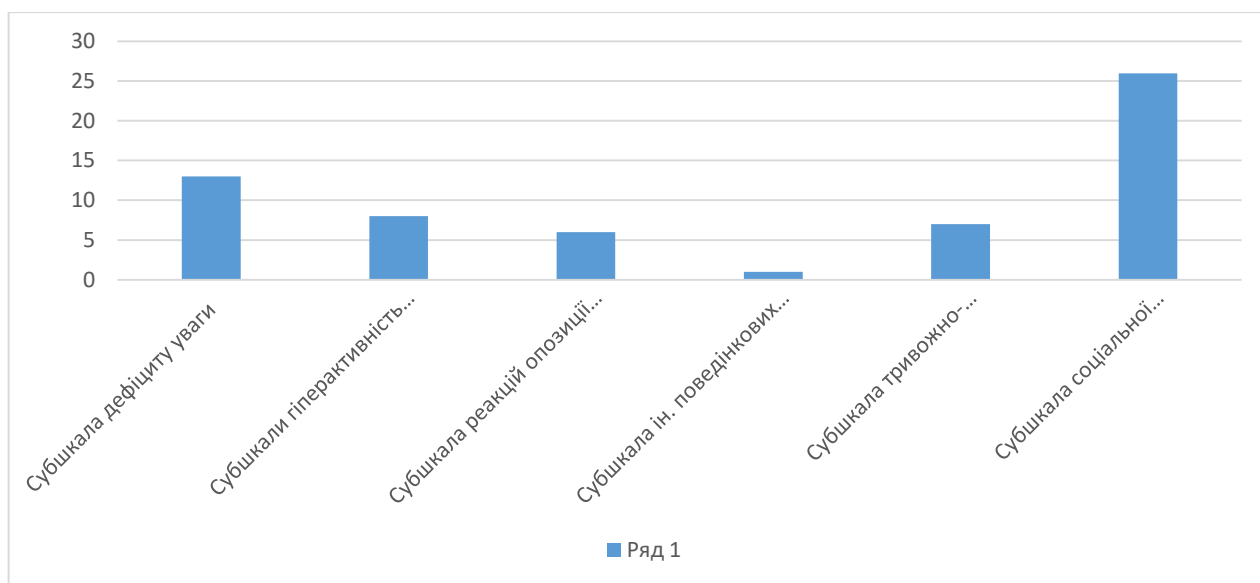


Рисунок 2.1. Показники за опитувальником Вандербільта в дитини з домінантним дефіцитом уваги

Мама Михайла В. звернулася до психолога зі скаргами на високий рівень руховою активності та імпульсивності в поведінці її сина. На момент обстеження дитині виповнилося 7 років, він почав навчання в першому класі загальноосвітньої школи. У віці 4,5 роки дитячий лікар-психіатр поставив хлопчику діагноз РДУГ з

домінантною гіперактивністю. Окрім РДУГ, у віці 5 років у хлопчика було виявлено епілепсію.

Зі слів матері, з першого року життя Михайло демонстрував підвищений рівень рухового та емоційного збудження. В ігровій діяльності завжди обирав рухові ігри, не міг всидіти на одному місці. Ігри та завдання, що потребували очікування, для хлопчика були недоступними. Уся поведінка дитини в дошкільному віці потребувала повної зовнішньої організації. Хлопчик не міг засвоїти основні норми соціальної взаємодії, організувати себе за інструкцією вдома чи в дитячому садочку. Мама Михайла також відзначила, що з віком ситуація дещо покращилася, хлопчик став краще контролювати свою поведінку, стали доступними більш спокійні форми ігор, однак рівень рухової активності та імпульсивності все ще залишається значно вищим порівняно з іншими дітьми. Також вона відзначила посилення цих проявів на тлі адаптації дитини до процесу шкільного навчання.

За даними шкільної характеристики, учителька відзначає непосидючість дитини, імпульсивність та проблеми емоційної регуляції і під час уроків, і в процесі взаємодії з однолітками під час перерви.

У процесі обстеження Михайло швидко пішов на контакт, однак потребував додаткової допомоги при організації власної поведінки – нагадувань та фізичних підказок. При виконанні тестових завдань хлопчик часто не дослуховував інструкцію до кінця, переходячи до виконання завдання. Усі завдання він виконував у швидкому темпі, часто пропускаючи їх окремі частини та роблячи значну кількість інших помилок. Під час усієї процедури обстеження хлопчик пробував вставати з-за столу, гратися з матеріалами (олівцем, папером, стимульними матеріалами), дивився по боках.

За результатами тестування в хлопчика було виявлено високий рівень імпульсивності, труднощі із самоорганізацією та виконанням завдань за інструкцією. За результатами заповненого мамою хлопчика опитувальника Вандербільта було виявлено високі показники за шкалами імпульсивності та гіперактивності, а за шкалою дефіциту уваги бали були значно нижчими. Мати

Михайла пояснила це тим, що коли хлопчик має високу мотивацію до виконання завдань, наприклад, у процесі гри, він демонструє достатній рівень сфокусованості.

Отже, з урахуванням результатів обстеження Михайла було зараховано до підгрупи дітей із домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності.

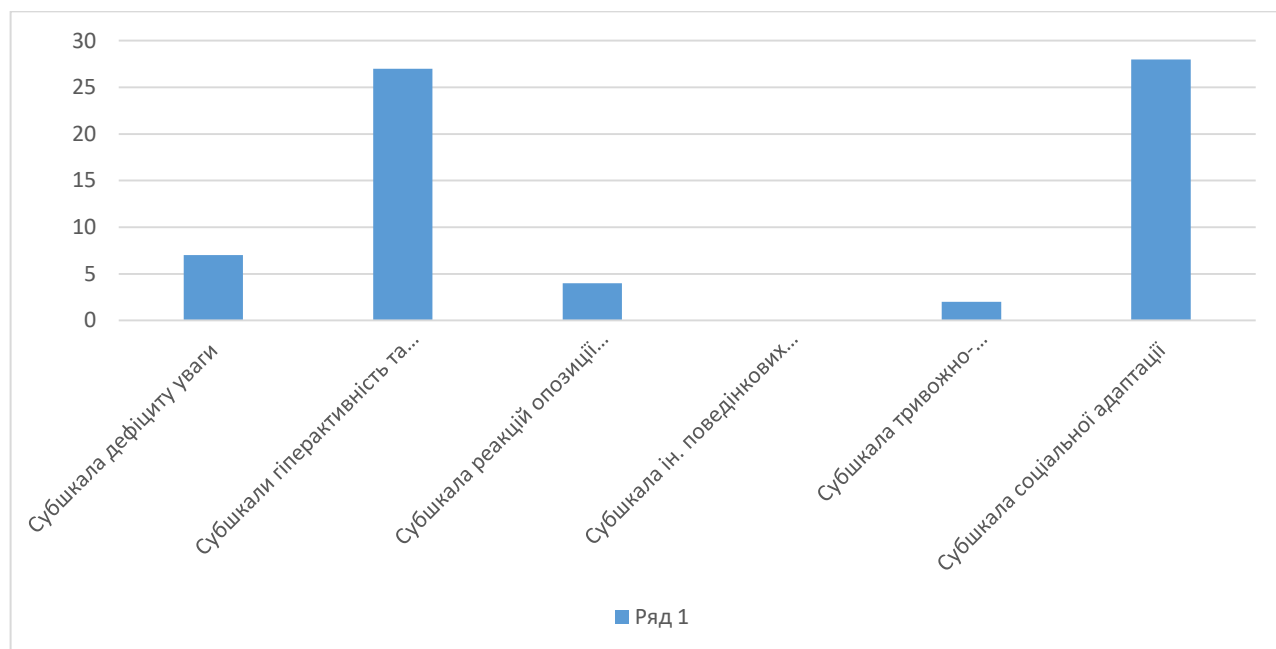


Рисунок 2.2. Показники за опитувальником Вандербільта в дитини з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності

Батьки Сергія С. звернулися до психолога зі скаргами на труднощі в навчанні та взаємодії з однолітками. На момент звернення хлопчику виповнилося 9 років, він навчався в другому класі загальноосвітньої школи. У віці 8 років дитячий лікар-психіатр поставив йому діагноз РДУГ.

Зі слів батьків, у Сергія з перших років життя були проблеми з увагою та контролем поведінки. Проблеми посилилися на тлі відвідувань дитячого садочка. Хлопчик не завжди організовував себе за інструкцією, часто відмовлявся їх виконувати. Дитина відмовлялася від сумісних ігор, якщо вони передбачали жорсткі обмеження, гралася за своїми правилами. При взаємодії з однолітками Сергій часто не дотримувався ритуалів взаємодії, конфліктував. Хлопчик з більшим задоволенням грав з дітьми меншого віку, усі ігри мали руховий характер.

Батьки також відзначають у Сергія проблеми емоційного контролю, переважно пов'язані з гострою реакцією на програші та невдачі, страхом нового.

За даними шкільної характеристики, учителька відзначає здібності дитини до різних навчальних дисциплін та високий рівень інтелектуального розвитку. Однак водночас характеризує Сергія як непосидючу дитину, що часто забуває завдання, імпульсивно та емоційно реагує на зауваження. Також учителька відзначає проблеми при взаємодії з однолітками, пов'язані з нестриманістю та високим рівнем емоційної чутливості хлопчика.

У процесі обстеження Сергій швидко пішов на контакт. Хлопчик докладав зусиль для організації власної поведінки відповідно до ситуації обстеження, вислуховував інструкції до тестових завдань, намагався дотримуватися процедури їх виконання. У процесі виконання можна було спостерігати помилки: пропуски окремих частин завдань, забування інструкцій, занадто швидкий темп виконання, що супроводжувалося збільшенням кількості помилок. Через 20 хвилин після початку обстеження Сергій почав скаржитися на втому та складність завдань, відмовлятися від виконання окремих тестів. На тлі цього значно збільшилася кількість помилок, хлопчик не завжди виконував завдання до кінця. В окремих випадках він вставав з-за столу, починав гратися з олівцем. Окремо варто відзначити негативні реакції дитини на помилки. Виявляючи їх при виконанні завдання, Сергій починав сварити себе вголос, відмовлявся від подальшої роботи.

За результатами діагностики в Сергія було виявлено труднощі з концентрацією та утриманням уваги, зниження її обсягу. Також було зафіксовано підвищений рівень імпульсивності та рухової активності. Аналіз результатів заповненого батьками опитувальника Вандербільта також показав наявність високих показників за шкалами дефіциту ваги, імпульсивності та гіперактивності.

Отже, з урахуванням результатів обстеження Сергія було зараховано до підгрупи дітей із комбінованою формою РДУГ.

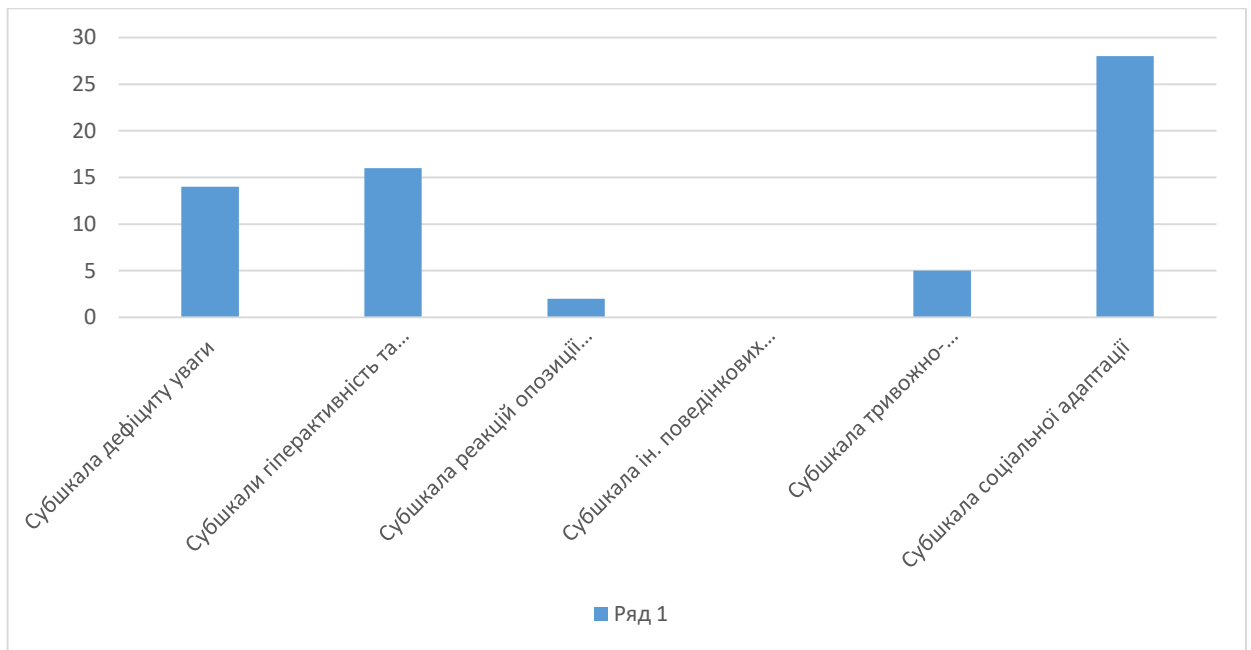


Рисунок 2.3. Показники за опитувальником Вандербільта в дитини з комбінованою формою РДУГ

Батьки Аліси Г. звернулися зі скаргами на труднощі із взаємодією з однолітками та пошуком друзів, що були в дівчинки. На момент звернення дівчинці виповнилося 9 років, вона навчалася в четвертому класі загальноосвітньої школи. У віці 4 років дівчинці було поставлено діагноз РДУГ.

Зі слів батьків, дівчинці були притаманні неуважність та проблеми емоційної регуляції, які проявлялися через бурхливі реакції на невдачі, постійну емоційну напруженість, конфліктність та прояви негативізму. У дошкільному віці Аліса відрізнялася від однолітків непосидючістю, мала проблеми з організацією поведінки в дитячому садочку, не могла тривалий час займатися однією справою. Ігрова діяльність у дитини в цей період переважно зводилася до активних та рухливих ігор. Аліса більше часу проводила з хлопчиками, швидше знаходячи з ними спільну мову. Вона часто конфліктувала з дівчатками свого віку, не мала постійних подруг. Батьки відзначали зниження проявів непосидючості та неуважності з віком. Починаючи з другого класу, дівчинка почала краще організовувати себе при виконанні завдань у школі та вдома. При цьому проблеми взаємодії з однолітками посилювалися. Неодноразово Аліса ставала жертвою булінгу

з боку однокласників, не могла знайти собі друзів на майданчику та в гуртках, які вона відвідувала за проханням батьків.

За даними шкільної характеристики, учителька відзначає емоційність дитини, знижену мотивацію до навчання та труднощі організації взаємодії з однокласниками.

У процесі обстеження Аліса не одразу пішла на контакт. Вона погодилася спілкуватися з психологом після додаткового прохання батьків. Поступово комунікація з боку дитини покращувалася, однак протягом усього обстеження дівчинка продовжувала демонструвати ознаки підвищеної тривожності: смикала себе за волосся, гризла нігті, відповідала на питання тихим голосом, уникала зорового контакту. При виконанні тестових завдань дівчинка робила поодинокі помилки, як-от: пропускала окремі елементи завдань, забувала інструкції, демонструвала труднощі з плануванням послідовності власних дій. Однак помилки переважно мали поодинокий характер, часто Аліса виправляла їх самостійно. Окремі завдання, спрямовані на дослідження уваги, дівчинка відмовлялася виконувати, не пояснюючи при цьому свої реакції.

За результатами діагностики в Аліси було виявлено незначні порушення уваги – труднощі з її концентрацією та утриманням. Окрім того, було зафіксовано підвищений рівень тривожності, прояви опозиційності та негативізму, зниження мотивації до виконання завдань, занижений рівень самооцінки. За результатами аналізу показників, отриманих після заповнення батьками опитувальника Вандербільта, було виявлено високі показники за шкалами опозиційності та соціальної адаптації.

Отже, з урахуванням результатів обстеження Алісу було зараховано до підгрупи дітей з проблемами соціальної адаптації.

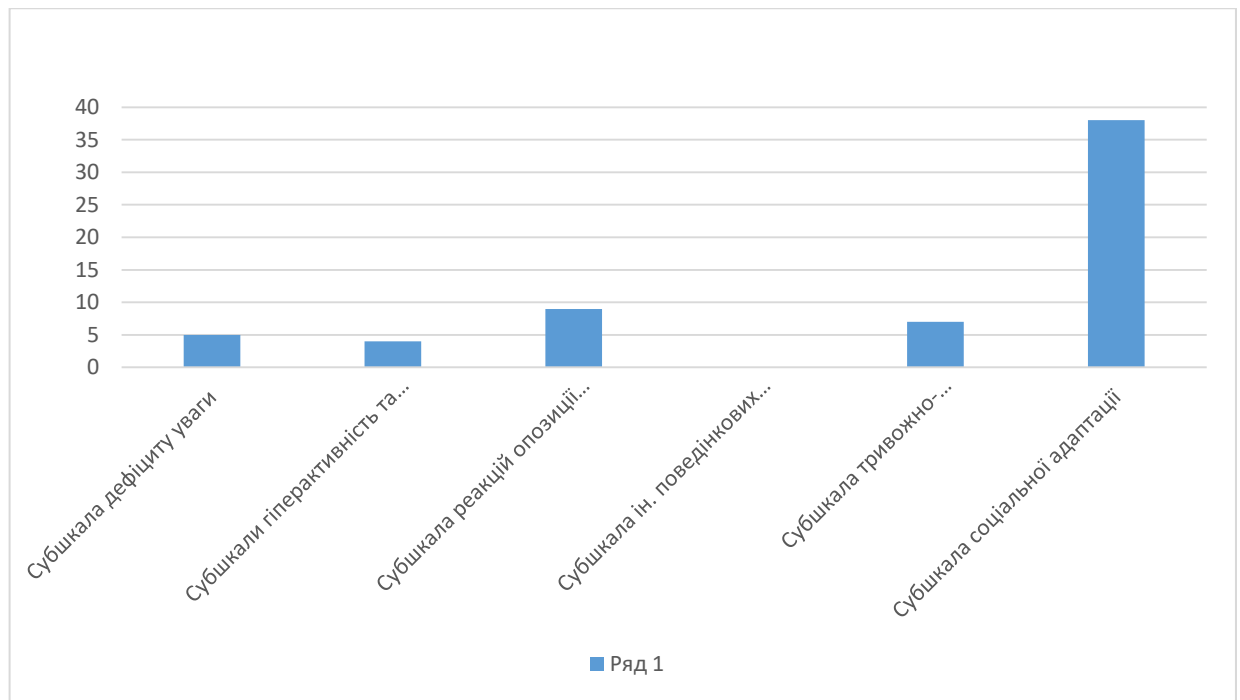


Рисунок 2.4. Показники за опитувальником Вандербільта в дитини з проблемами соціальної адаптації

Можна зробити висновки щодо значної неоднорідності проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку, що підтверджує сучасні погляди на особливості проявів цього порушення в дитячому віці. Окремо варто відзначити дітей з наявним діагнозом РДУГ, які при цьому не демонстрували значних проявів основних симптомів РДУГ, однак мали значні труднощі із соціальною адаптацією. З урахуванням більш високих показників середнього віку дітей у цій підгрупі можна зробити припущення щодо можливості зниження інтенсивності основних симптомів РДУГ з віком та впливу попереднього негативного досвіду на подальші етапи онтогенезу в цих дітей.

2.2.1. Дослідження нейропсихологічних особливостей розвитку в дітей з РДУГ

Для виявлення особливостей нейрофізіологічних показників було використано метод ЕЕГ. У всіх випадках було проведено денний моніторинг особливостей біоелектричної активності мозку із заплющеними очима та при

додаткових функціональних навантажень: гіпервентиляція (1,0–2,5 хвилин), ритмічна фотостимуляція. Основний акцент було зроблено на методі картування нейронних механізмів показників ЕЕГ. Такий підхід може дозволити отримати більш точні дані щодо нейрофізіологічних особливостей дітей з РДУГ (Lenartowicz, Loo, 2015; Заваденко, 2007; Марцинсковський, 2015).

Аналіз результатів ЕЕГ дозволив поділити дітей на такі підгрупи:

- 1) ознаки незрілості лобних та центральних відділів кори;
- 2) легкі дифузні зміни кіркової активності, ознаки нейрофізіологічної незрілості кори;
- 3) дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки;
- 4) ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку.

Згідно з отриманими результатами, найбільші середні показники за шкалою неувважності можна пов'язати з четвертим типом ЕЕГ, при якому спостерігаються ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку. Другі за значущістю показники в підгрупі дітей із другим типом ЕЕГ – легкі дифузні зміни кіркової активності, ознаки нейрофізіологічної незрілості кори. Найменші показники спостерігаються в дітей із першим типом ЕЕГ. Найбільші середні значення показників імпульсивності та гіперактивності спостерігаються при третьому типі ЕЕГ – дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх та задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та структур підкірки. Другі за значущістю показники – при першому типі ЕЕГ, що пов'язується з виявленими ознаками незрілості лобних та центральних відділів кори головного мозку. Найнижчі показники в дітей із другим типом ЕЕГ. Найбільші середні значення за показниками реакцій опозиції спостерігаються в дітей з першим та четвертим типами ЕЕГ. Найменші показники в дітей з другим типом ЕЕГ. За субшкалою інших поведінкових проявів перші за значущістю показники спостерігаються в групі дітей із першим типом ЕЕГ, другі – у дітей із третім типом ЕЕГ. Найменші показники при другому типі ЕЕГ.

Показники тривожності та депресії демонструють найбільший зв'язок із першим типом ЕЕГ. Другі за значущістю показники спостерігаються в групі дітей із третім типом ЕЕГ. Найменші показники в дітей із другим типом ЕЕГ.

Загалом варто відзначити, що показники за субшкалами реакцій опозиції, тривожно-депресивної симптоматики та інших поведінкових проблем, згідно з отриманими результатами, демонструють незначні розбіжності щодо типу ЕЕГ. Це може вказувати на більший зв'язок цих показників з іншими особливостями розвитку, зокрема з особливостями соціально-психологічного середовища.

За показниками соціальної адаптації найбільший рівень відмінностей було виявлено в дітей із другим типом ЕЕГ, а також у дітей із першим типом ЕЕГ (другі за ступенем значущості). Найменші показники було виявлено в дітей із третім типом ЕЕГ.

З огляду на отримані дані стає можливим аналіз розподілу показників РДУГ за субшкалами опитувальника Вандербільта для кожного з типів ЕЕГ відносно загальної кількості найвищих значень:

1. Ознаки незрілості лобних та центральних відділів кори (перший тип ЕЕГ) – найвищі середні значення за субшкалами реакцій опозиції, тривожно-депресивної симптоматики та інших поведінкових проблем та другі за значущістю показники за субшкалами гіперактивності та імпульсивності, субшкалою соціальної адаптації.
2. Ознаки незрілості дієнцефально-стовбурових структур головного мозку (четвертий тип ЕЕГ) – найвищі показники за субшкалою дефіциту уваги та другі за значущістю показники за субшкалами реакцій опозиції та тривожно-депресивної симптоматики.
3. Дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (третій тип ЕЕГ) продемонстрували зв'язок із найбільшими середніми значеннями за субшкалами гіперактивності та імпульсивності, було виявлено також їх зв'язок з другими за значущістю показниками за субшкалою інших поведінкових проблем.

4. Легкі дифузні зміни кіркової активності з ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (другий тип ЕЕГ) – найвищі показники за субшкалою соціальної адаптації, а також було виявлено їх зв'язок з другими за значущістю показниками за субшкалою дефіциту уваги.

Так було виявлено, що в дітей з домінантним дефіцитом уваги найчастіше спостерігаються ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур, а в дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності більше притаманними виявилися дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки. Для дітей з проблемами соціальної адаптації домінантними виявилися легкі дифузні зміни кіркової активності з ознаками нейрофізіологічної незрілості кори. Найбільшу варіативність показників біоелектричної активності мозку було виявлено в підгрупі дітей з комбінованою формою РДУГ.

Окремо було проаналізовано розподіл показників за субшкалами опитувальника Вандербільта за типами ЕЕГ для кожної з виокремлених підгруп дітей з РДУГ. За результатами аналізу особливостей розподілу показників у групі дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності, найбільша кількість високих середніх показників пов'язана з четвертим типом ЕЕГ, а зокрема за субшкалами реакцій опозиції та тривожно-депресивної симптоматики, другі за значущістю показники за субшкалами дефіциту уваги, гіперактивності та імпульсивності, інших поведінкових проблем та соціальної адаптації. При цьому найвищі показники були пов'язані з третім типом ЕЕГ – це найвищі значення за шкалами дефіциту уваги, гіперактивності та імпульсивності, соціальної адаптації. Другі значення було виявлено для субшкал інших поведінкових проблем та тривожно-депресивної симптоматики. Перший тип ЕЕГ для цієї підгрупи пов'язаний із найвищими середніми показниками за субшкалою інших поведінкових проблем та другими за величиною показники реакцій опозиції. Другий тип ЕЕГ виявився непритаманним для підгрупи дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності.

Можна зробити висновки, що ознаками незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку (другий тип ЕЕГ) є непритаманними для дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності. Також варто вказати, що найбільш значущими для цієї підгрупи виявилися дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (третій тип ЕЕГ), які можна пов'язати з найвищими показниками за субшкалами опитувальника Вандербільта. До цих шкал, зокрема, належать шкали дефіциту уваги, соціальної адаптації, гіперактивності та імпульсивності. Останні є основними для цієї підгрупи. Найбільша кількість значущих показників для дітей у цій підгрупі виявилася пов'язаною з легкими дифузними змінами кіркової активності з ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (четвертий тип ЕЕГ). Відповідно можна відзначити, що загальна нейрофізіологічна незрілість проявляє себе для дітей цієї підгрупи через широкий спектр різноманітних симптомів, а дезорганізовані зміни у функціонуванні передніх та задніх відділів кори головного мозку із залученням підкіркових утворень проявляють себе через більш інтенсивні симптоматичні прояви. Ознаки незрілості передніх та середніх відділів кори (перший тип ЕЕГ) порівняно з третім та четвертим типами ЕЕГ продемонстрували обмежений зв'язок з показниками РДУГ у дітей цієї підгрупи. Зокрема було виявлено їх зв'язок з показниками за шкалою інших поведінкових проблем опитувальника Вандербільта.

У підгрупі дітей з порушенням уваги виявлено найбільший зв'язок середніх показників за субшкалами опитувальника Вандербільта з другим типом ЕЕГ. З цим типом ЕЕГ пов'язані найвищі середні показники дефіциту уваги та інших поведінкових проблем. Другі за величиною показники – із субшкалами гіперактивності та імпульсивності, тривожно-депресивної симптоматики, соціальної адаптації. Найбільша кількість високих середніх значень була пов'язана з першим типом ЕЕГ – показники гіперактивності та імпульсивності, тривожно-депресивної симптоматики, соціальної адаптації. Четвертий тип ЕЕГ демонструє

зв'язок з другими за значущістю показниками за субшкалами дефіциту уваги та соціальної адаптації. Дітей з третім типом ЕЕГ у підгрупі дітей з порушенням уваги не було виявлено.

Отже, дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (третій тип ЕЕГ) виявилися непритаманними для дітей з домінантними показниками дефіциту уваги. При цьому найбільш значущі зв'язки проявів РДУГ з особливостями функціонування мозку для дітей у цій підгрупі було виявлено для ознак незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку (перший тип ЕЕГ). Саме вони асоціювалися з високими показниками за шкалою дефіциту уваги, яка для цієї підгрупи була основою. Окрім того, у дітей цієї підгрупи вони виявилися пов'язаними з показниками за шкалою інших поведінкових проблем. Також було виявлено, що найбільша кількість високих середніх показників за шкалами опитувальника Вандербільта проявлялася на тлі ознак незрілості лобних та центральних відділів кори (другий тип ЕЕГ), а це прояви гіперактивності та імпульсивності, симптоми тривоги та депресії та проблеми соціальної адаптації. Однак варто відзначити, що ці показники були пов'язані з другорядними для цієї підгрупи шкалами. Легкі дифузні зміни кіркової активності з ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (четвертий тип ЕЕГ) продемонстрували наявність обмежених зв'язків з показниками дефіциту уваги для дітей у цій підгрупі.

У підгрупі дітей з комбінованою формою РДУГ найбільша кількість високих середніх показників пов'язана з першим типом ЕЕГ. Сюди належать найвищі середні показники за субшкалами гіперактивності та імпульсивності, реакцій опозиції, інших поведінкових проблем, тривожно-депресивної симптоматики, соціальної адаптації, а також другі за величиною показники за субшкалою дефіциту уваги. З четвертим типом ЕЕГ у цій підгрупі пов'язані найвищі середні показники за субшкалою дефіциту уваги та другі за величиною показники за субшкалами реакцій опозиції, інших поведінкових проблем, тривожно-депресивної

симптоматики, соціальної адаптації. Третій тип ЕЕГ пов'язаний з другими за величиною середніми показниками гіперактивності та імпульсивності. Дітей з другим типом ЕЕГ у цій підгрупі не було виявлено.

Можна зробити висновки, що для дітей з комбінованою формою РДУГ ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку виявилися непритаманними (другий тип ЕЕГ). Найбільша кількість значущих та найвищих показників за шкалами опитувальника Вандербільта була пов'язана з ознаками незрілості лобних та центральних відділів кори (перший тип ЕЕГ), що частково збігається з результатами, що були отримані для дітей з порушеннями уваги. Однак для дітей з комбінованою формою РДУГ такі особливості функціонування мозку виявилися пов'язані одночасно і з найбільшою кількістю виявлених зв'язків загалом, і з найбільшою кількістю показників високої значущості. Сюди, зокрема, варто віднести параметри гіперактивності та імпульсивності, що були важливими для відношення дітей з РДУГ до цієї підгрупи, реакції опозиції, прояви тривоги та депресії, проблеми соціальної адаптації та інші поведінкові проблеми. Легкі дифузні зміни кіркової активності з ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (четвертий тип ЕЕГ) також продемонстрували наявність зв'язків з комбінованою формою РДУГ. Саме з ними можна пов'язати високі показники за шкалою дефіциту уваги. Також було виявлено їх зв'язок з проявами реакцій опозиції, інших поведінкових проблем, показниками тривожно-депресивної симптоматики та соціальної адаптації. Дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (третій тип ЕЕГ) продемонстрували обмежений зв'язок із симптомами гіперактивності та імпульсивності для дітей цієї підгрупи, що лише частково збігається з результатами, отриманими для підгрупи дітей з домінуванням цих проявів. Для останніх указані особливості біоелектричної активності мозку продемонстрували високий рівень зв'язків із цими симптомами.

У підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено зв'язок з другим типом ЕЕГ – найвищі показники за субшкалами тривожно-депресивної

симптоматики та соціальної адаптації. Другі за величиною показники за субшкалами дефіциту уваги, реакцій опозиції та інших поведінкових проблем. З четвертим типом ЕЕГ пов'язані найвищі середні показники за субшкалами дефіциту уваги та інших поведінкових проблем, другі за значущістю показники за субшкалою соціальної адаптації. Також було виявлено зв'язок першого типу ЕЕГ з найвищими показниками за субшкалою реакцій опозиції та другі за значущістю показники за субшкалою тривожно-депресивної симптоматики. Третій тип ЕЕГ виявився непритаманним для дітей цієї підгрупи.

Можна зробити висновки про те, що дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (третій тип ЕЕГ) є непритаманними для дітей з проблемами соціальної адаптації, що збігається з результатами, отриманими для дітей з домінантними гіперактивністю та імпульсивністю. Ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку (другий тип ЕЕГ) виявилися пов'язаними для дітей цієї підгрупи з найбільшою кількістю значущих результатів. Сюди, зокрема, варто віднести і показники за шкалою соціальної адаптації, які стали основними при віднесенні дітей до цієї підгрупи, а також симптоми тривоги та депресії, дефіциту уваги, реакцій опозиції та інші поведінкові проблеми. Також було виявлено велику кількість значущих зв'язків з показниками за шкалами опитувальника Вандербільта з легкими дифузними змінами кіркової активності з ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (четвертий тип ЕЕГ). Вони виявили високий рівень зв'язків з проявами дефіциту уваги та іншими поведінковими проблемами для дітей цієї підгрупи. Також вони продемонстрували обмежений зв'язок з показниками за шкалою соціальної адаптації. Ознаками незрілості лобних та центральних відділів кори продемонстрували значний зв'язок з проявами опозиційності, а також менш значущий зв'язок з симптомами тривоги та депресії. Загалом варто відзначити, що підгрупа дітей з проблемами соціальної адаптації продемонструвала найбільшу варіативність зв'язків між показниками за шкалами опитувальника Вандербільта та різними типами ЕЕГ, що дає можливість говорити

про значну варіативність нейропсихологічних особливостей розвитку для дітей у цій підгрупі.

Отримані результати розподілу типів ЕЕГ у підгрупах дітей з РДУГ наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл типів ЕЕГ у підгрупах дітей з РДУГ

Підгрупа дітей з РДУГ	Тип ЕЕГ			
	Ознаки незрілості лобних та центральних відділів кори (1)	Легкі дифузні зміни кіркової активності із ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (2)	Дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (3)	Ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку (4)
Діти з домінантними гіперактивністю та імпульсивністю	10	0	6	16
Діти з домінантним дефіцитом уваги	4	14	0	17
Діти із комбінованою формою РДУГ	9	0	10	10
Діти з проблемами соціальної адаптації	6	15	0	5
	Кількість дітей			

Отже, для кожної підгрупи було виявлено не тільки домінантні типи ЕЕГ, але й ті особливості біоелектричної активності мозку, що не є притаманними для дітей у кожній з підгруп:

1. Підгрупа дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності – домінантними особливостями ЕЕГ є ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку (четвертий тип ЕЕГ); дезорганізовані

зміни біоелектричної активності на рівні передніх та задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та структур підкірки (третій тип ЕЕГ) пов'язані з найбільшою кількістю високих середніх показників. Дітей з легкими дифузними змінами кіркової активності та ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (другим типом ЕЕГ) у цій підгрупі не було виявлено. Ці зміни можуть указувати на більш серйозні нейрофізіологічні відхилення, які проявляються у вигляді гіперактивності та імпульсивності. Відсутність дітей з легкими дифузними змінами кіркової активності (другий тип ЕЕГ) може свідчити про те, що ці більш легкі зміни не є притаманними для гіперактивності та імпульсивності.

2. Підгрупа дітей з порушенням уваги – домінантними є легкі дифузні зміни кіркової активності, ознаки нейрофізіологічної незрілості кори (другий тип ЕЕГ); ознаки незрілості лобних та центральних відділів кори (перший тип ЕЕГ) пов'язані з найбільшою кількістю високих середніх показників. Дітей з ознаками незрілості дієнцефально-стовбурових структур головного мозку (четвертим типом ЕЕГ) не виявлено. Такі результати вказують на те, що дефіцит уваги можна локалізувати та пов'язати з порушеннями у функціонуванні лобних та центральних відділів кори мозку (перший тип ЕЕГ), їх незрілістю.
3. Підгрупа дітей з комбінованою формою РДУГ – домінантними є ознаки незрілості лобних та центральних відділів кори (перший тип ЕЕГ); другими за кількістю значущих показників виявилися ознаки незрілості дієнцефально-стовбурових структур головного мозку (четвертий тип ЕЕГ). Дітей з легкими дифузними змінами кіркової активності та ознаками нейрофізіологічної незрілості кори (другим типом ЕЕГ) не виявлено. Отже, можна зробити припущення, що саме лобні та центральні відділи кори головного мозку (їх дисфункція) відіграють ключову роль у формуванні і порушень уваги, і гіперактивності.
4. Підгрупа дітей з проблемами соціальної адаптації – домінантними особливостями біоелектричної активності мозку є легкі дифузні зміни кіркової

активності, ознаки нейрофізіологічної незрілості кори (другий тип ЕЕГ); другими за кількістю значущих показників виявилися ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку (четвертий тип ЕЕГ). Дітей з дезорганізованими змінами біоелектричної активності на рівні передніх та задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки (третім типом ЕЕГ) у цій підгрупі не було виявлено. Такі результати можуть вказувати на те, що порушення соціальної адаптації є наслідком легких дифузних змін кіркової активності (другий тип ЕЕГ) й ознак незрілості діенцефально-стовбурових структур мозку (четвертий тип ЕЕГ).

Отже, кожна підгрупа дітей має специфічні нейрофізіологічні характеристики, що відображають особливості їхніх поведінкових та психологічних проблем. При цьому діти з гіперактивністю та імпульсивністю мають більш виражені зміни в нейрофізіологічній зрілості, особливо в ділянках, пов'язаних із контролем поведінки. Діти з порушенням уваги та соціальної адаптації виявляють більш легкі зміни, але все одно потребують спеціалізованого підходу в навчанні та вихованні. Для комбінованої форми РДУГ притаманним є домінування декількох типів ЕЕГ-змін, що підкреслює складність цієї форми розладу.

Отримані результати можуть бути використані для розробки індивідуалізованих програм лікування, навчання та соціальної адаптації дітей з різними типами поведінкових і психологічних порушень.

Розрахунки результатів за допомогою Н-критерія Крассела–Уолліса допомогли виявити специфіку розподілу особливостей ЕЕГ у групі досліджуваних дітей. Було підраховано показники за кожною із субшкал опитувальника Вандербільта щодо розбіжностей показників з визначеними типами ЕЕГ. За результатами розрахунків було виявлено значущі відмінності за шкалами 2+3 (субшкали гіперактивності та імпульсивності), що пов'язані з показниками гіперактивності та імпульсивності (Таблиця 2.5).

**Ступень значущості відмінностей показників ЕЕГ серед дітей
молодшого шкільного віку з РДУГ**

Номер шкали в опитувальнику Вандербільта	Середні показники для кожної з шкал у групі досліджуваних (N=122)	Рівень розбіжностей
Субшкала дефіциту уваги (1)	9,56	0,130
Субшкали гіперактивності та імпульсивності (2+3)	9,79	32,413**
Субшкала реакцій опозиції (4)	4,39	0,345
Субшкала інших поведінкових проблем (5)	1,13	0,534
Субшкала тривожно-депресивної симптоматики (6)	2,65	0,448
Субшкала соціальної адаптації (7)	27,5	0,160

Примітка** – найвищі показники по кожній із субшкал

* – другі за значущістю показники

Результати дослідження вказують на різні рівні розбіжностей між групами дітей з різними типами ЕЕГ (електроенцефалограми) у різних аспектах поведінки. Важливо розуміти, що кожен з цих аспектів представляє різні поведінкові та психологічні характеристики і їх аналіз допомагає краще зрозуміти вплив нейропсихологічних факторів на поведінку дітей.

Показники гіперактивності та імпульсивності (2+3) мають найвищий рівень значущих відмінностей між групами дітей з різними типами ЕЕГ. Це вказує на те, що діти з різними типами мозкової активності, яку фіксують ЕЕГ, демонструють суттєво різні рівні гіперактивності та імпульсивності. Ці відмінності є статистично значущими, що підтверджується значеннями $p \leq 0,01$. Можна зробити висновки, що діти з різними типами ЕЕГ можуть мати різну схильність до гіперактивності та імпульсивної поведінки. Це може бути пов'язано з нейропсихологічними особливостями, що впливають на здатність контролювати імпульси та рівень активності.

Рівень розбіжностей за субшкалою дефіциту уваги (1) становить 0,130, що не є статистично значущим. Це означає, що відмінності в рівні дефіциту уваги між групами дітей не є суттєвими. Відповідно можна говорити про те, що особливості ЕЕГ не мають суттєвого впливу на рівень дефіциту уваги або вплив є незначним. Це може свідчити про те, що дефіцит уваги є більш універсальним явищем, незалежним від конкретних типів мозкової активності.

За субшкалою реакцій опозиції (4) рівень розбіжностей 0,345 також не є статистично значущим. Поведінкові реакції опозиції, такі як протидія дорослим чи відмова від виконання завдань, не мають значущих відмінностей між дітьми з різними типами ЕЕГ. Це може вказувати на те, що ці реакції більше пов'язані з іншими особливостями розвитку дитини, наприклад, з вихованням чи соціальними умовами.

Для показників за субшкалою інших поведінкових проблем (5) рівень розбіжностей становить 0,534, що вказує на відсутність значущих відмінностей. Отже, інші поведінкові проблеми (агресія, порушення дисципліни тощо) не мають сильного зв'язку з типом ЕЕГ. Це може означати, що ці проблеми є більш складними і залежать від багатьох інших особливостей розвитку, а не тільки від нейропсихологічних.

Для тривожно-депресивної симптоматики (6) рівень розбіжностей становить 0,448, що також не є статистично значущим. Тривожність та депресивні симптоми не демонструють суттєвих відмінностей між дітьми з різними типами ЕЕГ. Це може свідчити про те, що ці емоційні стани є більш універсальними і можуть впливати на всіх дітей незалежно від типу їх мозкової активності.

Для показників соціальної адаптації (7) рівень розбіжностей 0,160 вказує на відсутність значущих відмінностей. Соціальна адаптація дітей, яка може містити здатність до взаємодії з однолітками, адаптацію до шкільного середовища та інших соціальних контекстів не є суттєво залежною від типу ЕЕГ. Це може означати, що соціальні навички й адаптація більше залежать від середовища і виховання, ніж від типу мозкової активності.

Ці дані вказують на те, що нейропсихологічні особливості, які фіксуються за допомогою ЕЕГ, мають найбільший вплив на гіперактивність та імпульсивність у дітей. Інші аспекти поведінки, такі як дефіцит уваги, реакції опозиції, поведінкові проблеми, тривожність, депресія та соціальна адаптація меншою мірою залежать від типу мозкової активності. Це може свідчити про те, що хоча нейропсихологічні особливості відіграють важливу роль у формуванні певних поведінкових рис, багато інших аспектів поведінки дітей залежать від соціальних, виховних та індивідуальних особливостей розвитку дитини.

Отримані дані дозволяють більш точно диференціювати дітей з різними типами гіперактивності та імпульсивності на основі їхніх нейропсихологічних особливостей, зафіксованих за допомогою ЕЕГ. Це може значно підвищити ефективність діагностики та корекції розладів дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Результати дослідження можуть бути використані при розробці індивідуалізованої програми навчання та виховання, що враховують нейропсихологічні особливості дітей. Це допоможе покращити їхню соціальну адаптацію, зменшити прояви гіперактивності та імпульсивності, а також підвищити ефективність навчального процесу. Отримані результати можуть бути використані для розробки та вдосконалення програм корекційного навчання, спрямованих на зниження рівня гіперактивності та імпульсивності в дітей з різними типами ЕЕГ. Це особливо важливо для дітей з вираженими поведінковими порушеннями.

Отримані дані можуть служити основою для створення методичних рекомендацій для психологів, педагогів та батьків щодо роботи з дітьми, у яких спостерігаються розлади уваги та поведінки. Це допоможе більш ефективно взаємодіяти з такими дітьми та сприяти їхньому успішному розвитку. Розуміння специфіки впливу нейропсихологічних особливостей на поведінку дітей дозволяє психологам і психотерапевтам більш точно підбирати методи терапії, що можуть бути найбільш ефективними для корекції поведінкових і емоційних проблем у дітей.

Отже, результати дослідження мають значний потенціал для практичного застосування в освітньому та медико-психологічному контекстах, сприяючи поліпшенню якості життя дітей з поведінковими та емоційними розладами.

2.2.2. Дослідження соціально-психологічних особливостей розвитку дітей з РДУГ

Основним методом дослідження на виявлення соціально-психологічних особливостей розвитку було обрано опитувальник дитячо-батьківських емоційних відносин (ОДБЕВ) О. Захарової, який було перекладено та адаптовано на базі Української асоціації нейропсихології (<https://uanp.org.ua/>).

При аналізі результатів заповненого батьками опитувальника ОДБЕВ було підраховано показники за такими субшкалами:

1. Здатність сприймати стан – здатність сприймати емоційний стан дитини, відчувати її настрій, бажання, ставлення до оточення.
2. Розуміння причин стану – розуміння причин різних емоційних станів дитини, уміння знатися на тому, чому вона перебуває в гарному настрої, радіє, хвилюється, засмучується, ображається тощо.
3. Емпатія – розуміння її емоційного стану, проникнення в її внутрішній світ, розуміння її переживань, думок, почуттів. При цьому емпатія може проявлятися у формі співпереживання тих самих почуттів, які відчуває дитина, а також у формі співчуття – схильності емоційно відгукуватися на почуття дитини.
4. Почуття батьків у ситуації взаємодії – тенденція відчувати позитивні емоції під час взаємодії з дитиною, отримувати задоволення від спілкування з нею, відчувати таку ж відповідну позитивну реакцію з її боку.
5. Безумовне прийняття – безумовне прийняття своєї дитини такою, якою вона є, уміння прощати їй більшість її провин і недоліків.
6. Прийняття себе як батька чи матері – прийняття себе як батька чи матері, упевненість у своїй здатності впоратися з більшістю ситуацій та проблем у вихованні своєї дитини, уміння навчити її всього необхідного.

7. Переважаючий емоційний фон – особливості емоційного фону при спілкуванні з дитиною, уміння приємно проводити час, відчувати взаємне задоволення від взаємодії.
8. Прагнення до тілесного контакту – рівень прагнення до різних форм фізичного контакту зі своєю дитиною.
9. Надання емоційної підтримки – прагнення надавати емоційну підтримку своїй дитині, високо оцінювати та заохочувати її зусилля та досягнення, наголошувати на своїй вірі в її сили та здібності.
10. Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії – орієнтація на емоційний та фізичний стан дитини під час побудови взаємодії з нею, прагнення враховувати особливості цього стану у своїх вимогах до неї.
11. Уміння впливати на емоційний стан дитини – здатність впливати на емоційний стан дитини, налаштовувати її на серйозні заняття, заспокоювати в складних ситуаціях, змінювати поганий настрій.

За результатами визначення особливостей відносин між батьками і дітьми із РДУГ за допомогою опитувальника ОДБЕВ було отримано дані, які наведені в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Середні показники за субшкалами опитувальника ОДБЕВ для дітей з РДУГ

Середні значення за субшкалами ОДБЕВ (N=122)	
Здатність сприймати стан (1)	3,73
Розуміння причин (2)	3,15
Емпатія (3)	3,34
Почуття батьків у ситуації взаємодії (4)	4,14
Безумовне прийняття (5)	3,98
Прийняття себе як батька чи матері (6)	3,77
Переважаючий емоційний фон (7)	3,68
Прагнення до тілесного контакту (8)	4,03
Надання емоційної підтримки (9)	3,88
Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії (10)	2,58
Вміння впливати на емоційний стан дитини (11)	3,72

Найвищі показники за субшкалами емпатії, прийняття себе як батька чи матері, переважаючого емоційного фону, прагнення до тілесного контакту, орієнтації на стан дитини під час взаємодії та вміння впливати на стан дитини під час взаємодії було виявлено у підгрупі дітей з гіперактивністю. Серед них тільки показники за субшкалою емпатії належать до блоку чутливості, тоді як субшкали 6 (прийняття себе як батька чи матері) та 7 (переважаючий емоційний фон) належать до блоку емоційного прийняття, а субшкали 8 (прагнення до тілесного контакту), 10 (орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії), 11 (вміння впливати на емоційний стан дитини) – до блоку поведінкових проявів емоційної взаємодії. Найвищі середні показники за субшкалами здатності сприймати стан дитини та розуміння причин та почуття батьків у ситуації взаємодії було виявлено в підгрупі дітей з проблемами соціальної взаємодії, де субшкали 1 (здатність сприймати стан) та 2 (розуміння причин) належать до блоку чутливості, а субшкала 4 (почуття батьків у ситуації взаємодії) – до блоку емоційного прийняття. Для дітей із комбінованою формою РДУГ було виявлено високі показники безумовного прийняття, що належать до блоку емоційного прийняття. Для дітей із домінантним дефіцитом уваги притаманними виявилися високі показники за субшкалою надання емоційної підтримки, що в методиці ОДБЕВ пов'язана з блоком поведінкових проявів емоційної взаємодії. Отримані середні показники для кожної з підгруп дітей із РДУГ наведено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Середні показники за субшкалами опитувальника ОДБЕВ для кожної з підгруп дітей із РДУГ

№	Шкали ОДБЕВ	Підгрупи дітей			
		Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N= 32)	Діти з порушенням уваги (N=35)	Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)
1.	Здатність сприймати стан	3,93	3,01	3,96	4,09
2.	Розуміння причин	3,38	2,62	3,02	3,68
3.	Емпатія	3,49	3,11	3,31	3,45

4.	Почуття батьків у ситуації взаємодії	4,15	3,9	4,21	4,34
5.	Безумовне прийняття (5)	3,98	4	3,99	3,87
6.	Прийняття себе як батька чи матері	4,2	3,24	3,67	4,03
7.	Переважаючий емоційний фон	3,81	3,6	3,74	3,55
8.	Прагнення до тілесного контакту	4,53	3,99	3,75	3,75
9.	Надання емоційної підтримки	3,51	4,09	4	3,92
10.	Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії	2,66	2,43	2,6	2,65
11.	Уміння впливати на емоційний стан дитини	4,3	3,07	3,71	3,88

При обробці результатів дослідження використано метод кореляційного аналізу. Застосовано коефіцієнт Пірсона, оскільки він дозволяє отримати важливі дані на невеликих вибірках та його застосовують у випадку відсутності нормального розподілу. У результаті було виявлено низку показників, що корелюють між собою.

Усі виявлені кореляції було поділено на дві групи. До першої групи було зараховано показники кореляції на рівні $p \leq 0,01$, а до другої групи – показники кореляції на рівні $p \leq 0,05$. Найбільш високі показники кореляції з показниками, що було отримано за субшкалами опитувальника ОДБЕВ на рівні усієї вибірки, було виявлено для симптомів порушень уваги (Таблиця 2.8).

Так, можна зробити висновки щодо зв'язків широкого спектра соціально-психологічних особливостей розвитку із показниками дефіциту уваги в дітей з РДУГ. Три основні показники, що формують блок чутливості в методиці ОДБЕВ (здатність сприймати стан дитини, розуміння причин стану та емпатія), демонструють найтісніший зв'язок із симптомами порушення уваги. Це означає, що батьки, які здатні глибоко розуміти та відчувати емоційний стан дитини, мають

більшу ймовірність позитивно впливати на розвиток уваги в дітей. Нестача цієї чутливості може сприяти розвитку дефіциту уваги.

Таблиця 2.8

Кореляція для показника «Порушення уваги» з показниками за субшкалами опитувальника ОДБЕВ

Рівень кореляції	Назва показника	Отримані результати
$p \leq 0,01$	Здатність сприймати стан дитини	-0,735
	Розуміння причин стану	-0,810
	Емпатія	-0,780
	Прийняття себе як батька чи матері	- 0,870
	Уміння впливати на емоційний стан дитини	-0,976
$p \leq 0,05$	Почуття батьків у ситуації взаємодії	-0,436
	Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії	-0,423
	Надання емоційної підтримки	0,451

Прийняття себе як батька чи матері виявилось вагомим показником, що корелює з симптомами порушення уваги на рівні $p \leq 0,01$. Це відображає важливість позитивної самооцінки батьків у вихованні дітей з порушенням уваги. Батьки, які відчують себе впевненими у своїй ролі, мають більшу здатність впливати на психологічний розвиток дитини.

Уміння впливати на емоційний стан дитини також виявило сильний зв'язок з симптомами порушення уваги на рівні $p \leq 0,01$. Це засвідчує, що здатність батьків допомагати дитині регулювати свої емоції є важливим аспектом у зниженні проявів дефіциту уваги. Виявлено зв'язок між показниками «Гіперактивність та імпульсивність» та «Вміння впливати на емоційний стан дитини» на рівні -0,419. Це означає, що здатність батьків керувати емоціями дитини також має значення для контролю гіперактивної та імпульсивної поведінки.

Тілесний контакт також відіграє роль у зниженні тривожно-депресивної симптоматики та покращенні соціальної адаптації. Виявлено зв'язок між прагненням до тілесного контакту та тривожно-депресивними симптомами на рівні

-0,510 і соціальною адаптацією на рівні -0,425. Це свідчить про те, що фізична близькість між батьками та дітьми може мати заспокійливий і стабілізуючий вплив.

Використання коефіцієнту Пірсона для аналізу кореляцій між дитячо-батьківськими відносинами та симптомами РДУГ у різних підгрупах дітей вказує на те, що ці взаємозв'язки можуть бути специфічними для кожної підгрупи. Додавання результатів кореляційного аналізу самооцінки дітей з РДУГ до загальної картини дозволяє глибше зрозуміти, як самооцінка дитини впливає на прояви РДУГ у контексті взаємодії з батьками.

Також коефіцієнт Пірсона було використано для виявлення зв'язків між особливостями дитячо-батьківських відносин та показників РДУГ на рівні окремих підгруп. За результатами для кожної з них було створено кореляційну плеяду, куди також було додано результати кореляційного аналізу взаємозв'язків між особливостями дитячо-батьківської взаємодії та самооцінкою дітей з РДУГ.

У підгрупі дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності було виявлено обернену кореляцію на рівні -0,358 ($p \leq 0,05$) між показниками «Інші поведінкові проблеми» та «Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії».

Такий рівень кореляції вказує, що орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії з нею має деякий вплив на наявність інших поведінкових проблем, але цей вплив не є значним. Тобто чим більше уваги батьки приділяють стану дитини під час взаємодії, тим менш вираженими можуть бути інші поведінкові проблеми, хоча цей вплив не є суттєвим. Більші поведінкові проблеми можуть ускладнювати емпатію і чутливість до потреб дитини. Дорослі можуть бути менш схильні до орієнтації на стан дитини, оскільки їхня увага і ресурси можуть бути зосереджені на вирішенні поведінкових проблем.

Виявлений зв'язок наголошує на важливості врахування стану дитини при взаємодії з нею, особливо для дітей з гіперактивністю та імпульсивністю. Навіть якщо цей вплив не є сильним, він указує на те, що уважність до емоційного та фізичного стану дитини може сприяти зниженню інших поведінкових проблем. Це може бути важливо для розробки індивідуальних підходів у вихованні таких дітей.

Зв'язок між показниками «Інші поведінкові проблеми» та «Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії» на рівні $-0,358$ вказує на те, що врахування стану дитини під час взаємодії з нею має певний вплив на зниження інших поведінкових проблем. Хоча цей зв'язок є слабким, він наголошує на важливості індивідуального підходу до виховання дітей з гіперактивністю та імпульсивністю.

У підгрупі дітей з домінантним дефіцитом уваги було виявлено обернену кореляцію на рівні $-0,356$ ($z \leq 0,05$) між показниками «Тривожно-депресивна симптоматика» та «Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії».

Виявлений рівень кореляції свідчить, що орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії з нею має деякий вплив на наявність тривожно-депресивної симптоматики в дітей з дефіцитом уваги. Хоча цей вплив є слабким, він все ж таки має певне значення. Тривожно-депресивні симптоми можуть створювати емоційний бар'єр для батьків або вихователів, ускладнюючи їхню здатність адекватно реагувати на емоційний стан дитини. Це може бути наслідком зниження емоційного ресурсу або підвищення стресу в дорослих. Діти з тривожно-депресивними симптомами можуть бути менш виразними у своїх потребах і емоціях, що може ускладнювати сприйняття їхнього стану дорослими і знижувати їхню орієнтацію на ці потреби.

Такий зв'язок наголошує на важливості врахування стану дитини при взаємодії, особливо в контексті дітей з дефіцитом уваги. Навіть незначна увага до емоційного стану дитини може впливати на зниження проявів тривожності та депресії. Це може бути корисно при розробці стратегій підтримки дітей з дефіцитом уваги, особливо у випадках, коли вони схильні до емоційних проблем.

Слабка кореляція між «Тривожно-депресивною симптоматикою» та «Орієнтацією на стан дитини при побудові взаємодії» вказує на те, що, незважаючи на слабкий зв'язок, орієнтація на стан дитини все ж таки має певний вплив на рівень тривожності та депресії в дітей з дефіцитом уваги. Це наголошує на важливості емоційної чутливості та врахування індивідуальних потреб дитини під час взаємодії з нею.

Для дітей із комбінованою формою РДУГ було виявлено такі кореляції на рівні $p \leq 0,05$:

- кореляцію -0,456 між показниками «Гіперактивність та імпульсивність» та «Надання емоційної підтримки»;
- кореляцію -0,429 між показниками «Дефіцит уваги» та «Надання емоційної підтримки»;
- кореляцію -0,378 між показниками «Дефіцит уваги» та «Розуміння стану».

Також було виявлено кореляцію на рівні -0,507 ($p \leq 0,01$) між показниками «Інші поведінкові проблеми» та «Надання емоційної підтримки», а також кореляцію на рівні -0,487 ($p \leq 0,01$) між показниками «Тривожно-депресивні симптоми» та «Надання емоційної підтримки».

Усі наведені кореляції мають зворотний зв'язок між показниками. Це вказує на те, що надання емоційної підтримки дітям з комбінованою формою РДУГ асоціюється зі зниженням рівня проблем, таких як гіперактивність, імпульсивність, дефіцит уваги, інших поведінкових проблем та тривожно-депресивних симптомів.

Кореляція між показниками «Гіперактивність та імпульсивність» та «Надання емоційної підтримки» свідчить про те, що чим більше дитині надається емоційної підтримки, тим нижчим є рівень її гіперактивності та імпульсивності. Це може вказувати на те, що емоційна підтримка допомагає дитині краще контролювати свої імпульсивні дії та знижує рівень гіперактивності. Ці симптоми можуть створювати стресову ситуацію для батьків або вихователів. Це може вплинути на їхню здатність надавати емоційну підтримку, оскільки вони можуть відчувати себе перевантаженими або розчарованими.

Кореляція між показниками «Дефіцит уваги» та «Надання емоційної підтримки» вказує на те, що надання емоційної підтримки також пов'язане зі зниженням дефіциту уваги. Це може свідчити про те, що коли діти отримують емоційну підтримку, вони стають більш здатними фокусуватися та утримувати увагу. Дефіцит уваги може створювати певні виклики для батьків, що ускладнює емоційну взаємодію. Це може містити проблеми з підтримкою концентрації в дитини, що може призвести до зменшення емоційної взаємодії.

Кореляція між показниками «Дефіцит уваги» та «Розуміння стану» вказує на те, що з підвищенням дефіциту уваги в дитини зменшується здатність батьків або вихователів розуміти емоційний стан дитини. Це може бути результатом труднощів у комунікації та вираженні емоцій, які часто супроводжують дефіцит уваги. Якщо дитина має проблеми з увагою, вона може бути менш здатною до вираження своїх емоцій чітко або може не відповідати на емоційну реакцію інших. Це може ускладнити батькам або вихователям розуміння справжнього стану дитини, що вплине на якість їхньої підтримки та взаємодії.

Помітна кореляція між показниками «Інші поведінкові проблеми» та «Надання емоційної підтримки» дає можливість стверджувати, що така підтримка суттєво знижує рівень інших проблемних поведінкових проявів у дітей з РДУГ. Це наголошує на важливості емоційної підтримки як інструменту корекції та зменшення проблемної поведінки. Можна зробити припущення, що залучення психологічних консультацій або терапії може допомогти зменшити емоційне виснаження і поліпшити здатність надавати емоційну підтримку.

Кореляція між показниками «Тривожно-депресивні симптоми» та «Надання емоційної підтримки» вказує на те, що емоційна підтримка значно зменшує прояви тривожно-депресивної симптоматики. Це підкреслює значення емоційної підтримки в покращенні психоемоційного стану дітей. Батьки або вихователі, які стикаються з дитиною, що має тривожно-депресивні симптоми, можуть відчувати емоційне виснаження або зниження здатності впоратися з емоційними потребами дитини. Це може призводити до зменшення їхньої здатності надавати підтримку. Тривожність і депресія в дитини можуть створювати додатковий стрес і тиск на батьків, що може знижувати їхню здатність надавати підтримку.

Усі виявлені кореляції вказують на важливість надання емоційної підтримки дітям з комбінованою формою РДУГ. Це може бути ключовим елементом у роботі з такими дітьми, сприяючи зменшенню проявів різних поведінкових та емоційних проблем. Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що підвищення рівня емоційної підтримки може стати ефективною стратегією в терапії та вихованні дітей з РДУГ.

Наявність значущих негативних кореляцій між наданням емоційної підтримки та різними аспектами поведінкових і емоційних проблем у дітей з комбінованою формою РДУГ підкреслює важливість емоційної підтримки в процесі їх психологічного супроводу. Це свідчить про те, що емоційна підтримка має потенціал значно зменшити різні проблемні прояви, що є важливим аспектом роботи з дітьми, які мають такі розлади.

Для підгрупи дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено кореляції на рівні $z \leq 0,05$ між такими показниками:

- кореляція на рівні -0,442 між показниками «Реакції опозиції» та «Здатність сприймати стан»;
- рівень кореляції -0,423 між показниками «Реакції опозиції» та «Почуття батьків у ситуації взаємодії»;
- рівень кореляції -0,413 між показниками «Реакції опозиції» та «Прийняття себе як батька чи матері»;
- кореляцію -0,401 між показниками «Реакції опозиції» та «Переважаючий емоційний фон»;
- рівень кореляції -0,397 між показниками «Тривожно-депресивні симптоми» та «Розуміння причин стану»;
- кореляція на рівні 0,392 між показниками «Тривожно-депресивні симптоми» та «Безумовне прийняття»;
- показник «Переважаючий емоційний фон» також продемонстрував зв'язок на рівні -0,406 з показником «Гіперактивність та імпульсивність».

Також було виявлено рівень кореляції -0,560 ($P \leq 0,01$) між показниками «Реакції опозиції» та «Переважаючий емоційний фон». Майже всі наведені кореляції мають зворотний характер. Винятком є результати, отримані для показників «Тривожно-депресивні симптоми» та «Безумовне прийняття».

Кореляція між показниками «Реакції опозиції» та «Здатність сприймати стан» може свідчити про те, що діти, які часто проявляють опозиційні реакції, можуть мати труднощі в розпізнаванні й розумінні емоцій інших осіб. Це може бути пов'язано з тим, що їх власні емоційні або поведінкові проблеми заважають їм

ефективно сприймати й відповідати на емоційний стан інших людей. Загалом ці результати наголошують на важливості розвитку емоційної чутливості та емпатії з високим рівнем опозиційної поведінки в представників цієї підгрупи, оскільки це може допомогти покращити їх взаємодію з іншими та зменшити прояви проблемної поведінки.

Кореляція між показниками «Реакції опозиції» та «Почуття батьків в ситуації взаємодії» свідчить про те, що батьки відчують більше стресу, розчарування або емоційного дискомфорту під час взаємодії з дітьми, які часто виявляють опозиційні реакції. Таке емоційне навантаження може ускладнювати ефективне виховання та взаємодію між батьками і дітьми, сприяючи негативним циклам поведінки. Наприклад, підвищений рівень опозиційної поведінки може викликати в батьків емоційний дискомфорт, який може впливати на їх здатність адекватно реагувати на потреби дитини, що може погіршувати ситуацію.

Ці результати наголошують на важливості підтримки батьків у навчанні ефективних стратегій взаємодії та управління емоціями, а також можливого залучення додаткової допомоги чи ресурсів для поліпшення сімейної динаміки та зменшення стресу в родині.

Отримані значення кореляції між показниками «Реакції опозиції» та «Прийняття себе як батька чи матері» можуть указувати, що батьки, які відчують більші труднощі з поведінкою своїх дітей у цій підгрупі (зокрема опозиційною поведінкою), можуть мати менше позитивних оцінок своєї батьківської ролі. Це може вказувати на те, що часто конфлікти, що виникають, та опозиційні реакції з боку дітей можуть впливати на впевненість батьків у своїх батьківських якостях. Зокрема батьки можуть почуватися менш впевненими у своїх здібностях справлятися з труднощами і вимогами виховання, що може знижувати їхню самооцінку як батьків.

Такі результати наголошують на важливості надання підтримки та ресурсів для батьків, щоб допомогти їм впоратися з викликами виховання дітей з опозиційною поведінкою. Це може містити навчання ефективних стратегій управління поведінкою дітей, підтримку психологічного здоров'я батьків і

розвиток їхніх навичок у батьківстві. Підтримка батьків може допомогти підвищити їхню впевненість у своїх батьківських ролях і покращити загальний клімат у сім'ї.

Отримана кореляція між показниками «Реакції опозиції» та «Переважаючий емоційний фон» указує на те, що збільшення опозиційної поведінки в дітей з проблемами соціальної адаптації пов'язане з меншим позитивним емоційним фоном або загальною негативною атмосферою. Тобто у ситуаціях, коли переважає негативний або напружений емоційний фон у стосунках або в середовищі дитини, можуть частіше виникати опозиційні реакції. Це може вказувати на те, що негативний емоційний клімат або невдоволення в родині, стрес або конфлікти можуть сприяти прояву опозиційної поведінки в дітей. Коли емоційний фон у родині є негативним або нестабільним, це може підсилювати опозиційні реакції дітей, які можуть бути способом вираження своїх власних емоцій або протистояння до неприємних ситуацій.

Кореляція на рівні $P \leq 0,01$ між показниками «Реакції опозиції» та «Переважаючий емоційний фон» указує на те, що більша інтенсивність опозиційної поведінки в дітей асоціюється з менш позитивним або більш негативним емоційним фоном. Іншими словами, коли емоційний фон є негативним або напруженим, діти проявляють більше опозиційної поведінки. Це може свідчити про те, що поганий або стресовий емоційний клімат у сім'ї або в оточенні дитини підвищує схильність до опозиційних реакцій. Загалом сильний негативний зв'язок між реакціями опозиції і переважаючим емоційним фоном наголошує на важливості підтримки стабільного та позитивного емоційного середовища для зменшення проявів опозиційної поведінки в дітей.

Дані кореляції між показниками «Тривожно-депресивні симптоми» та «Розуміння причин стану» свідчать про те, що діти з більш вираженими тривожно-депресивними симптомами мають схильність до меншої здатності розуміти та усвідомлювати причини своїх емоційних станів. Іншими словами, симптоми від тривожності та депресії у дітей з проблемами соціальної адаптації можуть призводити до появи труднощів з ідентифікацією та аналізом причин їх емоційних

переживань у батьків. Загалом помірна негативна кореляція вказує на важливість роботи над розвитком у батьків навичок розуміння емоцій і їх причин у дітей з тривожно-депресивними симптомами для представників цієї підгрупи. Це може допомогти зменшити негативний вплив тривожності та депресії на загальне психічне здоров'я та добробут дітей.

Високий рівень тривожно-депресивних симптомів у дітей з проблемами соціальної адаптації асоціюється з відчуттями безумовного прийняття в їх батьків. Це може вказувати на те, що діти, які переживають тривожність або депресію, можуть виявляти сильніше прагнення або потребу у відчутті безумовної любові та підтримки. Вони можуть більше цінувати і відчувати позитивний вплив безумовного прийняття на свій психічний стан. Позитивна кореляція між тривожно-депресивними симптомами і безумовним прийняттям наголошує на важливості забезпечення емоційної підтримки для дітей, які переживають тривожність та депресію. Це може допомогти зменшити симптоми і покращити загальний психічний стан дитини.

Наявність зв'язків між показниками «Переважаючий емоційний фон» та «Гіперактивність та імпульсивність» може свідчити, що в умовах переважно позитивного або стабільного емоційного фону рівень гіперактивності та імпульсивності може бути меншим. Діти з проблемами соціальної адаптації, які перебувають в умовах постійного стресу або тривоги, можуть демонструвати більше симптомів гіперактивності та імпульсивності, тому покращення емоційного фону може допомогти в зменшенні таких проявів.

Більшість виявлених кореляцій мають середню або слабку силу, що вказує на те, що ці показники мають певний, але не надто сильний вплив один на одного. Отримані дані можна використовувати при розробці програми психологічного супроводу дітей цієї підгрупи, при організації та проведенні корекційної та психотерапевтичної роботи. Зокрема можна зробити висновки про те, що батькам дітей у цій підгрупі важливо зосередитися на розвитку навичок управління емоціями та сприйнятті стану дитини, особливо в контексті опозиційної поведінки та тривожно-депресивних симптомів. Покращення загального емоційного фону в

сім'ї та підтримка безумовного прийняття можуть позитивно вплинути на соціальну адаптацію дітей.

Отже, кожна з виокремлених підгруп продемонструвала наявність зв'язків між показниками РДУГ та особливостями дитячо-батьківських відносин. Найбільшу кількість зв'язків було виявлено в підгрупі дітей із комбінованою формою РДУГ та в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації. Зокрема в групі дітей із комбінованою формою РДУГ було виявлено дві кореляції на рівні $P \leq 0,01$ та три кореляції на рівні $P \leq 0,05$, а в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено одну кореляцію з рівнем значущості $P \leq 0,01$ та п'ять кореляцій на рівні $P \leq 0,05$. У підгрупах дітей з домінантним дефіцитом уваги та дітей з гіперактивністю та імпульсивністю було виявлено по одній кореляції з рівнем значущості $P \leq 0,05$. Отримані дані представлені в гістограмі 5.

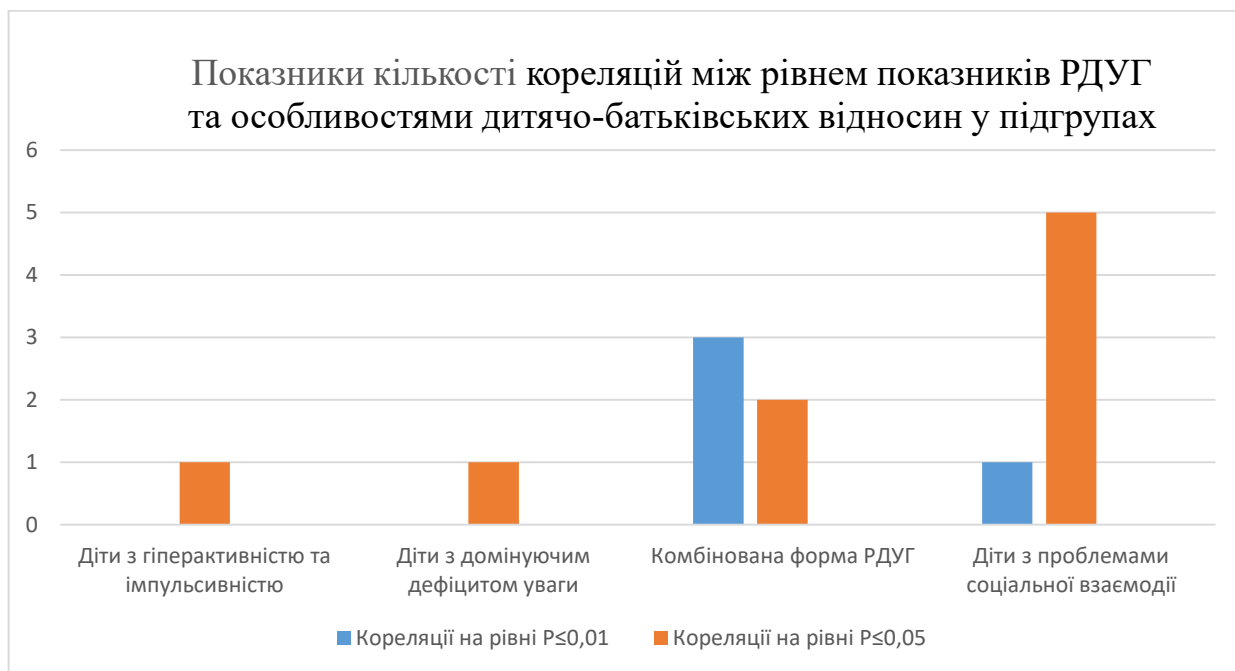


Рисунок 2.5. Показники кількості кореляцій між рівнем показників РДУГ та особливостями відносин у підгрупах

Можна зробити висновки про неоднорідність зв'язків соціально-психологічних особливостей розвитку з проявами РДУГ у різних підгрупах. Зокрема комбінована форма РДУГ та проблеми соціальної адаптації виявили

найбільшу кількість значущих кореляцій, що свідчить про складніші та багатогранніші взаємозв'язки між показниками РДУГ та дитячо-батьківськими відносинами в цих підгрупах.

У підгрупі з комбінованою формою РДУГ зафіксовано дві кореляції на рівні $P \leq 0,01$ і три на рівні $P \leq 0,05$. Це свідчить про значний рівень взаємодії між показниками РДУГ і аспектами батьківської поведінки.

У підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено одну кореляцію на рівні $p \leq 0,01$ і п'ять на рівні $p \leq 0,05$, що підтверджує сильний зв'язок між соціальною адаптацією і характеристиками батьківського ставлення.

Дефіцит уваги та гіперактивність/імпульсивність продемонстрували меншу кількість значущих кореляцій (по одній на рівні $p \leq 0,05$ для кожної підгрупи). Це може вказувати на те, що в цих підгрупах зв'язки між РДУГ і батьківськими відносинами можуть бути менш виражені або бути більш специфічними.

Одже, діти з комбінованою формою РДУГ потребують комплексного підходу до взаємодії, що враховує різноманітні аспекти їхнього поведінкового профілю та батьківського ставлення. Проблеми соціальної адаптації вказують на необхідність специфічних стратегій підтримки та корекції, що враховують взаємозв'язок між соціальною адаптацією і батьківським ставленням.

Для дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю/імпульсивністю необхідно розробити цільові стратегії, які можуть бути менш складними порівняно з комбінованими формами РДУГ, але все ще критично важливими для ефективного управління їхніми симптомами.

Важливо адаптувати батьківські стратегії і підходи до кожної з підгруп, ураховуючи специфічні взаємозв'язки між симптомами РДУГ та особливостями дитячо-батьківських відносин. Для підгруп із більшою кількістю значущих зв'язків, таких як комбінована форма РДУГ і проблеми соціальної адаптації, потрібні комплексні та багатогранні стратегії підтримки, а для інших підгруп, можливо, достатньо специфічних і цілеспрямованих підходів.

2.3. Дослідження індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей з РДУГ

Для дослідження індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей з РДУГ, що пов'язані з процесами формування емоційно-ціннісного та мотиваційного аспектів психіки, було використано методики «Драбинка самооцінки» та проєктивну методику «Неіснуюча тварина» для дослідження особливостей розвитку когнітивної сфери та формуванням індивідуальних диспозицій.

Методика «Драбинка самооцінки» спрямована на виявлення показників самооцінки в дитячому віці. У процесі обстеження дітям пропонували відмітити свою позицію на бланку з малюнком драбинки, що складалася з 10 сходинок. При аналізі результатів виконання дітьми методики «Драбинка самооцінки» бали було розподілено так:

- 10 балів – дуже високий показник;
- 8-9 балів – високий показник самооцінки;
- 4-7 балів – середній показник;
- 2-3 бали – низький показник;
- 0-1 балів – дуже низький показник.

За результатами аналізу було виявлено, що для більшості дітей з РДУГ є притаманними середні показники самооцінки. Зокрема 64 дитини, які становлять 52,46% вибірки, указали саме цей рівень при виконанні завдання. При цьому для 35 дітей (28,69%) характерним виявився високий рівень самооцінки, а для 8 дітей (6,56%) – дуже високий рівень. Такі результати можуть вказувати на порушення критичності мислення або ж наявність компенсаторних механізмів. Також для 14 дітей (11,48%) характерним виявився низький рівень самооцінки. Лише в однієї дитини (0,82%) було виявлено дуже низький рівень самооцінки. Отримані результати наведено в таблиці 2.9.

**Результати виконання тестового завдання «Драбинка самооцінки»
дітьми з РДУГ**

Рівень самооцінки	Відсоток дітей (N=122)
Дуже високий (10)	6,56 % (8)
Високий (8-9)	28,69 % (35)
Середній (4-7)	52,46 % (64)
Низький (2-3)	11,48 % (14)
Дуже низький (0-1)	0,82 % (1)

Аналіз середніх показників для кожної з виокремлених підгруп дітей з РДУГ уможливив виявити, що найвищі показники за методикою «Драбинка самооцінки» є притаманними для підгрупи дітей із домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності і становить 7,2 бала. Найнижчі середні показники було виявлено в підгрупі дітей із проблемами соціальної адаптації. Рівень показників самооцінки для цієї підгрупи становить 5,9. Для дітей з дефіцитом уваги та дітей з комбінованою формою РДУГ середні показники за методикою становлять 6,4 та 6,8 відповідно. Отримані результати аналізу середніх показників для кожної з підгруп дітей з РДУГ наведено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

**Аналіз середніх показників за методикою «Драбинка самооцінки» для кожної
з підгруп дітей з РДУГ**

Підгрупа РДУГ	Середній показник самооцінки
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N= 32)	7,2
Діти з порушенням уваги (N=35)	6,4
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	6,8
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	5,9

Отримані результати засвідчують, що рівень самооцінки суттєво варіюється залежно від типу порушень, які переважають у дитини:

1. Найвищі показники самооцінки (7,2 бала) були виявлені в дітей із домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності. Це може свідчити про те, що ці діти менш критично оцінюють себе або мають більше впевненості у своїх діях, незважаючи на труднощі в поведінці.
2. Найнижчі показники самооцінки (5,9 бала) були виявлені в дітей з проблемами соціальної адаптації. Це вказує на те, що такі діти, імовірно, мають труднощі в соціальних взаємодіях, що негативно впливає на їхню самооцінку. Вони можуть відчувати себе менш впевненими або успішними порівняно з іншими.
3. Діти з дефіцитом уваги мають середній рівень самооцінки (6,4 бала), що може свідчити про помірні труднощі в оцінюванні своїх здібностей та успішності. Вони, можливо, усвідомлюють свої труднощі в концентрації уваги, але не відчують сильного негативного впливу на свою загальну самооцінку.
4. Діти з комбінованою формою РДУГ мають показник самооцінки на рівні 6,8 бала, це вказує на те, що, незважаючи на поєднання різних симптомів, вони здатні зберігати помірну самооцінку, хоча і можуть відчувати певні труднощі в різних сферах життя.

Ці результати наголошують на важливості врахування різних типів симптомів РДУГ при оцінці психологічного стану дітей, оскільки це може суттєво впливати на їхнє ставлення до себе та рівень самооцінки.

Для розрахунку рівня кореляції між показниками самооцінки та основними проявами РДУГ було використано коефіцієнт Пірсона. За результатами розрахунків, було виявлено кореляцію між показниками уваги та рівнем самооцінки в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації на рівні $-0,490$ ($p \leq 0,01$). Також при розрахунку результатів на рівні усієї вибірки було виявлено кореляції показників самооцінки дітей з проявами РДУГ на рівні $p \leq 0,05$:

- кореляції $0,212$ з показником «Гіперактивність та імпульсивність»;
- кореляцію $0,198$ з показником «Тривожно-депресивні симптоми».

Результати розрахунку рівня кореляції між показниками самооцінки та основними проявами РДУГ наведено в таблиці 2.11.

Аналіз кореляцій між показниками уваги та рівнем самооцінки в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації свідчить про те, що діти з нижчим рівнем уваги мають тенденцію до зниження самооцінки. Такий результат може бути зумовлений труднощами в соціальних взаємодіях, які виникають через дефіцит уваги, що, відповідно, негативно впливає на сприйняття дітьми власної значущості та самовпевненості.

При розрахунку на рівні всієї вибірки було виявлено позитивні кореляції між самооцінкою та показниками «Гіперактивність та імпульсивність» і «Тривожно-депресивні симптоми». Це свідчить про те, що підвищений рівень гіперактивності та імпульсивності, а також тривожно-депресивних симптомів пов'язаний з вищою самооцінкою в загальній вибірці. Можливо, у таких дітей спостерігається компенсаторний механізм, коли вони прагнуть підвищити власну значущість через певні поведінкові прояви, що, на жаль, не завжди є конструктивним в соціальних взаємодіях.

За результатами розрахунку рівня кореляції між показниками самооцінки та основними проявами РДУГ було отримано кореляцію на рівні $-0,490$ ($p \leq 0,01$) за показником «Дефіцит уваги» для підгрупи дітей з проблемами соціальної адаптації. Окрім того, було виявлено кореляції на рівні $p \leq 0,05$ для всієї вибірки за показниками «Гіперактивність та імпульсивність» ($0,212$) та «Тривожно-депресивна симптоматика» ($0,198$).

Методика «Малюнок неіснуючої тварини» базується на теорії психомоторного зв'язку. Її використовують для оцінки психічного стану через аналіз моторики, зокрема моторики домінантної правої руки, що відображається в специфіці малюнка.

Під час виконання завдання дітям дають простий і кольоровий олівці. При інтерпретації результатів виконання завдання враховано такі показники:

- просторове розміщення та розмір зображення;
- особливості побудови зображення (частини тіла та додаткові елементи);
- ступінь упорядкованості (хаотичність/упорядкованість) зображення;
- характер ліній.

За результатами аналізу особливостей виконання завдання було виокремлено п'ять основних груп малюнків:

1. Малюнки, на яких зображені тварини з великою кількістю повторюваних частин тіла, зображення при цьому були виконані різкими лініями з сильним натиском у центрі аркушу або ж зміщені вліво.
2. Зображення істот із захисними конструкціями (шипамі, панцирами), зображення невеликі за розміром, як правило, просторово зміщені від центру аркушу.
3. Тварини з великою кількістю елементів, зображення яких займає увесь аркуш, характеризується хаотичною в самій структурі та значною кількістю агресивних елементів (ікла, шипасті хвости тощо).
4. Зображення примароподібних істот, що розташовані в центрі аркушу, з акцентованою ділянкою рота та штриховкою.
5. Істоти намальовані прямими та рівними лініями, середнього розміру, без агресивних елементів та штрихування.

Було виявлено, що для більшості дітей з РДУГ притаманним виявився п'ятий тип малюнків, а найменш розповсюдженим – третій тип. Зокрема було виявлено такий характер розподілу малюнків неіснуючої тварини:

- перший тип малюнків – 28,69%;
- другий тип малюнків – 18,03%;
- третій тип малюнків – 9,02%;
- четвертий тип малюнків – 9,84%;
- п'ятий тип малюнків – 34,43%.

На рівні окремих підгруп п'ятий тип малюнків виявився домінантним для підгрупи дітей з дефіцитом уваги (21 при N=35), а для підгрупи дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності домінантним виявився перший тип малюнків (19 при N=32). У підгрупі дітей з комбінованою формою РДУГ переважали малюнки третього типу (11 при N=29), а для групи дітей із проблемами соціальної адаптації переважали малюнки четвертого типу (10 при N=26). Особливості розподілу

результатів виконання методики «Неіснуюча тварина» серед дітей з РДУГ наведено в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

**Особливості розподілу результатів виконання методики
«Неіснуюча тварина» серед дітей з РДУГ**

Підгрупа РДУГ	Кількість малюнків				
	Тварини зі значною кількістю повторюваних частин тіла (1)	Зображення істот із захисники констрями (2)	Тварини зі значною кількістю елементів (3)	Зображення примароподібної істоти (4)	Істоти без агресивних елементів (5)
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N=32)	19	3	0	0	10
Діти з порушенням уваги (N=35)	1	11	0	2	21
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	7	8	11	0	3
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	8	0	0	10	8
Уся вибірка (N=122)	35 (28,69%)	22 (18,03%)	11 (9,02%)	12 (9,84%)	42 (34,43%)

Результати аналізу особливостей виконання завдання на створення малюнка «Неіснуючої тварини» засвідчили, що різні типи малюнків можуть відображати специфічні психологічні характеристики та поведінкові тенденції в дітей з РДУГ. Ці типи малюнків можна інтерпретувати так:

1. Перший тип малюнків (28,69%) – тварини зі значною кількістю повторюваних частин тіла, різкими лініями і сильним натиском, часто зміщені вліво. Цей тип малюнків був домінантним у підгрупі дітей з проблемами гіперактивності та

імпульсивності. Такий характер малюнка може відображати внутрішнє напруження, імпульсивність, а також, можливо, труднощі в контролюванні своїх емоцій та рухів.

2. Другий тип малюнків (18,03%) – істоти із захисними конструкціями (шипи, панцири), невеликі за розміром і просторово зміщені від центру аркуша. Такий малюнок може свідчити про внутрішню захищеність, тривожність або бажання захиститися від зовнішніх впливів. Цей тип малюнків був менш розповсюдженим, але його можна пов'язати з дітьми, що мають певні проблеми в соціальній адаптації або низьку самооцінку.
3. Третій тип малюнків (9,02%) – тварини з зі значною кількістю хаотичних і агресивних елементів, які займають весь аркуш. Цей тип був домінантним у підгрупі дітей з комбінованою формою РДУГ. Малюнки цього типу можуть відображати внутрішню агресію, конфліктність або труднощі з організацією мислення.
4. Четвертий тип малюнків (9,84%) – примароподібні істоти, розташовані в центрі аркуша, з акцентом на роті та штриховкою. Це може вказувати на внутрішню замкненість, невпевненість або наявність певних психоемоційних проблем. Такий тип малюнків переважав у підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації, що може свідчити про їхню схильність до тривожності та труднощів у спілкуванні.
5. П'ятий тип малюнків (34,43%) – істоти, намальовані прямими рівними лініями, без агресивних елементів, які мають середній розмір. Цей тип малюнків був найбільш розповсюдженим у загальній вибірці та домінував у підгрупі дітей з дефіцитом уваги. Він може відображати тенденцію до уникнення конфліктів, стабільність або бажання відповідати нормам, що важливо враховувати при оцінці їхньої поведінки.

Виявлені типи малюнків допомагають більш точно розпізнавати різні підгрупи дітей з РДУГ, що може бути корисним для діагностики. Наприклад, наявність значної кількості агресивних елементів (третій тип) у малюнках може підказувати про можливі труднощі з імпульсивністю або агресивністю. Отримані

дані про домінуючі типи малюнків у різних підгрупах дозволяють розробляти індивідуальні програми інтервенції. Дітям з гіперактивністю та імпульсивністю (перший тип) може бути корисна робота, спрямована на зниження напруження і розвиток самоконтролю, а дітям із соціальними проблемами (четвертий тип) може знадобитися підтримка в соціалізації та зниженні тривожності.

Отримані результати можуть також слугувати індикатором емоційного стану дітей. Наприклад, малюнки з акцентом на захист (другий тип) можуть свідчити про тривожність або низьку самооцінку, що важливо враховувати в корекційних, терапевтичних або педагогічних втручаннях.

При подальшій обробці результатів було використано Н-критерій Краскела–Уолліса для виявлення рівня розбіжностей між окремими підгрупами та рівні усієї вибірки. Було виявлено достовірні розбіжності між показниками РДУГ та особливостями виконання методики «Неіснуюча тварина» з рівнем значущості $p \leq 0,01$ для таких шкал:

- для показника «Дефіцит уваги» – 27,630;
- для показника «Гіперактивність та імпульсивність» – 31,314;
- для показника «Соціальна адаптація» – 32,412.

Було виявлено результати з рівнем значущості $p \leq 0,05$ за показниками «Реакції опозиції» (0,024) та «Соціальна адаптація» (0,035) для підгрупи дітей з проблемами соціальної адаптації. На рівні всієї вибірки було виявлено результати з рівнем значущості $p \leq 0,05$ для показника «Тривожно-депресивні симптоми» (9,113). Також було виявлено розбіжності на рівні $p \leq 0,05$ для показника «Гіперактивність та імпульсивність» у підгрупі дітей з гіперактивністю (Таблиця 2.12).

Отримані результати свідчать про суттєві відмінності в характеристиках, пов'язаних із різними проявами РДУГ.

Виявлено, що діти з різним ступенем дефіциту уваги демонструють різну поведінку та особливості виконання завдань, які можуть бути відображені в тесті «Неіснуюча тварина». Це підтверджує важливість цього симптому для діагностики та інтервенцій.

**Рівень відмінностей між показниками РДУГ та результатами
виконання методики «Неіснуюча тварина»**

Підгрупа РДУГ	Достовірність розбіжностей між показниками за субшкалами опитувальника Вандербільта та результатами виконання методики «Неіснуюча тварина»					
	Дефіцит уваги (1)	Гіперактивність і та імпульсивності (2+3)	Реакції опозиції (4)	Інші поведінкові проблеми (5)	Тривожно-депресивна симптоматика (6)	Соціальна адаптація (7)
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N=32)	0,807	8,312*	1,365	2,414	1,415	2,310
Діти з порушенням уваги (N=35)	2,133	3,958	3,190	2,142	2,490	3,458
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	2,980	0,629	0,791	0,777	0,237	0,315
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	0,978	0,732	8,400*	0,752	0,152	8,850*
Уся вибірка (N=122)	27,630**	31,314**	0,065	0,277	9,113*	32,412**

Можна також зробити висновки про те, що симптоми гіперактивності та імпульсивності істотно впливають на спосіб виконання завдання. Ці діти можуть демонструвати більш виражену схильність до імпульсивності та труднощі в структурованій діяльності.

Також можна стверджувати, що проблеми соціальної адаптації суттєво впливають на специфіку малюнків неіснуючих тварин. Це може бути відображено в нестандартних або асоціальних рішеннях при виконанні завдання.

Наявність значущих розбіжностей за показниками реакції опозиції для дітей з проблемами соціальної адаптації вказує, що діти в цій підгрупі, які демонструють опозиційну поведінку, також мають специфічні прояви у виконанні креативних завдань, що може відображати особливості їх емоційного стану та поведінки.

Значущі розбіжності, які були виявлені для тривожно-депресивної симптоматики, свідчать про те, що емоційний стан дітей з РДУГ також впливає на їхню здатність виконувати творчі завдання, і це важливо враховувати при оцінці результатів.

Виявлені розбіжності вказують на необхідність використання комплексного підходу до діагностики РДУГ, враховуючи різні аспекти поведінки та особливості виконання завдань. Це дозволить більш точно визначати індивідуальні потреби дітей і розробляти ефективні програми корекції.

Високі показники за шкалами «Дефіцит уваги», «Гіперактивність та імпульсивність» і «Соціальна адаптація» вказують на необхідність створення індивідуальних програм, що враховують специфічні прояви кожної підгрупи. Наприклад, діти з гіперактивністю можуть потребувати більше структурованих занять, а діти з проблемами соціальної адаптації – більше підтримки у формуванні соціальних навичок.

Значущість показника «Тривожно-депресивні симптоми» свідчить про важливість урахування психоемоційного стану дітей з РДУГ у процесі навчання та соціалізації. Підтримка через психотерапію або інші форми психологічної допомоги може бути необхідною для зниження емоційного навантаження.

Значущість показника «Реакції опозиції» вказує на потребу в спеціалізованих втручаннях, спрямованих на корекцію опозиційної поведінки в дітей з проблемами соціальної адаптації. Це може містити роботу з агресивністю, впровадження стратегій управління поведінкою та розвиток соціальних навичок.

При досліджуванні особливостей когнітивного розвитку було використано методику «Таблиці Шульте» та методику «Копіювання складної фігури». У методиці «Таблиці Шульте» дітям пропонували працювати з двома таблицями, що

містили цифри від 1 до 25. При роботі з першою таблицею дітям запропонували знайти цифри в прямій послідовності, а в другій таблиці – пошук цифр у зворотній послідовності.

При обробці результатів враховано час, потрібний дитині для знаходження всіх цифр при роботі із запропонованою таблицею. Середні показники часу для кожної з підгруп при пошуку цифр у прямій послідовності (t 1) демонструють, що найбільшу кількість часу було витрачено дітьми з дефіцитом уваги – 70,8 секунди. Найменші показники виявилися характерними для дітей з комбінованою формою РДУГ – 59,38 секунди (Таблиця 2.13).

Таблиця 2.13

Середні показники часу для кожної з підгруп при пошуку цифр у прямій послідовності

Група дітей (N=122)	Середній час (t 1)
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N=32)	60,75 секунди
Діти з порушенням уваги (N=35)	70,8 секунди
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	59,38 секунди
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	60,04 секунди

Середні показники часу при роботі з другою таблицею дозволяють виявити зміни в процесах динаміки мислення, що можуть проявлятися на фоні підвищеної втомлюваності дитини. У підгрупах дітей з РДУГ найбільші середні показники часу при пошуку цифр у зворотній послідовності (t 2) було виявлено в підгрупі дітей з дефіцитом уваги – 97,10 секунди. Однак такі ж високі показники при зворотному пошуку цифр було виявлено в підгрупі дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності – 95,19 секунди. Найменші показники було виявлено в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації (Таблиця 2.14).

Середні показники часу для кожної з підгруп при пошуку цифр у зворотній послідовності

Група дітей N=122	Середній час (t 2)
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N=32)	95,19 секунди
Діти з порушенням уваги (N=35)	97,06 секунди
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	71,65 секунди
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	62,59 секунди

Аналіз часу, який знадобився дітям для знаходження цифр у прямій і зворотній послідовності, дозволяє виявити певні закономірності, що пов'язані з проявами різних форм РДУГ.

При виконанні завдання з пошуку цифр у прямій послідовності найбільший час витрачали діти з домінантним дефіцитом уваги (70,8 секунди). Це вказує на їхні труднощі з концентрацією та підтримкою уваги, що призводить до уповільнення когнітивних процесів.

Натомість діти з комбінованою формою РДУГ показали найкращі результати (59,38 секунди), що може свідчити про відносно кращу здатність до організації та виконання завдань, які потребують постійної уваги. Комбінована форма РДУГ поєднує елементи гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги, однак діти з цією формою можуть виявляти певні компенсаторні механізми, що дозволяють їм зберігати продуктивність у таких завданнях.

При виконанні завдання зі зворотного пошуку цифр, як і при пошуку в прямій послідовності, найбільший час витрачали діти з дефіцитом уваги (97,10 секунди). Збільшення тривалості пошуку свідчить про те, що їхні труднощі з увагою ще більше загострюються в умовах, коли завдання ускладнюється, і це призводить до помітного зростання часу виконання.

Також високі показники часу (95,19 секунди) були виявлені в дітей з гіперактивністю та імпульсивністю. Це може бути пов'язано з труднощами з

контролем імпульсів і швидкою втомлюваністю, що перешкоджає ефективному виконанню складних завдань. Окрім цього, це може бути пов'язано з труднощами при перебудові поведінки на нетиповий алгоритм виконання завдання.

Найменші показники часу при зворотному пошуку цифр були зафіксовані в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації. Це може вказувати на те, що хоча ці діти мають труднощі в соціальних взаємодіях, їхні когнітивні процеси можуть бути більш стабільними або вони краще адаптуються до складних завдань порівняно з іншими підгрупами.

Отримані результати демонструють, що дефіцит уваги найбільше впливає на час виконання когнітивних завдань, особливо в умовах зворотного пошуку, що може бути зумовлено підвищеною складністю і зростанням вимог до уваги. Діти з гіперактивністю та імпульсивністю також демонструють високі показники часу, що може свідчити про труднощі з регуляцією активності та втому. Діти з комбінованою формою РДУГ, навпаки, виявляють деяку здатність до адаптації, що дозволяє їм досягати кращих результатів у таких завданнях.

Також було проаналізовано співвідношення часу, який знадобився дітям у кожній з підгруп РДУГ (Рисунок 2.6). За результатами розрахунків різниці між показниками часу при виконанні першого та другого типів завдань з таблицями Шульте було отримано такі показники:

- діти із проблемами гіперактивності та імпульсивності – 34,44 секунди;
- діти із порушенням уваги – 26,26;
- діти із комбінованою формою РДУГ – 12,27;
- діти із проблемами соціальної адаптації – 2,55.

Отже, найбільша різниця в часі виконання завдань виявилася характерною для підгрупи дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності, а найменшу різницю між цими показниками було виявлено в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації.

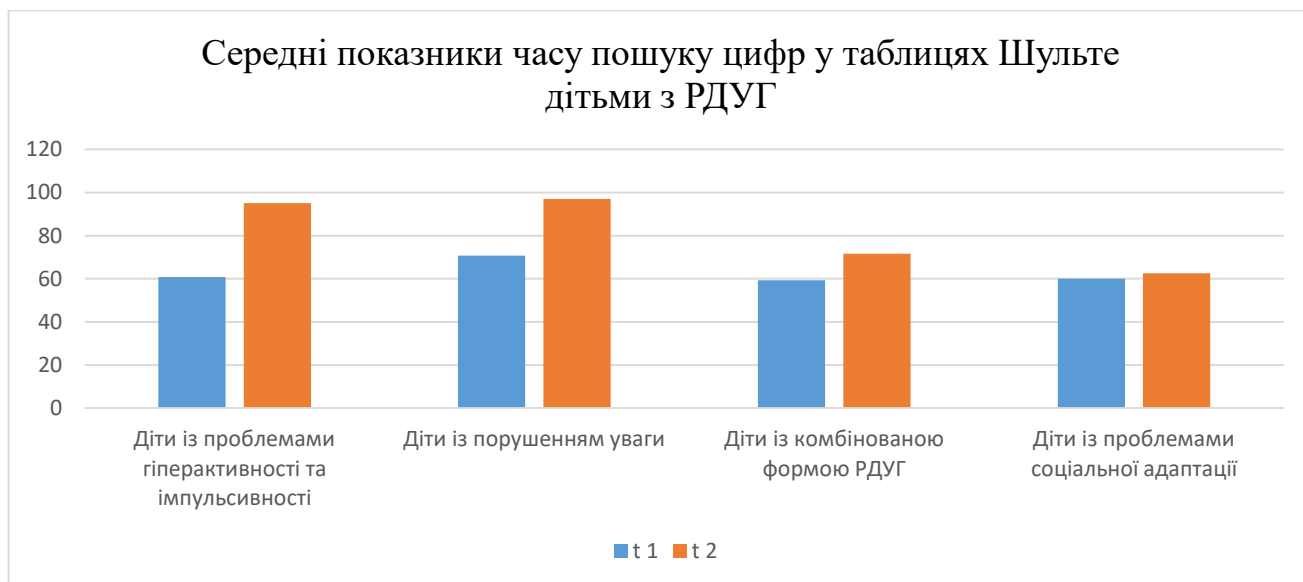


Рисунок 2.6. Середні показники часу пошуку цифр у таблицях Шульте дітьми з РДУГ

Аналіз отриманих даних про різницю в часі, який знадобився дітям з різними формами РДУГ для виконання завдань з таблицями Шульте, демонструє важливі особливості кожної з підгруп:

1. Найбільша різниця в часі між виконанням першого та другого типів завдань спостерігається в дітей із проблемами гіперактивності та імпульсивності (34,44 секунди). Це свідчить про те, що діти з цією формою РДУГ значно більше втомлюються або мають труднощі з концентрацією уваги в процесі виконання завдань, які потребують більшої послідовності або складності.
2. Діти з дефіцитом уваги мають середній показник різниці в часі (26,26 секунди). Це може свідчити про труднощі в підтримці стійкої уваги та зміну темпу роботи залежно від складності завдання.
3. Найменша різниця в часі між двома типами завдань спостерігається в підгрупі дітей із проблемами соціальної адаптації (2,55 секунди). Це може вказувати на те, що діти цієї підгрупи менш схильні до втомлюваності або зміни темпу роботи, можливо, через більш стійкі навички адаптації до зовнішніх вимог або менший рівень тривожності під час виконання завдань.
4. Діти з комбінованою формою РДУГ показали середній рівень різниці (12,27 секунди), що може вказувати на збалансованість між дефіцитом уваги та імпульсивністю.

Отже, різниця в часі виконання завдань за таблицями Шульте вказує на специфічні труднощі кожної підгрупи дітей з РДУГ. Діти з гіперактивністю та імпульсивністю виявляють найбільшу нестабільність у темпі виконання завдань, що вказує на необхідність розробки спеціальних методик для покращення їхнього самоконтролю та стійкості уваги.

При виявленні кореляцій між показниками РДУГ та особливостями виконання завдань з таблицями Шульте було використано коефіцієнт Пірсона. За результатами між показниками за шкалами Вандербільта та показником t1 було виявлено низку кореляцій (Таблиця 2.20). На рівні $p \leq 0,01$ було виявлено кореляцію для показника «Дефіцит уваги» в підгрупі дітей із дефіцитом уваги – 0,472. Окрім того, було виявлено кореляцію $p \leq 0,01$ (0,288) для цього показника на рівні всієї вибірки.

Були виявлені кореляції на рівні $p \leq 0,05$:

- для показника «Дефіцит уваги» в підгрупі дітей із проблемами гіперактивності та імпульсивності – 0,410;
- для показника «Соціальна адаптація» в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації – 0,419.

Результати розрахунків рівня кореляції між показниками за шкалами Вандербільта та показником t1 наведено в таблиці 2.15.

Результати аналізу кореляцій між показниками за шкалами Вандербільта та часом, необхідним для виконання завдання з таблицями Шульте, указують на важливі зв'язки, які можуть мати практичну значущість для розуміння специфіки проблем у дітей з різними формами РДУГ.

Кореляція між показником «Дефіцит уваги» та часом виконання завдання в підгрупі дітей з домінантним дефіцитом уваги демонструє значну позитивну кореляцію, що означає: чим вищий рівень дефіциту уваги в дітей цієї підгрупи, тим більше часу їм потрібно для виконання завдань на концентрацію та увагу. Це може бути пов'язано з тим, що дітям із більш вираженим дефіцитом уваги важче підтримувати фокус на завданні, яке збільшує тривалість його виконання. Це підтверджується і середніми показниками часу пошуку.

**Рівень кореляції між показниками за шкалами Вандербільта та
показником t1**

Підгрупи дітей	Шкали показників РДУГ за опитувальником Вандербільта					
	Дефіцит уваги (1)	Гіперактивності та імпульсивності (2+3)	Реакції опозиції (4)	Інші поведінкові проблеми (5)	Тривожно-депресивна симпт. (6)	Соц. адаптація (7)
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N=32)	0,410*	0,071	-0,268	-0,174	0,201	0,119
Діти з порушенням уваги (N=35)	0,472**	0,007	0,277	-0,174	0,247	0,184
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	-0,266	-0,247	-0,175	-0,299	-0,340	-0,366
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	0,169	0,065	-0,261	-0,063	0,344	0,419*
Уся вибірка (N=122)	0,288**	-0,140	-0,020	-0,153	-0,043	-0,036

Кореляція для показника «Дефіцит уваги» хоча і менш виражена, але все ж таки підтверджує загальну тенденцію: більший дефіцит уваги асоціюється з більш тривалим часом виконання завдань, що потребують зосередженості.

Позитивна кореляція між показником «Дефіцит уваги» та часом виконання завдання в підгрупі дітей із проблемами гіперактивності та імпульсивності вказує на те, що навіть у дітей, у яких гіперактивність та імпульсивність домінують над дефіцитом уваги, цей дефіцит все ж впливає на їх здатність ефективно виконувати

завдання, які потребують концентрації. Вищий дефіцит уваги призводить до збільшення часу виконання завдань.

Позитивна кореляція між показником «Соціальна адаптація» та часом виконання завдання в підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації свідчить про те, що в дітей з цієї підгрупи знижена здатність до адаптації може впливати на їхню продуктивність у виконанні завдань, які потребують послідовності та концентрації. Можливо, соціальні труднощі зумовлюють додаткове навантаження на їхні когнітивні процеси, що призводить до подовження часу виконання завдань.

За результатами розрахунків також було виявлено кореляції на рівні $p \leq 0,05$ між показниками за шкалами Вандербільта та показником t_2 :

- для показника «Дефіцит уваги» в підгрупі дітей із дефіцитом уваги – 0,413
- для показника «Соціальна адаптація» в підгрупі дітей із комбінованою формою РДУГ – -0,370;
- для показника «Дефіцит уваги» на рівні усієї вибірки – 0,179;
- для показника «Тривожно-депресивні симптоми» на рівні усієї вибірки – 0,188;
- для показника «Соціальна адаптація» на рівні усієї вибірки – -0,300.

Рівень кореляції між показниками за шкалами Вандербільта та показником t_2 наведено в таблиці 2.16.

Результати кореляційного аналізу між показниками за шкалами Вандербільта та часом зворотного пошуку цифр у таблицях Шульте розкривають цікаві зв'язки, які можуть мати значний вплив на розуміння когнітивних та поведінкових особливостей дітей з РДУГ.

Позитивна кореляція між показником «Дефіцит уваги» та часом зворотного пошуку цифр у підгрупі дітей з дефіцитом уваги свідчить про те, що діти з більшим дефіцитом уваги мають тенденцію витратити більше часу на завдання, які вимагають зворотного пошуку цифр. Це може вказувати на труднощі у цих дітей з підтримкою уваги на складних завданнях, що вимагають гнучкого мислення та високого рівня концентрації.

**Рівень кореляції між показниками за шкалами Вандербільта
та показником t2**

Підгрупи дітей	Шкали показників РДУГ за опитувальником Вандербільта					
	Дефіцит уваги (1)	Гіперактивність і та імпульсивності (2+3)	Реакції опозиції (4)	Інші поведінкові проблеми (5)	Тривожно-депресивна симпт. (6)	Соц. адаптація (7)
Діти з проблемами гіперактивності і та імпульсивності (N=32)	0,109	0,052	0,017	-0,087	0,269	-0,054
Діти з порушенням уваги (N=35)	0,413*	-0,159	0,271	-0,102	0,058	0,019
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	-0,153	-0,357	-0,235	-0,209	-0,188	-0,370*
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	0,367	-0,091	-0,094	-0,069	-0,023	0,036
Уся вибірка (N=122)	0,179*	0,020	0,005	-0,115	0,188*	-0,300*

Негативна кореляція між показником «Соціальна адаптація» та часом зворотного пошуку цифр у підгрупі дітей із комбінованою формою РДУГ вказує на те, що кращі показники соціальної адаптації пов'язані зі зменшенням часу, необхідного для виконання завдань на зворотний пошук цифр. Це може свідчити про те, що діти, які краще адаптовані соціально, здатні ефективніше виконувати когнітивні завдання, що вимагають організованості та самоконтролю.

Кореляція між показником «Дефіцит уваги» та часом зворотного пошуку цифр на рівні всієї вибірки менш виражена, але, як і в попередніх випадках, підтверджує загальну тенденцію, що більший дефіцит уваги пов'язаний зі

збільшенням часу виконання складних завдань на концентрацію, що спостерігається на рівні всієї вибірки.

Позитивна кореляція між показником «Тривожно-депресивні симптоми» та часом зворотного пошуку цифр на рівні всієї вибірки вказує на те, що вищий рівень тривожно-депресивних симптомів може бути пов'язаний з більшою тривалістю виконання завдань, які вимагають концентрації та когнітивної гнучкості. Це може відображати вплив тривожності та депресивних настроїв на когнітивну продуктивність.

Негативна кореляція між показником «Соціальна адаптація» та часом зворотного пошуку цифр на рівні всієї вибірки засвідчує, що краща соціальна адаптація асоціюється з меншим часом, необхідним для виконання завдань на зворотний пошук цифр. Це свідчить про те, що діти, які краще інтегровані в соціальні структури, можуть демонструвати вищу ефективність у виконанні когнітивних завдань.

Отримані результати вказують на те, що дефіцит уваги та соціальна адаптація є важливими чинниками, які впливають на здатність дітей ефективно виконувати когнітивні завдання, особливо ті, що вимагають концентрації та зворотного пошуку. Вищий дефіцит уваги призводить до збільшення часу на виконання завдань, що підтверджується і на рівні окремих підгруп, і на рівні усієї вибірки. Водночас краща соціальна адаптація сприяє зменшенню цього часу, що може відображати взаємозв'язок між соціальними навичками та когнітивними можливостями.

Виявлені кореляції засвідчують необхідність розробки індивідуальних навчальних програм для дітей з РДУГ, орієнтованих на їх специфічні труднощі. Для дітей з дефіцитом уваги варто включати методики, що сприяють покращенню концентрації та зниженню часу виконання завдань. Діти з проблемами соціальної адаптації потребують не лише академічної підтримки, але й програм, які сприяють розвитку соціальних навичок, що може покращити їх загальну ефективність у навчальному процесі. Взаємозв'язок між тривожно-депресивними симптомами та когнітивними здібностями свідчить про важливість включення психологічної

підтримки в програми допомоги дітям з РДУГ. Отримані результати можуть бути використані для відстеження динаміки стану дітей у процесі корекційної роботи та для оцінки ефективності застосованих методик.

При аналізі особливостей виконання завдання на «копіювання складної фігури» враховано стратегію виконання завдання дітьми. З урахуванням стратегії виконання всі результати було поділено на чотири групи:

1. Організована та послідовна стратегія виконання – дитина починає копіювання від загального контуру, після чого переходить до копіювання окремих елементів.
2. Порухення аналітичної стратегії – дитина починає копіювання від загального контуру, але при переході до копіювання окремих елементів робить пропуски, що призводить до спрощення будови.
3. Фрагментарна стратегія виконання – дитина починає копіювання фігури від окремих елементів, загальний контур відсутній.
4. Хаотичне виконання – стратегія виконання завдання постійно змінюється.

Було виявлено, що для більшості дітей притаманними виявилися результати виконання завдання на копіювання складної фігури, що було зараховано до другої групи. Було виявлено такий характер розподілу результатів виконання завдання на рівні всієї вибірки (результати розташовано від найбільшого до найменшого):

- 45,08% (55 дітей) – порушення аналітичної стратегії (2);
- 23,77% (29 дітей) – хаотичне виконання (4);
- 15,57% (19 дітей) – фрагментарна стратегія виконання (3);
- 15,57% (19 дітей) – організована та послідовна стратегія виконання (1).

На рівні окремих підгруп найбільш значущі показники розподілу результатів виконання завдання за кількістю дітей було виявлено в підгрупі дітей із порушенням уваги. Для 21 дитини в цій підгрупі притаманними виявилися показники виконання завдання, яке було зараховано до другої групи. Окрім того, було виявлено, що для окремих підгруп дітей з РДУГ не є притаманними певні групи результатів:

- у підгрупі дітей із проблемами гіперактивності та імпульсивності не було виявлено результатів копіювання з організованою та послідовною стратегією виконання;
- у підгрупі дітей із комбінованою формою РДУГ не було виявлено результатів копіювання з організованою та послідовною стратегією виконання;
- у підгрупі дітей із проблемами соціальної адаптації не було виявлено результатів копіювання хаотичного характеру.

Отже, підгрупа дітей із дефіцитом уваги продемонструвала не тільки найбільш виражені показники кількості дітей для окремої групи результатів, але й найбільшу різноманітність за характером результатів виконання завдання (Таблиця 2.18).

Таблиця 2.17

Особливості розподілу результатів виконання методики «Копіювання складної фігури» серед дітей з РДУГ

Підгрупи дітей	Результати копіювання			
	Організована та послідовна стратегія виконання (1)	Порушення аналітичної стратегії (2)	Фрагментарна стратегія виконання (3)	Хаотичне виконання (4)
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності (N=32)	0	13	6	13
Діти з порушенням уваги (N=35)	1	21	5	8
Діти з комбінованою формою РДУГ (N=29)	0	14	7	8
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=26)	18	7	1	0
Уся вибірка (N=122)	19 (15,57%)	55 (45,08%)	19 (15,57%)	29 (23,77%)

Аналіз розподілу результатів виконання завдання на копіювання складної фігури серед дітей з РДУГ виявив суттєві відмінності в стратегіях виконання завдання між підгрупами. Найпоширенішою стратегією на рівні всієї вибірки була порушена аналітична стратегія, яка притаманна 45,08% дітей. Це свідчить про загальну схильність до дезорганізації та труднощів із цілісним підходом до виконання завдань серед дітей з РДУГ.

Іншою важливою знахідкою є те, що в підгрупах дітей з дефіцитом уваги спостерігається найбільша різноманітність у стратегіях виконання завдання, а також найбільша кількість дітей, які використовували порушену аналітичну стратегію. Це засвідчує, що дефіцит уваги може мати широкий спектр впливів на здатність дітей організовувати свою діяльність.

Варто відзначити, що підгрупи дітей з проблемами гіперактивності та імпульсивності і комбінованою формою РДУГ не показали жодного випадку організованої та послідовної стратегії, що може свідчити про їхню неспроможність ефективно структурувати та контролювати свою діяльність.

Отримані результати можуть мати важливі практичні наслідки для розробки індивідуальних програм корекції та підтримки для дітей з різними формами РДУГ. Зокрема:

1. Діти з дефіцитом уваги потребують індивідуалізованих стратегій підтримки, які допоможуть їм організувати свою діяльність і розвивати послідовні підходи до виконання завдань.
2. Діти з гіперактивністю та імпульсивністю, а також із комбінованою формою РДУГ потребують більш інтенсивної роботи над розвитком навичок планування та самоконтролю, оскільки вони, як правило, не здатні організувати свою діяльність послідовно.
3. Діти з проблемами соціальної адаптації мають потенціал для більш організованого підходу, однак їм також необхідно розвивати навички адаптації до групових умов, щоб зменшити хаотичність в інших аспектах їхньої діяльності.

Ці висновки можуть бути використані для оптимізації підходів до навчання та поведінкової терапії, спрямованих на поліпшення соціальної та академічної адаптації дітей з РДУГ.

Для виявлення рівня значущості розбіжностей між результатами виконання завдання на копіювання складної фігури та показниками РДУГ було використано Н-критерій Краскела–Уолліса. Було виявлено показники розбіжностей у особливостях виконання із рівнем значущості $p \leq 0,01$:

- для показника «Дефіцит уваги» – 21,540;
- для показника «Гіперактивність та імпульсивність» – 32,502;
- для показника «Соціальна адаптація» – 30,905.

Також було виявлено рівень розбіжностей 8,511 ($p \leq 0,05$) для показника «Тривожно-депресивні симптоми». Отримані результати наведено в таблиці 2.18.

Таблиця 2.18

Рівень розбіжностей між показниками за шкалами Вандербільта та результатами виконання завдання на копіювання складної фігури

Підгрупи дітей	Н критерій Краскела–Уолліса для субшкал показників РДУГ за опитувальником Вандербільта					
	Дефіцит уваги (1)	Гіперактивності та імпульсивності (2+3)	Реакції опоз. (4)	Інші поведінкові проблеми (5)	Тривожно-депресивна симпт. (6)	Соц. адаптація (7)
Уся вибірка (N=122)	21,540**	32,502**	3,892	3,939	8,511*	30,905**

Аналіз отриманих результатів уможливорює оцінити рівень значущості розбіжностей між результатами виконання завдання на копіювання складної фігури та показниками РДУГ у дітей.

Виявлена значуща розбіжність у виконанні завдання на копіювання складної фігури вказує на те, що діти з вираженим дефіцитом уваги мають особливі труднощі в цьому виді діяльності. Це може свідчити про те, що такі діти мають

проблеми з концентрацією та збереженням уваги під час виконання складних завдань, які вимагають точної репродукції візуальної інформації.

Значні розбіжності для показників гіперактивності та імпульсивності вказують на те, що діти з такими проявами можуть мати труднощі з контролем рухів та плануванням своїх дій, а це негативно впливає на якість виконання завдань, пов'язаних із точністю та послідовністю.

Було виявлено, що діти, які мають труднощі з соціальною адаптацією, також можуть мати специфічні проблеми при виконанні завдань, які потребують концентрації та візуально-просторових навичок. Це може бути пов'язано з загальним рівнем тривожності та невпевненості в собі, що впливає на їхні когнітивні можливості.

Хоча рівень значущості тут нижчий, було виявлено зв'язок між наявністю тривожно-депресивних симптомів і труднощами при виконанні завдань на копіювання складних фігур. Це може вказувати на те, що емоційний стан дитини впливає на її здатність концентруватися та точно виконувати завдання.

Результати цього аналізу засвідчують важливість урахування індивідуальних когнітивних та емоційних особливостей дітей з РДУГ при розробці навчальних програм та методів підтримки. Виявлені розбіжності можуть бути використані для адаптації навчального процесу, що дозволить покращити успішність та знизити рівень стресу в дітей з різними формами РДУГ.

За результатами дослідження для кожної з підгруп було сформовано кореляційні плеяди. Виявлено, що в підгрупі дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності спостерігається незначна кількість кореляційних зв'язків між показниками РДУГ та особливостями батьківського ставлення. Орієнтація на стан дитини дещо посилює прояви поведінкових проблем дитини, але цей зв'язок має двобічний характер – імовірно, що діти з більшими проявами порушень поведінки «змушують» батьків враховувати свій емоційний стан при плануванні взаємодії. Натомість самооцінка дітей цієї групи пов'язана частково з батьківським ставленням, але не із симптоматикою РДУГ як такою, а з індивідуально-психологічними особливостями дитини: концентрацією уваги,

перемиканням, здатністю до успішного копіювання зображень. Розуміння причин емоційного стану дитини сприяє її позитивній самооцінці (Рис. 2.7.).

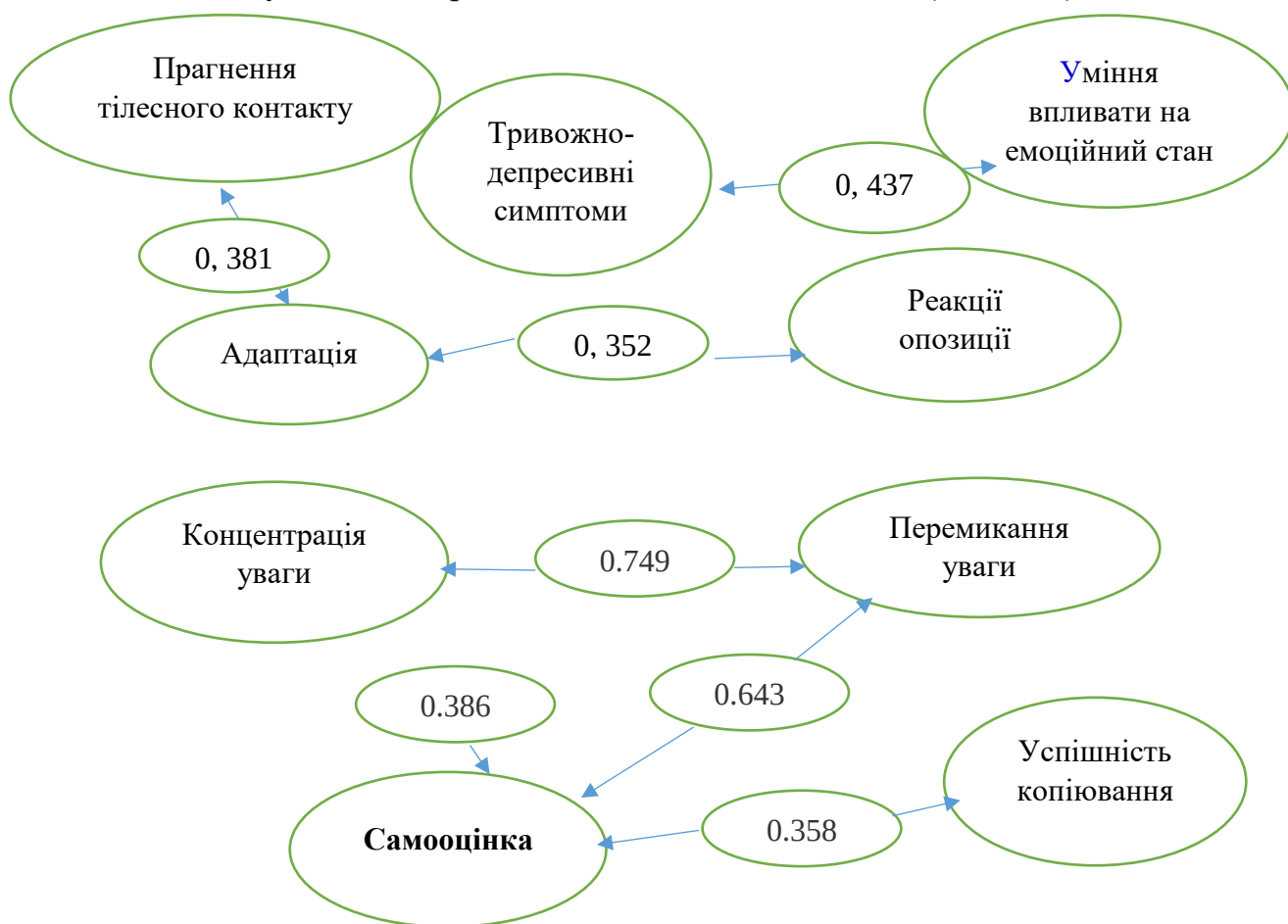


Рисунок 2.7. Кореляційна плеяда для підгрупи дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності

Отже, можна зробити висновок, що для дітей, у яких передусім проявляється імпульсивність та гіперактивність, важливим є поліпшення розуміння з боку батьків, але менший рівень пристосування батьківських реакцій до актуального стану дитини та розвиток психічних процесів і саморегуляції.

У дітей з домінантними показниками дефіциту уваги провідний симптом РДУГ (дефіцит уваги) має тісні взаємозв'язки з багатьма іншими симптомами: імпульсивністю, проявами тривожності та депресії, реакціями опозиції, а також здатністю до довільної концентрації уваги. Орієнтація на емоційний стан дитини, яка в попередній групі посилювала поведінкові порушення, тут теж не сприяє успішному розвитку і дещо підсилює тривожно-депресивні прояви в дитини (Рис. 2.8).

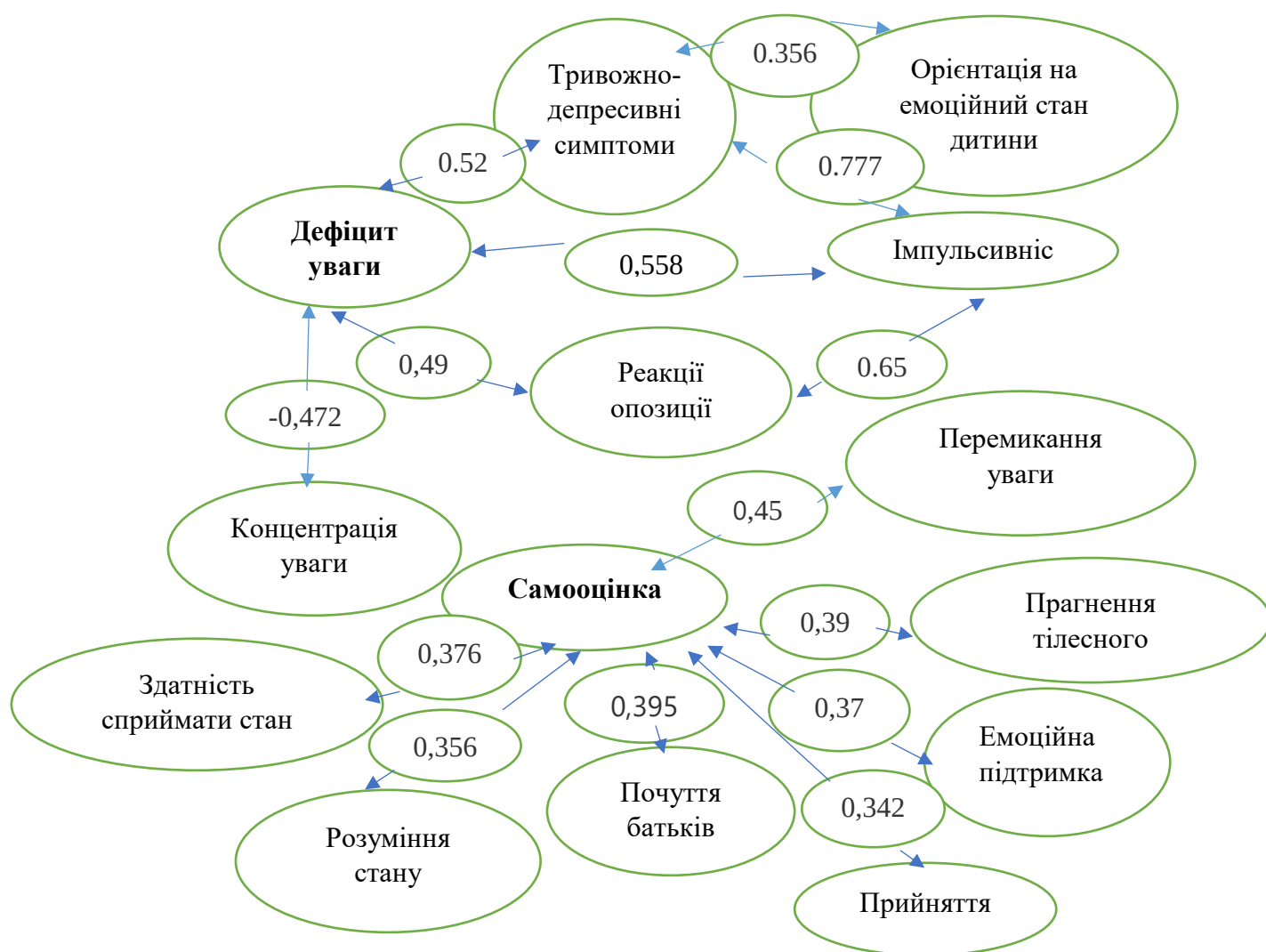


Рисунок 2.8. Кореляційна плеяда для підгрупи дітей з домінантними показниками порушень уваги

Самооцінка дітей цієї групи тісно взаємопов'язана саме із стосунками з батьками. Тілесний контакт, сприймання та розуміння емоційних станів дитини, підтримка і прийняття дитини сприяє підвищенню самооцінки. Можна також висунути припущення, що діти з більш адекватною самооцінкою здатні самі до кращої взаємодії з батьками і тому отримують більше батьківської уваги та турботи.

При розробці корекційних програм для дітей з цієї підгрупи варто спрямовувати однакові зусилля і на корекцію симптомокомплексу РДУГ, і на покращення стосунків з батьками, корекцію батьківського ставлення до дитини.

У дітей з комбінованою формою РДУГ найбільш навантаженими є показники порушень адаптації та дефіциту уваги. Порушення адаптації має значущий

взаємозв'язок і з дефіцитом уваги, і з поведінковими проблемами, імпульсивністю, реакціями опозиції, тривожно-депресивними проявами. Можна припустити, що така кількість та інтенсивність порушень робить дитину менш чутливою до впливу з боку батьківського виховання (Рис. 2.9.).

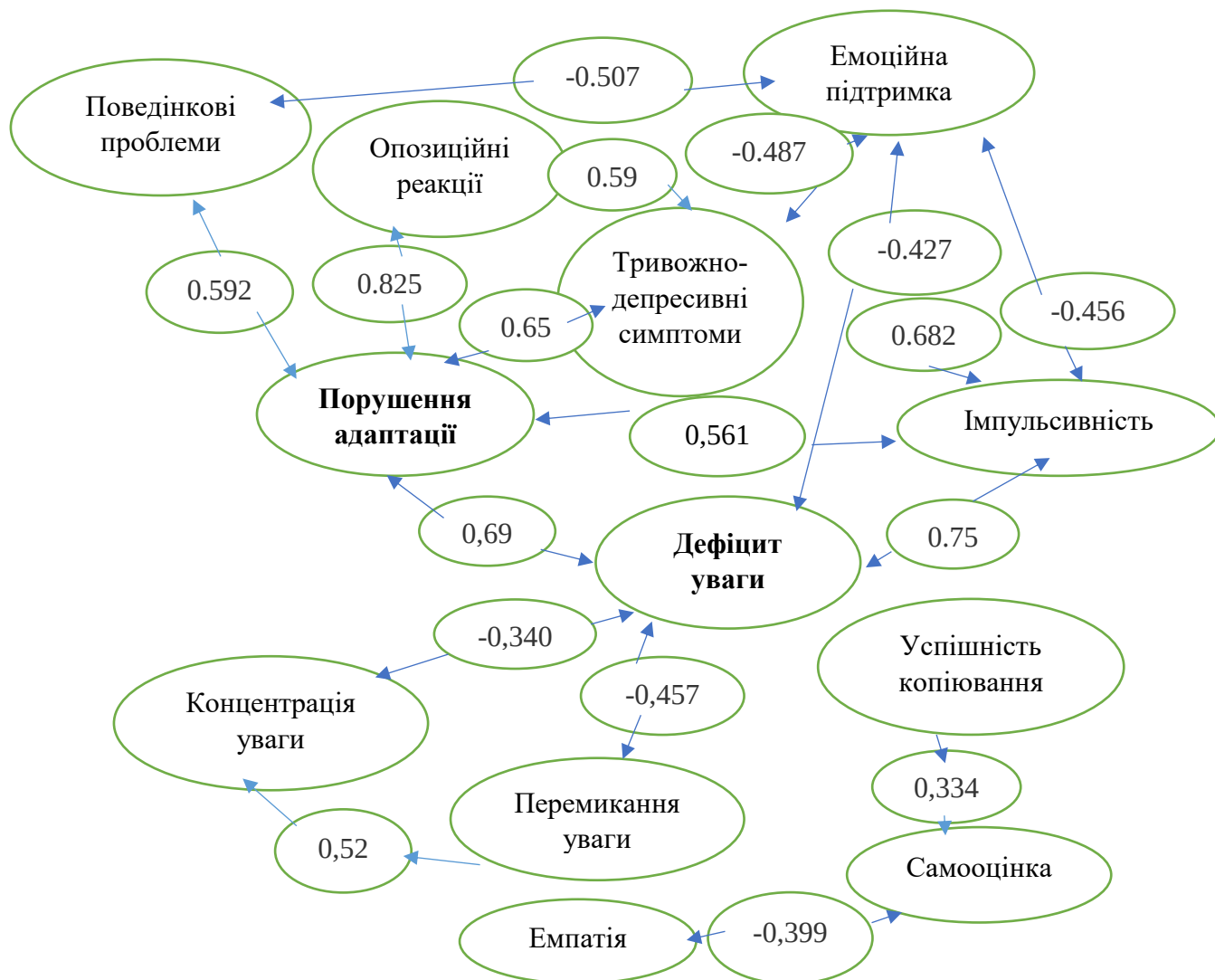


Рисунок 2.9 . Кореляційна плеяда для підгрупи дітей з комбінованою формою РДУГ

За результатами кореляційного аналізу виявлено, що лише емоційна підтримка з боку батьків може деякою мірою знизити всі ці негативні прояви. Але ймовірно, що діти з меншими поведінковими розладами легше просять та отримують емоційну підтримку з боку батьків, ніж ті, що регулярно демонструють розлади адаптації, поведінки та протестні реакції. Як і в першій підгрупі, самооцінка дітей пов'язана з їх успішністю (у нашому дослідженні – успішністю копіювання), але виявився і цікавий факт оберненого кореляційного зв'язку між

емпатією батьків та самооцінкою дітей. Це може бути зумовлено тим, що надмірно емпатійні батьки не стільки надають підтримку, яка потрібна дітям цього типу, скільки самі занурюються в переживання дітей, що викликає в дитини почуття сорому та провини. У контексті вищесказаного при розробці корекційної програми для цієї групи дітей варто зосередитися на корекції поведінкових розладів та навчанні батьків адекватних способів надання емоційної підтримки.

Було проаналізовано результати кореляційного аналізу для дітей з домінантними проблемами соціальної адаптації (Рис 2.10.).

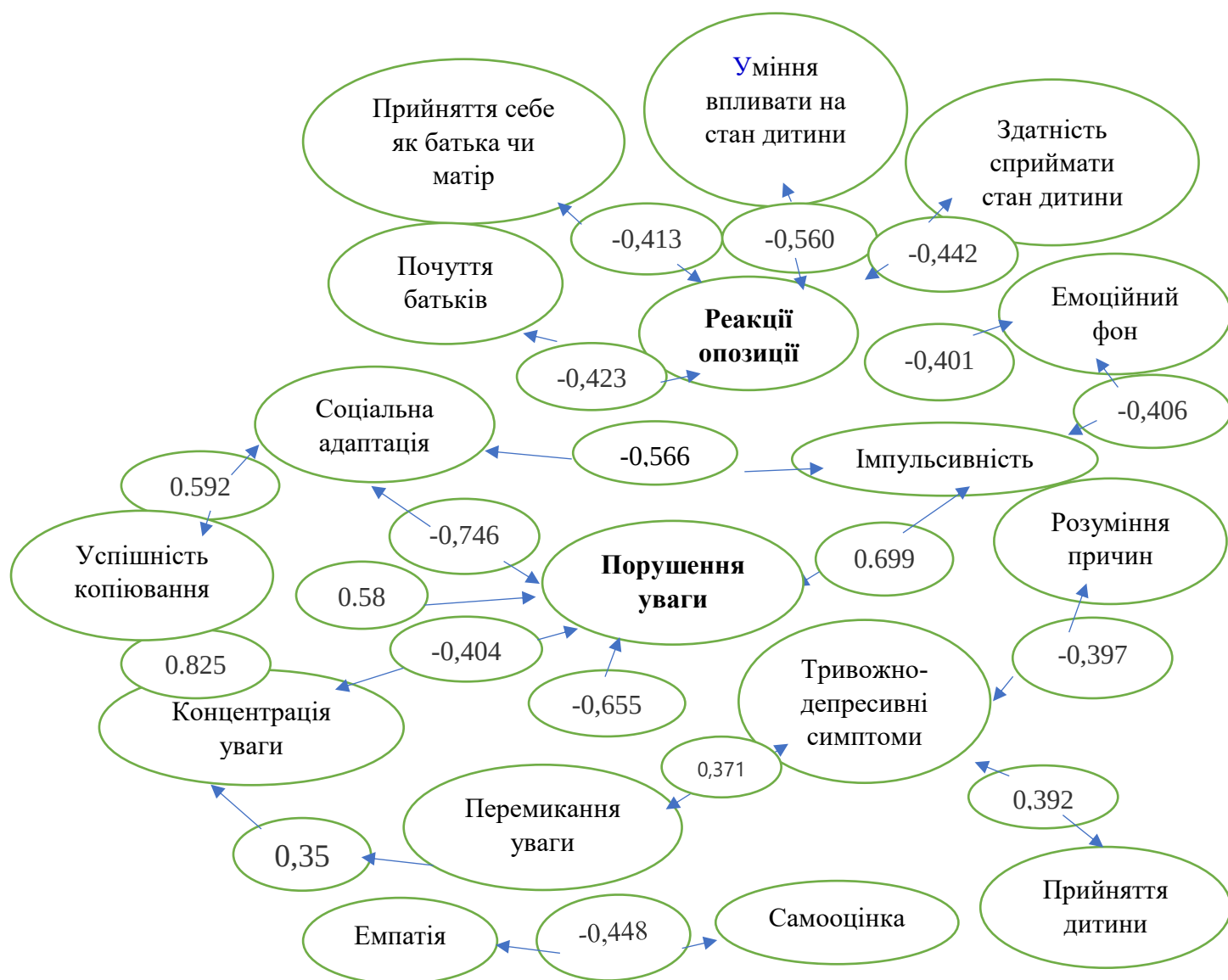


Рисунок 2.10. Кореляційна плеяда для підгрупи дітей з домінантними показниками порушень соціальної адаптації

Попри те, що в дітей цієї групи максимально проявляються розлади адаптації, у центрі кореляційної плеяди розташовано розлади уваги, які пов'язані з імпульсивністю, розладами адаптації, успішністю діяльності та довільною концентрацією і перемиканням уваги. А от реакції опозиції в цих дітей тісно пов'язані саме з системою батьківського виховання і зменшуються від того, наскільки батьки здатні до самоприйняття та прийняття дитини, сприйняття та регуляції стану дитини, загальної сприятливої емоційної атмосфери в родині. Самооцінка дітей, як і в попередній групі, має обернений зв'язок з емпатією з боку батьків, тривожність зменшується в умовах розуміння батьками емоційних станів дитини, але збільшується в умовах прийняття.

Можна припустити, що діти цієї групи через брак уваги та недостатню адаптацію потребують від батьків не стільки емпатії та прийняття, скільки розуміння та регуляції нестабільних емоційних станів. Якщо в клінічній картині РДУГ переважають саме реакції опозиції, то головну увагу бажано спрямувати на корекцію батьківського ставлення, якщо ж ні – на корекцію розладів уваги та довільної саморегуляції.

Отже, було виявлено низку специфічних показників розвитку, притаманних дітям із РДУГ у різних підгрупах. Це вказує на необхідність диференційованого підходу при розробці програми психологічного супроводу, яка має враховувати особливості розвитку дітей кожної з підгруп та спиратися на них. Такий підхід потенційно дозволить підвищити ефективність наданої допомоги та знизити інтенсивність проявів цього порушення.

Висновки до розділу 2

Аналіз результатів проведеного дослідження нейропсихологічних, соціальних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей молодшого шкільного віку з РДУГ уможливив зробити такі висновки:

1. Результати дослідження проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку дозволили розділити всіх дітей на чотири основні підгрупи. До першої підгрупи увійшли діти з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності. До другої підгрупи було зараховано дітей з домінантними показниками дефіциту уваги. До третьої підгрупи було зараховано дітей з комбінованими проявами РДУГ, що містили високі показники і гіперактивності та імпульсивності, і дефіциту уваги. До четвертої підгрупи увійшли діти з діагнозом РДУГ, у яких на момент проведення дослідження не було виявлено значних проявів основних симптомів цього порушення розвитку, однак при цьому спостерігалися виражені проблеми соціальної адаптації.
2. При дослідженні особливостей розвитку дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності було виявлено, що такі нейропсихологічні особливості, як ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку, є неприйнятними для представників цієї підгрупи. Окрім того, результати дослідження, які було отримано при використанні Н-критерію Краскела–Уолліса, указують, що симптоми гіперактивності та імпульсивності мають найвищий рівень значущих відмінностей між групами дітей з різними типами ЕЕГ, що становить 32,413 ($p \leq 0,01$). Можна зробити висновки, що діти з різними типами ЕЕГ можуть мати різну схильність до гіперактивності та імпульсивної поведінки. Це може бути пов'язано з нейропсихологічними особливостями, які впливають на здатність контролювати імпульси та рівень активності. Виявлено, що в підгрупі дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності спостерігається незначна кількість кореляційних зв'язків між показниками РДУГ та особливостями батьківського ставлення. Орієнтація на стан дитини дещо посилює прояви поведінкових

проблем дитини, але цей зв'язок має двобічний характер – імовірно, що діти з більшими проявами порушень поведінки «змушують» батьків ураховувати свій емоційний стан при плануванні взаємодії. Натомість самооцінка дітей цієї групи пов'язана частково з батьківським ставленням, але не з симптоматикою РДУГ, а з індивідуально-психологічними особливостями дитини: концентрацією уваги, перемиканням, здатністю до успішного копіювання зображень. Розуміння причин емоційного стану дитини сприяє її позитивній самооцінці. Можна зробити висновок, що для дітей, у яких передусім проявляється імпульсивність та гіперактивність, важливим є поліпшення розуміння з боку батьків, але менший рівень пристосування батьківських реакцій до актуального стану дитини та розвиток психічних процесів і саморегуляції.

3. Для дітей з домінантними показниками дефіциту уваги було виявлено непритаманність таких нейропсихологічних особливостей, як дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки. Також було виявлено, що провідний дефіцит уваги має тісні взаємозв'язки з багатьма іншими симптомами: імпульсивністю, проявами тривожності та депресії, реакціями опозиції, а також здатністю до довільної концентрації уваги. Орієнтація на емоційний стан дитини, яка в попередній групі посилювала поведінкові порушення, тут теж не сприяє успішному розвитку і дещо підсилює тривожно-депресивні прояви в дитини. Самооцінка дітей цієї групи тісно взаємопов'язана саме із стосунками з батьками. Тілесний контакт, сприймання та розуміння емоційних станів дитини, підтримка і прийняття дитини сприяє підвищенню самооцінки. Можна також висунути припущення, що діти з більш адекватною самооцінкою здатні самі до кращої взаємодії з батьками і тому отримують більше батьківської уваги та турботи. При розробці корекційних програм для дітей з цієї підгрупи варто спрямовувати однакові зусилля і на корекцію симптомокомплексу РДУГ, і на покращення стосунків з батьками, корекцію батьківського ставлення до дитини.

4. У дітей з комбінованою формою РДУГ не було виявлено особливостей ЕЕГ, що пов'язані з ознаками незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку. У дітей з цієї підгрупи порушення адаптації має значущий взаємозв'язок і з дефіцитом уваги, і з поведінковими проблемами, імпульсивністю, реакціями опозиції, тривожно-депресивними проявами. Можна припустити, що така кількість і інтенсивність порушень робить дитину менш чутливою до впливу з боку батьківського виховання. За результатами кореляційного аналізу виявлено, що лише емоційна підтримка з боку батьків може деякою мірою знизити всі ці негативні прояви. Але ймовірно, що діти з меншими поведінковими розладами легше просять та отримують емоційну підтримку з боку батьків, ніж ті, що регулярно демонструють розлади адаптації, поведінки та протестні реакції. Як і в першій підгрупі, самооцінка дітей пов'язана з їх успішністю (у нашому дослідженні – успішністю копіювання), але виявився і цікавий факт оберненого кореляційного зв'язку між емпатією батьків та самооцінкою дітей. Це може бути зумовлено тим, що надмірно емпатійні батьки не стільки надають підтримку, яка потрібна дітям цього типу, скільки самі занурюються в переживання дітей, що викликає в дитини почуття сорому та провини. З урахуванням вищесказаного при розробці корекційної програми для цієї групи дітей варто зосередитися на корекції поведінкових розладів та навчанні батьків адекватних способів надання емоційної підтримки.
5. Для дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено неприйнятність таких нейропсихологічних особливостей, як дезорганізовані зміни біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки. Незавжаючи на те, що найбільш вираженими для дітей у цій підгрупі виявилися саме порушення соціальної адаптації, найбільшу кількість кореляційних зв'язків було виявлено для проявів розладів уваги, які пов'язані з імпульсивністю, розладами адаптації, успішністю діяльності та довільною концентрацією і перемиканням уваги. Реакції опозиції в цих дітей тісно пов'язані саме з системою батьківського виховання і зменшуються від того, наскільки батьки здатні до самоприйняття та прийняття

дитини, сприйняття та регуляції стану дитини, загальної сприятливої емоційної атмосфери в родині. Самооцінка дітей, як і в попередній групі, має обернений зв'язок з емпатією з боку батьків, тривожність зменшується в умовах розуміння батьками емоційних станів дитини, але збільшується в умовах прийняття. Можна висунути припущення, що діти цієї групи через брак уваги та недостатню адаптацію потребують від батьків не стільки емпатії та прийняття, скільки розуміння та регуляції нестабільних емоційних станів. Якщо в клінічній картині РДУГ переважають саме реакції опозиції, то головну увагу бажано спрямувати на корекцію батьківського ставлення, якщо ж ні – на корекцію розладів уваги та довільної саморегуляції.

Підсумовуючи та узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновки про неоднорідність та специфічність зв'язків між різними групами особливостей розвитку та показниками РДУГ і загалом для дітей з цим порушенням розвитку, і для виокремлених підгруп з домінуванням окремих симптомів. Отримані результати уможливають розробити та апробувати індивідуалізовані програми психологічного супроводу, які будуть ураховувати різні аспекти розвитку, виявити та відкоригувати ті особливості, які можуть найбільшою мірою впливати на дітей у різних підгрупах. Це є важливим для наближення процесу розвитку дітей з РДУГ до показників вікових норм.

Список використаних джерел у розділі 2

1. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение / Н. Н. Заваденко // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 7(211). – С. 20–22.
2. Дьоміна, Г. А. (2024). Особливості зв'язків віку та специфіки симптомів РДУГ: аналіз досліджень. *Журнал «Перспективи та інновації науки» (серія «Психологія»)*, 4(38), 880–890.
3. Клейберг, Ю. А. (2007). *Практикум по девиантології*, (144). СПб.: Речь.
4. Князєв, В., Мілютіна, К., Дубашидзе, Н., & Рубель, Н. (2019). *Робоча книга корекційного психолога*, (308). К.: ДІА.
5. Князєв, В. (2023). *Нейропсихологічна діагностика: практичний посібник із проведення обстеження дітей дошкільного та молодшого шкільного віку*, (240). К.: ДІА.
6. Коробко, С., & Коробко, О. (2006). *Робота психолога з мол. школярами: Методичний посібник*. К.: Літера ЛТД.
7. Лидерс, А. Г. (2007). *Психологічне обстеження сім'ї: навч. посібник-практикум для студ. фак. психології вищ. навч. закладів (2-ге вид.)*, (432). М.: Видавничий центр «Академія».
8. Максимова, Н. Ю., Милютіна, Е. Л., & Пискун, В. М. (1999). *Основы детской патопсихологии: Учебное пособие*, (432). К.: НППЦ Перспектива.
9. Марцинковський І. (2015). Легкие когнитивные нарушения (лекция для врачей общей практики) // Український медичний часопис online, 2015. – № 3 (107). – V/VI. – С. 45 – 53. / електронна публікація www.umj.com.ua/
10. Мозгова, Г. П. (2024). Особливості зв'язків розладів дефіциту уваги і гіперактивності та розладів аутичного спектру: аналіз досліджень *Габітус*, (59), 281–285.
11. Прихожан, А. М. (1988). *Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога*. Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик: Сб. научн. тр. И. В. Дубровина (ред.), (с. 110–128). М.: изд. АПН СССР.

12. Романчук, О. (2018). *Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей*, (300). Львів, видавництво Левада.
13. Руденко, Л. М. (2024). *Аналіз психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці*. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: зб. наук. праць. І. С. Булах. (ред.). 23(68), 111–123. Київ: Вид-во УДУ імені Михайла Драгоманова.
14. Хохліна, О. П. (2024). Психологічні аспекти проблеми стресу у дітей з розладами аутистичного спектру. *Перспективи та інновації науки (Серія «Психологія»)*, 3(37), 1035–1046.
15. Хохліна, О. П. (2021). *Теоретико-методологічні проблеми психології: навч. посібн*, (с. 244). Київ: Симоненко О. І.
16. Afuzova, H., Rudenko, L., Stepanchenko, N., Shkrabiuk, V., Martsyniak-Dorosh, O., & Dubovyk, O. (2021). Future Psychologist's Mental Orientation at the Correctional Support of the Children with Impaired Mental and Physical Development. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 12(3), 127–148.
17. Belland, B. (2016). Instructional scaffolding in STEM education. Instructional scaffolding in STEM education. *Springer International Publishing*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-02565-0>.
18. Bikic, A., Dalsgaard, S., Pittman, B., Leckman, J. F., Wexler, B. (2024). Cognitive training for children with ADHD: composite cognitive score outcome in a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(1), 87–91. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2270954>
19. Champ, R., Adamou, S., Tolchard, B. (2021). The impact of psychological theory on the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults: A scoping review. *PLoS One*. 16(12), e0261247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261247>
20. Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K., Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, (6), 33. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-33>

21. Davies, S. R., Field, A. R., Andersen, T., & Pestell, C. (2011). The ecological validity of the rey-osterrieth complex figure: predicting everyday problems in children with neuropsychological disorders. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, (33), 820–831. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.574608>
22. Kim, J. (2018). The effects of a home-based sensorimotor program on executive and motor functions in children with ADHD: a case series. *Journal of physical therapy science*, 30(8), 1138–1140. <https://doi.org/10.1589/jpts.30.1138>
23. Mazursky-Horowitz, H., Thomas, S. R., Woods, K. E., Chrabaszcz, J. S., Deater-Deckard, K., & Chronis-Tuscano, A. (2018). Maternal Executive Functioning and Scaffolding in Families of Children with and without Parent-Reported ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (46), 463–475.
24. Mozgova, G. P., Stavytska, S. O., Stavytskyi, G. A., Khanetska, T. I. (2022). *Peculiarities of diagnostics and identification of psychosomatic pathology in children and adolescents*. (Особливості діагностики та виявлення психосоматичної патології у дітей та підлітків). Науковий журнал «Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія», 33(72), 119–126. К.: Видавничий дім «Гельветика».
25. Ogundele, M., Ayyash, H. (2023). ADHD in children and adolescents: Review of current practice of non-pharmacological and behavioural management. *AIMS Public Health*, 10(1), 35–51. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023004>
26. Pakhomova, N., Baranets, I., Okhrimenko, I., Rudenko, L., Stakhova, L., & Moroz, L. (2023). Utilizing specialized knowledge during correctional education with older preschool children with speech disorders. *Revista Conrado*, 19(91), 474–483.
27. Prokhorenko, L. I. (2022). Giftedness as asynchronous development of children with special educational needs. (Обдарованість як асинхронний розвиток дітей з особливими освітніми потребами). *Insight: the psychological dimensions of society*, (8), 111–123.
28. Romanenko, O., Rudenko, L., & Shevtsov, A. (2021). Diagnosis of Features of Speech Thinking in Children With Cerebral Palsy. (Діагностика особливостей мовного мислення у дітей з ДЦП). *Psycholinguistics*, 30(1), 203–223. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2021-30-1-203-223>.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ У СИСТЕМІ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ З ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ РДУГ

У третьому розділі дисертаційного дослідження наведено наукові положення розробки та реалізації програми психологічного супроводу з урахуванням специфіки зв'язків особливостей розвитку з РДУГ; надано результати експериментальної апробації програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, що містять аналіз особливостей побудови програми індивідуальної психологічної корекції та стратегій корекційно-розвивальної роботи як складових психологічного супроводу, а також результати перевірки ефективності програми психологічного супроводу дітей з РДУГ молодшого шкільного віку; наведено особливості впровадження програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, а зокрема особливості впровадження курсу індивідуальних занять як складової програми психологічного супроводу дітей з РДУГ, консультативної та групової роботи з батьками як складові програми психологічного супроводу дітей з РДУГ; розроблено та запропоновано методичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ.

3.1. Наукові положення розробки та реалізації програми психологічного супроводу з урахуванням специфіки зв'язків особливостей розвитку з РДУГ

Нефармакологічні методи та психосоціальні засоби нормалізації стану дітей з РДУГ наразі визнані як важливі заходи, що можуть значною мірою допомогти стабілізувати стан дитини та зменшити інтенсивність проявів порушень уваги, імпульсивності та гіперактивності, а також знизити інтенсивність проявів коморбідних до РДУГ розладів (Shrestha M., Lautenschleger J., Soares N., 2020). Комплекс таких заходів в контексті їх внутрішніх та системних зв'язків, що

зумовлені необхідністю подолання заздалегідь визначених проблем та досягнення поставлених цілей по стабілізації стану, варто позначати терміном «психологічний супровід».

В. Панок (2012) указує, що в психологічному супроводі варто виокремлювати два основні напрямки діяльності: актуальні сьогодні і перспективні. Актуальні напрямки психологічного супроводу пов'язані з вирішенням поточних, існуючих проблем і ситуацій, які безпосередньо пов'язані з труднощами у вихованні і навчанні дітей, процесами соціального розвитку. Однак також указано, що швидке рішення поточних проблем не є єдиним показником ефективності психологічного супроводу. Важливим є створення подальших можливостей розвитку в перспективі. Створення позитивної системи творчої та продуктивної взаємодії дитини зі світом, що буде охоплювати різні рівні, є основою для подальшого позитивного розвитку її особистості. Приймаючи ці положення, варто додати, що психологічний супровід – це специфічна форма допомоги, яка спрямована на зменшення актуальних проблем соціального та психологічного типу, що формують бар'єр для подальшого процесу самореалізації когнітивного та особистісного розвитку.

У контексті поліморфної РДУГ психологічний супровід повинен містити не тільки суто корекційні заходи, які спрямовані на подолання основних проявів, що дестабілізують стан дитини, через використання стратегії «атаки слабкості», але й також приділити час тим процесам, що можуть бути компенсаторними та надавати дитині додаткові можливості зі стабілізації власного стану. Цей напрямок роботи варто позначити як абілітаційний, або ж розвивальний, що відповідає уявленням про психологічний супровід як пошук певних прихованих ресурсів, що можуть сприяти подальшому розвитку, опору на власні можливості та створення за рахунок цього психологічних умов для стабілізації зв'язків із соціальним середовищем (Мушкевич, 2011). Отже, психологічний супровід дітей з РДУГ передбачає гармонійне поєднання різних груп методів та заходів, спрямованих на формування

індивідуалізованої траєкторії розвитку дитини з урахуванням її сильних та слабких сторін для підвищення потенціалу подальшої самореалізації.

З огляду на науково-практичні дослідження виявлено низку профілактичних, корекційно-розвивальних програм та рекомендацій: навчальна програма «Методики роботи з дітьми з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю» (Кучерак І.); курс корекційно-розвивальних занять для дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю (Поморенко Т.), індивідуальна програма психологічного супроводу дитини з гіперактивністю (Ромашкевич К.); програма «Забезпечення безпечного освітнього середовища та створення системи психолого-педагогічного супроводу дітей з ГРДУ в освітньому просторі» (Грищенко Н.); рекомендації по організації психолого-педагогічного супроводу дошкільників із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (Білопола В.); семінар-практикум для психологів «Психологічна допомога дітям з СДУГ (синдромом дефіциту уваги) та їхнім сім'ям» (Воскобойник Н.).

Варто також відзначити публікацію Г. Соколової, Л. Колбіної (Соколова, Колбіна, 2021), що присвячена питанню соціальної адаптації дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами. У статті наведено декілька етапів реалізації програми соціальної адаптації, а зокрема: визначення напрямку роботи, напрям роботи з дітьми молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами, проведення роботи щодо розвитку мотиваційного компоненту, розвиток емоційного компоненту соціальної адаптованості. Указані етапи враховано при розробці та апробації авторської програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ.

На основі відзначених програм психологічного супроводу та корекції проявів РДУГ у дитячому віці обґрунтовано методологічну базу формувального експерименту у формі програми психологічного супроводу дітей з РДУГ, що буде орієнтована на диференційований підхід при організації роботи з дітьми та містити такі основні заходи, як індивідуальна психологічна корекція та реабілітація, а також консультативна робота з батьками.

Теоретико-методологічними засадами програми психологічного супроводу стали основні положення проблемно-орієнтованого підходу (Beck A., Ellis A., Meichenbaum D.). Цей підхід у психологічній корекції зосереджений на виявленні та вирішенні конкретних проблем або труднощів, з якими стикається індивід. Цей підхід виходить з припущення, що корекційна робота повинна бути спрямована на реальні проблеми, які заважають нормальному розвитку особистості, її соціальній адаптації або продуктивному функціонуванню (Ogundele, Ayyash, 2023).

Було враховано основні положення діяльнісного підходу в роботі з дітьми молодшого шкільного віку з РДУГ. Він може бути застосований як ефективний засіб для розвитку їхньої самостійності, підвищення рівня концентрації уваги, а також для корекції поведінкових та емоційних порушень. У цьому контексті підхід орієнтується на залучення дітей до активної участі в різних видах діяльності, що сприяє розвитку їхніх навичок самоконтролю, організованості та соціальної взаємодії. Цей підхід дозволяє розглядати діяльність психолога як комплексну роботу, що містить не тільки профілактику і корекцію поведінки дітей, але й сприяє їхньому загальному розвитку та соціальній адаптації (Champ, Adamou, Tolchard, 2021).

За результатами аналізу наукових джерел та з опорою на констатувальне дослідження було сформульовано такі принципи розробки та впровадження програми психологічного супроводу:

1. Принцип пластичності. Огляд літератури показує, що корекція РДУГ може здійснюватися різними шляхами й ефективність методів змінюється залежно від конкретних випадків. Це узгоджується з концепцією аллостазу (Ramsay, Woods, 2014), яка підкреслює важливість різноманітних підходів для підтримки оптимального функціонального стану організму. У контексті корекційного процесу це означає використання різних стратегій, з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку дитини та її психологічного профілю. Основою для цього є єдина модель функціонального розвитку дитини (Knyazev, 2020).

2. Принцип вибірконості. Напрямки корекційного втручання та його цілі повинні ґрунтуватися на результатах попереднього психологічного обстеження та визначатися індивідуально на кожному етапі корекції, враховуючи особливості функціонального розвитку дитини та її соціальне середовище.
3. Принцип екологічної валідності. Корекційні заходи мають сприяти усуненню академічних і соціально-побутових труднощів і підвищенню ефективності дитини в актуальних видах діяльності шляхом стабілізації її психологічного стану.
4. Принцип «скаффолдингу» (scaffolding). Процес психологічного супроводу повинен ґрунтуватися на поступовій підтримці та керуванні дитиною. Цей принцип передбачає створення структури, яка допомагає дитині освоювати нові навички та компетенції, поступово знижуючи рівень підтримки в міру її готовності до самостійного виконання завдань (Belland, 2016).
5. Принцип комплексності. Корекція повинна проводитися на різних рівнях організації індивідуальності дитини з урахуванням специфіки впливу особливостей розвитку.
6. Принцип алгоритмізованості. Процес корекції має реалізовуватися відповідно до чітко визначеного алгоритму. Основою для алгоритму став підхід, запропонований Н. Максимовою, К. Милютіною, В. Піскуном (1999), який було адаптовано відповідно до сучасних уявлень про психологічну корекцію.

Концептуальним підґрунтям системи корекційно-розвивальної роботи, що лягла в основу програми психологічного супроводу дітей з РДУГ, загальних особливостей стратегії та тактики її організації, став сформульований у констатувальній частині дослідження висновок про те, що клінічні прояви РДУГ пов'язані з різними групами особливостей розвитку, при цьому для кожної з виокремлених підгруп співвідношення нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку є унікальним та специфічним, створюючи складну та індивідуалізовану картину розвитку.

На основі визначених теоретико-методологічних підходів і принципів, а також сформульованого концептуального підґрунтя було розроблено програму психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ. Було виокремлено основні вимоги, яким повинна відповідати така програма:

- Індивідуалізація корекційного підходу.

Орієнтація індивідуальних особливостей розвитку дітей, враховування специфіки порушень та наявних коморбідних розладів.

- Інтегративність та комплексність.

Інтеграція методів роботи з доведеною ефективністю з урахуванням цілей та завдань корекційно-розвивальної роботи.

- Регулярний моніторинг та корекція програми.

Можливість внесення змін до програми психологічного супроводу з урахуванням корекційно-розвивальної динаміки та особливостей впливу середовища.

- Прогнозованість.

Чітке визначення результатів та критеріїв їх досягнення.

- Залучення сім'ї.

Включення батьків у процес корекції для підтримки прогресу та забезпечення належної психологічної підтримки;

- Практична орієнтованість.

Орієнтація на формування практичних соціально-побутових та академічних навичок.

Метою програми психологічного супроводу є зниження інтенсивності проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку та нормалізація процесу розвитку. Окрім того, відповідно до результатів дослідження зв'язків особливостей розвитку з проявами РДУГ було сформовано цілі для роботи з дітьми в кожній з виокремлених підгруп (таблиця 3.1).

Цілі програми психологічного супроводу для дітей з РДУГ у різних підгрупах

Підгрупа дітей з РДУГ	Цілі програми психологічного супроводу	Обґрунтування
Діти з проблемами гіперактивності та імпульсивності N=32	Розвиток саморегуляції та контролю над імпульсами – підвищити здатність дітей контролювати імпульсивні реакції та рівень саморегуляції через відповідні корекційні методики, зокрема тренування уваги та концентрації.	Дослідження засвідчують, що гіперактивність та імпульсивність у дітей можуть бути пов'язані з нейропсихологічними особливостями, які впливають на здатність контролювати імпульси та рівень активності.
	Покращення взаємодії між батьками та дітьми – підвищити рівень розуміння емоційного стану дитини з боку батьків з акцентом на зниження надмірної адаптації батьківських реакцій до актуального стану дитини.	Обґрунтування: було виявлено, що батьківське ставлення може і посилювати, і зменшувати прояви поведінкових проблем у дітей. Важливо сприяти розвитку більш здорового емоційного зв'язку між батьками та дітьми.
	Розвиток психічних процесів і когнітивних здібностей – покращити показники розвитку психічних процесів у дітей, таких як концентрація уваги, перемикання уваги та здатність до копіювання зображень, що сприяє їх успішній адаптації в навчальному процесі.	Дослідження засвідчують, що самооцінка дітей з гіперактивністю та імпульсивністю частково залежить від їх когнітивних здібностей і не завжди пов'язана з симптоматикою РДУГ, а з індивідуально-психологічними особливостями.
	Стабілізація психоемоційного стану та самооцінки – сформулювати позитивну самооцінку у дітей шляхом поліпшення розуміння їхнього емоційного стану та розвитку відповідних адаптаційних механізмів.	Позитивна самооцінка дітей з гіперактивністю та імпульсивністю формується не тільки через корекцію поведінкових проявів, але й через підтримку їхніх когнітивних здібностей та емоційного благополуччя.
Діти з порушенням уваги N=35	Корекція симптомокомплексу РДУГ та розвиток уваги – посилення здатності дітей до довільної концентрації уваги та зменшення проявів імпульсивності, тривожності та депресивних симптомів	Дефіцит уваги має тісні взаємозв'язки з іншими симптомами, такими як імпульсивність, тривожність та депресія. Важливо забезпечити комплексний підхід, що враховує ці взаємозв'язки для більш ефективної корекції.

	Покращення стосунків між дитиною та батьками – формування теплих та підтримувальних стосунків між дитиною та батьками, з акцентом на тілесний контакт, сприйняття та розуміння емоційного стану дитини.	Самооцінка дітей з дефіцитом уваги тісно пов'язана із стосунками з батьками. Підтримка з боку батьків може сприяти підвищенню самооцінки дитини та поліпшенню взаємодії в сім'ї.
	Корекція батьківського ставлення до дитини – змінити батьківське ставлення до дитини, щоб уникнути надмірної орієнтації на емоційний стан дитини, який може підсилювати тривожно-депресивні прояви.	Орієнтація на емоційний стан дитини в цій підгрупі може посилювати тривожність і депресію. Корекція батьківського ставлення допоможе зменшити негативні емоційні реакції в дитини.
	Підвищення самооцінки через батьківську підтримку – формування адекватної самооцінки в дітей шляхом підвищення рівня підтримки та прийняття з боку батьків.	Діти з більш адекватною самооцінкою здатні до кращої взаємодії з батьками, що призводить до отримання більшої уваги та турботи. Цільові заходи, спрямовані на підтримку самооцінки, допоможуть поліпшити загальний психоемоційний стан дитини.
Діти з комбінованою формою РДУГ N=29	Корекція поведінкових розладів – зменшити прояви імпульсивності, тривожно-депресивних симптомів, поведінкових проблем та реакцій опозиції в дітей.	У дітей з комбінованою формою РДУГ порушення адаптації мають тісний взаємозв'язок з дефіцитом уваги та іншими поведінковими розладами, що потребує спрямованої корекційної роботи для стабілізації їхнього психоемоційного стану.
	Навчання батьків адекватних способів надання емоційної підтримки – підвищити ефективність емоційної підтримки з боку батьків, щоб зменшити негативні поведінкові прояви в дітей.	Кореляційний аналіз показав, що емоційна підтримка з боку батьків може знизити негативні прояви в дітей, однак надмірна емпатія може призводити до почуття сорому та провини в дитини. Важливо навчити батьків надавати підтримку таким способом, який буде найбільш корисним для дитини.
	Розвиток адекватної самооцінки через підтримку успішності – сформулювати адекватну самооцінку в дітей через підвищення їхньої успішності в різних видах діяльності.	Самооцінка дітей з комбінованою формою РДУГ пов'язана з їхньою успішністю, особливо в діяльності, що вимагає концентрації уваги та саморегуляції. Забезпечення умов для підвищення успішності допоможе поліпшити їхню самооцінку.

	Корекція впливу батьківського виховання на емоційний стан дитини – зменшити негативний вплив надмірної емпатії з боку батьків на емоційний стан дитини, забезпечивши баланс між підтримкою та розвитком самостійності.	Надмірно емпатійні батьки можуть посилювати почуття сорому та провини в дітей. Важливо навчити батьків, як надавати підтримку, не підвищуючи негативні емоції дитини.
Діти з проблемами соціальної адаптації N=26	Корекція порушень уваги та розвиток довільної саморегуляції – поліпшити здатність дітей до концентрації уваги, перемикання уваги та саморегуляції для підвищення успішності їхньої діяльності.	Для дітей з проблемами соціальної адаптації порушення уваги мають тісний зв'язок з імпульсивністю, успішністю діяльності та адаптаційними розладами, що вказує на необхідність цілеспрямованої роботи з увагою.
	Корекція батьківського ставлення та емоційної атмосфери в родині – покращити батьківське ставлення до дитини, сприяти прийняттю батьками дітей та створенню сприятливої емоційної атмосфери в родині для зменшення проявів реакцій опозиції в дітей.	Реакції опозиції в дітей цієї групи пов'язані з системою батьківського виховання і зменшуються при адекватному прийнятті дитини, регуляції її емоційних станів та загальному сприятливому емоційному кліматі в родині.
	Розуміння та регуляція емоційних станів дитини – формування в батьків навичок розуміння та регуляції емоційних станів дитини, що допоможе зменшити тривожність та стабілізувати її емоційний стан.	Діти з проблемами соціальної адаптації потребують від батьків не стільки емпатії та прийняття, скільки розуміння їхніх емоційних станів і допомоги в їх регуляції. Надмірна емпатія без розуміння може навіть збільшувати тривожність у дітей.
	Диференційований підхід до корекції поведінкових розладів – застосовувати індивідуальний підхід до корекції поведінкових розладів залежно від домінантних симптомів РДУГ.	Якщо в дитини з цієї групи переважають реакції опозиції, основну увагу варто приділити корекції батьківського ставлення. Якщо ж домінують розлади уваги, основні зусилля потрібно спрямувати на корекцію цих розладів та розвиток довільної саморегуляції.

Програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ передбачає наявність декількох основних етапів її реалізації, кожен з яких

характеризується наявністю специфічної цілі та завдань. Було виокремлено три основні етапи:

1. Діагностично-підготовчий етап

Основна мета цього етапу – визначити індивідуальні особливості дитини з РДУГ, оцінити її рівень розвитку, емоційний стан, поведінкові проблеми, а також встановити характеристики взаємовідносин у сім'ї. До специфічних завдань цього етапу належать такі: провести комплексну діагностику для визначення домінантних симптомів РДУГ та супутніх порушень (тривожність, депресія, опозиційні реакції); оцінити нейропсихологічний профіль дитини, зокрема наявність дезорганізованих змін біоелектричної активності; вивчити особливості батьківського ставлення та емоційної атмосфери в сім'ї; сформувати індивідуальний план корекційно-розвивальної роботи на основі отриманих даних.

Результатом діагностично-підготовчого етапу став розподіл дітей з РДУГ на підгрупи та детальний індивідуальний план корекційно-розвивальної роботи для дітей у різних підгрупах. Цей план базується на результатах комплексної діагностики, яка містить визначення домінантних симптомів РДУГ, супутніх порушень (тривожність, депресія, опозиційні реакції), оцінку розвитку когнітивних функцій дитини та аналіз сімейних взаємовідносин. План має враховувати специфічні потреби дитини, визначені на основі отриманих даних, і бути спрямованим на ефективне вирішення виявлених проблем.

2. Корекційно-розвивальний етап

Мета цього етапу – реалізувати індивідуальний план психологічного супроводу, спрямований на корекцію поведінкових проблем, розвиток уваги, саморегуляції, емоційної стійкості та покращення сімейних взаємовідносин. До завдань цього етапу входять: здійснювати індивідуальні та групові заняття з дитиною, спрямовані на розвиток концентрації уваги, імпульс-контролю, саморегуляції та соціальної адаптації; провести роботу з батьками, яка містить консультації та навчання щодо адекватного прийняття, розуміння і регуляції емоційних станів дитини; використовувати методи когнітивно-поведінкової терапії для роботи з тривожністю, депресивними проявами та опозиційними реакціями;

упроваджувати вправи для поліпшення соціальних навичок та взаємодії дитини в групі однолітків.

2.1. Індивідуальна корекційно-розвивальна робота з дітьми

Для дітей у різних підгрупах було визначено диференційовані цілі, предмет та завдання корекційно-розвивальної роботи:

А) Діти з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності

Цілі корекції: розвиток саморегуляції та контролю над імпульсами; розвиток психічних процесів і когнітивних здібностей; стабілізація психоемоційного стану та самооцінки.

Специфічні завдання: навчити дітей технік контролю імпульсивних реакцій через спеціальні вправи та ігрові методики; підвищити здатність дітей передбачати наслідки своїх дій і реагувати на них свідомо; упровадити практики самоконтролю, що містять методи відстроченого задоволення та керованої зупинки імпульсів; провести заняття, спрямовані на поліпшення уваги, концентрації, пам'яті та мислення; розвинути здатність до планування та організації діяльності через структуровані завдання; упровадити методики розвитку когнітивної гнучкості, що допоможуть дітям ефективніше перемикатися між завданнями та адаптуватися до нових ситуацій; забезпечити підтримку у формуванні позитивної самооцінки через успішний досвід виконання завдань та досягнення; провести психоемоційні тренінги для зниження тривожності та депресивних проявів.

Предметом корекції при роботі з дітьми у цій підгрупі стали прояви імпульсивності та гіперактивності і пов'язані з ними нейропсихологічні показники, особливості когнітивного розвитку, психоемоційного стану та самооцінки.

Стратегії організації корекції: від динамічної стратегії до статичної; від ігрової до навчальної стратегії; директивна стратегія організації корекції; стратегія «чистого» простору; стратегія позиційних просторових маркерів; стратегія інформаційних маркерів; стратегія пікових навантажень; стратегія арки; стратегія часових маркерів.

Б) Діти з домінантним дефіцитом уваги

Цілі корекції: розвиток уваги; профілактика порушень психоемоційного стану та самооцінки.

Специфічні завдання: розробити та впровадити вправи для тренування концентрації, стійкості та перемикання уваги; сформувати навички усвідомленого управління увагою через використання спеціальних методик і технік, спрямованих на підвищення здатності до фокусування; через застосовування ігрових та навчальних завдань покращити розвиток здатності до тривалої концентрації на виконуваних діях; провести роботу, спрямовану на формування позитивного образу «Я» та підвищення рівня самооцінки через успішний досвід виконання завдань; навчити дітей використовувати методики релаксації та емоційної регуляції для зниження тривожності та стабілізації емоційного стану.

Предметом корекції для дітей у цій підгрупі стали прояви порушень уваги в контексті їх зв'язків з психоемоційним станом дітей.

Стратегії організації корекції: від статичної стратегії до динамічної; від директивної до ліберальної стратегії; навчальна стратегія організації процесу корекції; стратегія перерв; стратегія часових маркерів.

В) Діти з комбінованою формою РДУГ

Цілі корекції: корекція поведінкових розладів; розвиток адекватної самооцінки.

Специфічні завдання: застосувати методи когнітивно-поведінкової терапії для корекції деструктивної поведінки, зокрема імпульсивних та опозиційних реакцій; упровадити техніки соціальних історій та рольові ігри для моделювання та закріплення прийнятної поведінки в соціальних ситуаціях; провести індивідуальні заняття, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, контролю емоцій та соціальної адаптації.

Предметом корекції для дітей із комбінованою формою РДУГ стали прояви імпульсивності, гіперактивності та порушення уваги та особливості психоемоційного стану.

Стратегії організації корекції: від динамічної стратегії та статичної; поєднання та балансування ігрової та навчальної стратегій корекції; від

директивної до ліберальної стратегії; стратегія позиційних просторових маркерів та структурування середовища; стратегія арки; стратегія перерв; стратегія часових маркерів.

Г) Діти з проблемами соціальної адаптації

Цілі корекції: корекція порушень уваги та розвиток довільної саморегуляції; розвиток навичок аналізу власного емоційного стану.

Специфічні завдання: провести тренінг з розвитку навичок концентрації та утримання уваги, зокрема через вправи на фокусування та перемикання уваги; провести індивідуальні заняття з дитиною, спрямовані на розвиток навичок самоконтролю та імпульс-контролю в різних ситуаціях; залучаючи методи поведінкової терапії для покращення здатності дитини до довільної регуляції своєї поведінки, зокрема через розвиток внутрішнього самонагляду та саморефлексії; упроваджувати вправи на ідентифікацію та вербалізацію емоційних станів, допомагаючи дитині розпізнавати та описувати власні емоції; проводити заняття з емоційної грамотності, де дитина вчиться розпізнавати причини своїх емоцій та їх вплив на поведінку; використовувати техніки саморефлексії та ведення емоційних щоденників для розвитку здатності дитини аналізувати та контролювати свої емоційні реакції.

Предметом корекції для дітей у цій підгрупі стали порушення уваги та самоорганізації, психоемоційний стан.

Стратегії організації корекції: від ліберальної до директивної стратегії; ігрова стратегія; поєднання та балансування динамічної та статичної стратегій; стратегія символічних просторових маркерів; стратегія часових маркерів.

При організації корекційно-розвивальної роботи з дітьми в усіх групах було використано такі методи:

А) Метод сенсомоторної корекції

Метод спрямовано на формування сенсомоторного та енергетичного фундаменту дитини, корекцію патологічних тілесних проявів. Сенсомоторна корекція може містити елементи дитячо-батьківського тренінгу або доповнюватися

прийомами аутогенного тренування та релаксації, яким навчають дитину (Бублай-Єланкіна, 2016).

Цей метод інтегрує елементи ЛФК, тілесно-орієнтованої психотерапії, елементи східних практик та пропонує єдиний алгоритм корекційно-розвивальної роботи. Значну практичну цінність має метод сенсорної інтеграції Дж. Айріс (Fisher, Murray, Bundy, 2017), у якому основний акцент зроблено на роботі з базовими сенсорними системами дитини. Особливу увагу приділено роботі з пропріоцептивною, тактильною та вестибулярною системами як базовими в загальному розвитку дитини.

Б) Метод когнітивного тренування

Метод використовують для розвитку пізнавальної сфери дитини, виконавчих функцій. Це комплекси ігор та вправ, що спрямовані на розвиток різноманітних аспектів уваги, здатності до регуляції власної поведінки, планування та контролю діяльності. Окрім того, це робота над розвитком зорового, аудіального та тактильно-кінестетичного сприйняття, просторових уявлень, асоціативних процесів. Сюди можна зарахувати й тренінг уваги та усвідомленості, який містить елементи медитативних практик (Schmiedeler, 2015).

В) Методи соціально-поведінкового тренінгу

Соціально-поведінковий тренінг демонструє високу ефективність при роботі з навичками соціальної взаємодії, емоційного та поведінкового контролю. Він передбачає навчання дитини адаптивних поведінкових реакцій, алгоритмів дій у проблемних та конфліктних ситуаціях. Значний акцент при застосуванні методів цієї групи зроблено на роботі із соціальним оточенням дитини (Gardner, Gerdes, Weinberger, 2015): психоедукації, тренінгу взаємодії з дитиною, формуванню навичок корекції небажаної поведінки. Дружні та гармонійні стосунки з оточенням представники цього підходу розглядають як основу поведінкової стабільності дитини. Безпосередня робота з дитиною передусім спрямована на формування в неї навичок соціальної взаємодії.

Г) Когнітивно-поведінковий тренінг сну

Метод передбачає надання інформації щодо психогігієни сну, тренінг батьків з підтримання режиму сну дитини (Hiscock, et al. 2015). Метод продемонстрував ефективність щодо покращення сну та емоційного стану дітей із РДУГ.

Робота з дітьми проведена за таким алгоритмом:

I. Формування предмету, завдань та цілей корекційно-розвивальної роботи.

На цьому етапі визначено конкретні предмети, цілі та завдання корекційно-розвивальної роботи на основі детального аналізу результатів попереднього обстеження дитини. Це робота поєднує вивчення даних, отриманих під час діагностики, таких як симптоми РДУГ, поведінкові проблеми, соціальні та емоційні труднощі; розуміння конкретних проблем дитини, її соціальної ситуації та умов розвитку; ідентифікацію ділянок, які потребують термінового втручання, та тих, які можуть розвинути за допомогою корекційних заходів; спільне формулювання цілей і завдань з батьками дитини, щоб забезпечити їхню участь і підтримку в процесі. Результатом реалізації цього етапу алгоритму корекції є чітко визначені і конкретизовані предмет, завдання та цілі корекційно-розвивальної роботи, узгоджені із батьками, які містять мішені корекції, завдання для розвитку та підтримки дитини.

II. Вибір комплексу стратегій втручання.

На цьому етапі розробляють конкретний комплекс стратегій для роботи з дитиною, враховуючи індивідуально-особистісні особливості та результати діагностики: розгляд специфічних потреб та особливостей дитини, визначених на попередньому етапі; вибір найбільш ефективних методів та підходів для корекції виявлених проблем (когнітивно-поведінкова терапія, тренінги з саморегуляції та ін.); адаптація стратегій до специфічних особливостей дитини, її потреб і рівня розвитку. Результатом реалізації цього етапу алгоритму є розроблений і адаптований комплекс стратегій втручання, що враховує індивідуальні потреби дитини та забезпечує ефективне вирішення визначених проблем.

III. Вибір основних блоків прийомів та методів корекційно-розвивальної роботи та їх реалізація.

На цьому етапі визначаються конкретні прийоми та методи для реалізації обраних стратегій: вибір методів та прийомів: формування списку конкретних методів і прийомів, таких як вправи на розвиток уваги, техніки саморегуляції, соціальні тренінги; здійснення практичної роботи з дитиною, використовуючи обрані методи та прийоми і в індивідуальних, і в групових заняттях; оцінка ефективності застосованих методів і корекція їх у разі необхідності. Результатом цього етапу алгоритму індивідуальної роботи з дитиною є успішна реалізація корекційно-розвивальної програми, що містить вибрані методи та прийоми, спрямовані на покращення поведінки, розвитку навичок і соціальної адаптації дитини.

IV. Аналіз ступеня ефективності програми супроводу.

На цьому етапі проводять оцінку результатів корекційно-розвивальної роботи для визначення її ефективності: збір й аналіз даних про зміни в поведінці, емоційному стані, розвитку навичок дитини; використання різних методів для оцінки ефективності програми (опитування, тестування, спостереження); унесення змін у програму на основі отриманих результатів для підвищення її ефективності. Результатом є оцінка ефективності програми, визначення ступеня досягнення поставлених цілей і завдань, унесення корективів у програму для покращення результатів.

Загальна тривалість курсу: для дітей в усіх підгрупах тривалість занять за програмою психологічного супроводу становила 20 занять, тривалість заняття – 1 година. Загальна кількість занять на тиждень – 2. Важливою умовою ефективності програми також є наявність 20-хвилинних занять дітей з батьками по три рази на тиждень (проводили вдома), а також виконання батьками рекомендацій психолога.

2.2. Робота з батьками дітей з РДУГ.

Для батьків дітей з різними проявами РДУГ було сформовано такі цілі, предмет та завдання корекційно-розвивальної роботи:

- А) Батьки дітей із домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності.

Цілі роботи: покращення взаємодії між батьками та дітьми.

Специфічні завдання: провести тренінги та консультації для батьків, спрямовані на розвиток їхнього розуміння емоційних станів дитини; навчити розпізнавати та адекватно реагувати на емоції дитини, враховуючи її індивідуальні особливості; навчити батьків технік активного слухання та невербальної комунікації, щоб допомогти їм краще розуміти потреби та переживання дитини, не перевантажуючи її надмірною адаптацією; зниження гіперопіки та надмірної адаптації, важливість підтримки незалежності дитини та зниження надмірної адаптації своїх реакцій до її емоційного стану: допомогти батькам розробити стратегії виховання, що базуються на розумінні емоційних та поведінкових проявів дитини, без надмірного втручання та корекції її емоційного стану; сприяти розвитку в батьків здатності до самоаналізу та рефлексії власних емоційних реакцій на поведінку дитини, що допоможе їм краще розуміти, як їхні власні емоції та дії можуть впливати на дитину.

Предметом роботи з батьками дітей у цій підгрупі було обрано розуміння емоційного стану дитини.

Б) Батьки дітей з домінантним дефіцитом уваги.

Цілі роботи: покращення стосунків між дитиною та батьками; корекція батьківського ставлення до дитини; формування навичок надання емоційної підтримки дітям.

Специфічні завдання: провести сімейні сесії для зміцнення емоційного зв'язку між дитиною та батьками, зосереджуючи увагу на відкритій комунікації та взаємній повазі; розробити індивідуальні стратегії для кожної сім'ї, спрямовані на покращення взаємодії та зниження конфліктних ситуацій, реалізувати тренінги для батьків, щоб допомогти їм переосмислити свої очікування щодо дитини та розвинути більш позитивне і реалістичне ставлення; провести консультації, спрямовані на виявлення і корекцію негативних виховних практик, що можуть впливати на самооцінку та поведінку дитини; навчити батьків конкретних технік надання емоційної підтримки, таких як активне слухання, вираження емпатії, і підтримка позитивного зворотного зв'язку; провести роботу з батьками щодо

розуміння важливості емоційної підтримки та способів її ефективного надання, що сприяє розвитку в дітей відчуття безпеки і довіри.

Предметом роботи з батьками дітей у цій підгрупі стали особливості комунікації між батьками і дітьми, батьківське ставлення до дитини та навички надання емоційної підтримки дітям з боку батьків.

В) Батьки дітей з комбінованою формою РДУГ

Цілі роботи: навчання батьків адекватних способів надання емоційної підтримки; зменшення негативного впливу надмірної емпатії з боку батьків на стан дитини; забезпечити баланс між підтримкою з боку батьків та розвитком самостійності.

Специфічні завдання: провести семінари та тренінги для батьків, де вони навчатимуться розпізнавати емоційні потреби дитини та надавати відповідну підтримку, яка сприятиме її емоційному розвитку; розробити для батьків практичні вправи і техніки активного слухання та емоційного реагування, що допоможуть їм краще взаємодіяти з дитиною; організувати індивідуальні консультації для батьків, де їм буде надано рекомендації щодо уникнення надмірного занурення в емоційні стани дитини, яке може призводити до почуття провини або сорому в дітей; провести практичні заняття, на яких батьки навчатимуться розуміти і контролювати свої емоційні реакції, щоб не проєктувати свої переживання на дитину; навчити батьків способів підтримки, що стимулюють розвиток самостійності в дитини, зокрема через поступове збільшення рівня відповідальності, яку дитина може брати на себе; провести заняття для батьків, спрямовані на розвиток уміння балансувати між емоційною підтримкою та наданням дитині можливостей для самостійного вирішення проблем і прийняття рішень.

Предметом роботи для батьків дітей з комбінованою формою РДУГ було обрано навички надання емоційної підтримки дитині, емпатію батьків до дитини, співвідношення рівня підтримки та її самостійності.

Г) Батьки дітей з проблемами соціальної адаптації.

Цілі роботи: підвищення прийняття батьками дітей; розвиток навичок батьків впливати на дитячий стан; формування в батьків навичок розуміння та регуляції емоційних станів дитини.

Специфічні завдання: провести навчальні семінари для батьків, на яких буде обговорено стратегії прийняття індивідуальних особливостей дітей з РДУГ та важливість підтримки позитивного ставлення до їх поведінки та потреб; провести індивідуальні консультації для батьків, що допоможуть знайти способи конструктивного прийняття та адаптації до особливостей розвитку дитини; організувати тренінги для батьків, де вони зможуть навчитися технік позитивного впливу на дитячий стан, залучаючи методи позитивного підкріплення та конструктивної комунікації; розробити та впровадити вправи і стратегії, які допоможуть батькам краще розуміти та управляти емоційними та поведінковими реакціями дітей, покращуючи їхній загальний стан; провести тренінги і практичні заняття для батьків, на яких навчатимуться способів розпізнавання і регуляції емоційних станів дитини, зокрема через техніки емоційного самоконтролю і стратегії зменшення стресу; розробити та надати рекомендації та інструменти для батьків, що допоможуть їм ефективно управляти емоційними реакціями дитини, зокрема й техніки для створення підтримувального і стабільного емоційного середовища вдома.

Предметом роботи для батьків дітей у цій підгрупі було обрано процес прийняття дитини, навички розуміння її стану та вміння на нього впливати.

При роботі з батьками дітей з РДУГ було використано такі методи:

А) Індивідуальні консультації.

Особисті зустрічі з батьками для обговорення специфічних проблем та стратегій, що стосуються їхньої дитини. Це дозволяє зосередитися на індивідуальних потребах сім'ї та надати персоналізовану підтримку. Індивідуальні консультації містять: аналіз ситуації та обговорення специфічних викликів; розробку індивідуальних планів підтримки для сім'ї; надання рекомендацій для впровадження корекційних стратегій у повсякденному житті.

Б) Тренінги та семінари для батьків.

Групові навчання для батьків, де вони можуть отримати знання про РДУГ, розвинути навички ефективної комунікації та навчитися застосовувати методи підтримки; презентація актуальних досліджень та методик; обговорення способів покращення взаємодії з дітьми; відповіді на запитання та обмін досвідом.

В) Курс занять з навчання технікам емоційної підтримки.

Навчання батьків способів емоційної підтримки та розуміння емоційних потреб дитини. Курс занять з навчання технік емоційної підтримки містить: розгляд технік активного слухання та емпатії; розробка стратегії підтримки емоційної стабільності дитини; практичні вправи для покращення емоційної комунікації.

Г) Супервізії та підтримка.

Регулярні зустрічі для обговорення прогресу, труднощів і корекції підходів. Супервізії та підтримка містять: періодичні супервізії з обговоренням результатів; надання підтримки у випадку труднощів; коригування планів корекції на основі зворотного зв'язку.

Д) Психосвітні матеріали.

Надання батькам інформаційних матеріалів для глибшого розуміння РДУГ та його впливу. Робота з психосвітними матеріалами містить: надання батькам книг, статей та буклетів; рекомендації для самостійного навчання; надання та огляд батьками відеоматеріалів.

Е) Рольові ігри та вправи.

Використання рольових ігор для практики нових навичок у безпечному середовищі. Використання рольових ігор та вправ містить: моделювання ситуацій виховання та реагування; обговорення альтернативних стратегій та підходів у взаємодії та вихованні дитини; відпрацювання навичок надання підтримки та управління поведінкою.

Є) Навчання технік зменшення стресу.

Ознайомлення батьків з методами зменшення стресу для покращення сімейної атмосфери. Навчання батьків технік зменшення стресу містить: навчання технік релаксації та методів зменшення стресу; вправи для підтримання емоційного балансу; обговорення важливості самодогляду та емоційної регуляції.

Робота з батьками дітей з РДУГ була проведена за таким алгоритмом:

I. Розробка індивідуального плану роботи.

Спільне визначення цілей роботи з батьками. Розробка плану корекційної роботи з урахуванням специфіки сім'ї та дитини.

II. Психологічна корекція та навчання.

Проведення індивідуальних та групових консультацій. Навчання батьків методів емоційної підтримки та регуляції поведінки дитини. Розвиток навичок ефективної комунікації та управління стресом.

III. Практичні вправи та рольові ігри.

Відпрацювання батьками нових навичок у безпечному середовищі. Моделювання проблемних ситуацій та пошук ефективних рішень.

IV. Оцінка ефективності роботи.

Регулярний аналіз змін у поведінці дитини та динаміки сімейних взаємин. Оцінка прогресу в досягненні цілей.

V. Проведення підтримувальних зустрічей та профілактика рецидивів.

Проведення періодичних консультацій для закріплення досягнутих результатів. Надання підтримки батькам у випадку виникнення нових труднощів. Розробка стратегії підтримки дитини в довготривалій перспективі. Обговорення можливих труднощів та способів їх попередження. Взаємодія з іншими спеціалістами для комплексної підтримки дитини.

Кількість занять: курс роботи з батьками містив 20 короткострокових (тривалістю до 15 хвилин) та 5 індивідуальних консультацій (тривалість – 1 година); кожне 5 заняття з дитиною було побудоване як відкрите та проведене разом з батьками; авторський навчальний курс «Методи психологічної корекції дітей з РДУГ» було розраховано на 3 місяці. На місяць проведено по 2 зустрічі, тривалість кожної – 4,5 години.

Результатом реалізації всього корекційно-розвивального етапу є значне покращення поведінкових та емоційних показників у дітей з РДУГ, розвиток уваги, саморегуляції, емоційної стійкості та соціальних навичок. Ці результати містять покращення концентрації уваги, зменшення імпульсивності, розвиток навичок

самоконтролю та адаптації в соціальному середовищі. Успішна робота з батьками допомогла забезпечити більш адекватне прийняття та розуміння емоційних станів дітей, покращення навичок комунікації між батьками та дітьми, вміння надавати підтримку та дозволила стабілізувати емоційний фон у сім'ї. У цілому цей етап повинен підготувати дітей до більш успішної інтеграції в шкільне середовище та покращити її взаємодію з однолітками.

3. Закріплювально-підтримувальний етап.

Мета останнього етапу – закріпити досягнуті результати та забезпечити стійкість позитивних змін у поведінці, емоційному стані та сімейних взаєминах. Завдання цього етапу: регулярно оцінювати динаміку змін у стані дитини та коригувати програму супроводу відповідно до досягнутих результатів; здійснювати підтримувальні зустрічі та консультації для батьків, спрямовані на підтримку позитивної динаміки у вихованні дитини; впроваджувати профілактичні заходи для попередження можливих рецидивів поведінкових проблем та закріплення нових навичок саморегуляції; організовувати зустрічі з іншими дітьми та їхніми батьками, які пройшли аналогічну програму для обміну досвідом і підтримки.

Результатом закріплювально-підтримувального етапу повинно бути забезпечення стійкості досягнутих позитивних змін у поведінці, емоційному стані та сімейних взаєминах дитини. Досягнення цього етапу передбачає:

- I. Закріплення позитивних змін. Підтвердження стабільності покращень у поведінці, емоційному стані та соціальних навичках дитини, а також в сімейних взаєминах.
- II. Регулярний моніторинг. Постійна оцінка динаміки стану дитини та коригування програми супроводу за потреби, щоб підтримувати досягнуті результати та адаптувати підходи відповідно до змін у поведінці або нових потребах дитини.
- III. Підтримка батьків. Надання консультацій і підтримки батькам для зміцнення їхніх навичок у вихованні та забезпечення позитивного впливу на розвиток дитини.

- IV. Профілактика рецидивів. Реалізація заходів для попередження можливих рецидивів поведінкових проблем, зокрема й підтримка нових навичок саморегуляції та адаптації.
- V. Обмін досвідом. Організація зустрічей з іншими дітьми та їхніми батьками, які проходили аналогічну програму, для обміну досвідом та підтримки, що сприятиме зміцненню соціальних зв'язків і підвищенню ефективності програми.

Цей етап має забезпечити стійкий прогрес у розвитку дитини та її інтеграцію в соціальне середовище.

Послідовна реалізація всіх указаних етапів уможливила структуровано підійти до корекції РДУГ у дітей, поступово вирішуючи комплекс проблем і закріплюючи позитивні результати. Загальна структура програми психологічного супроводу дітей з РДУГ наведена в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Структура програми психологічного супроводу дітей з РДУГ

Діагностичний етап	Суть: діагностика та визначення специфіки проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку, виявлення специфіки нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей їх розвитку
	Завдання: 1. Дослідити зв'язок особливостей розвитку з перебігом проявів РДУГ у дитячому віці. 2. Провести порівняльний аналіз різних підгруп дітей з РДУГ з позицій диференціації специфіки їх зв'язків з різними особливостями розвитку.
	Методи: діагностичні методики, що були застосовані на констатувальному етапі дослідження
	Учасники: діти молодшого шкільного віку з РДУГ та їх батьки
	Результат: розподіл дітей з РДУГ на підгрупи та виявлення специфіки зв'язків особливостей розвитку з проявами цього розладу для кожної з виокремлених підгруп
	Критерії ефективності: відсутні
Корекційно-розвивальний етап	Суть: корекційно-розвивальна робота з дітьми з РДУГ; реалізація комплексу заходів щодо роботи з батьками дітей з РДУГ

Мета: зниження інтенсивності проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку та нормалізація процесу розвитку	
Завдання: 1. Розробка та реалізація курсу індивідуальних занять для дітей з РДУГ у різних підгрупах; 2. Розробити та реалізувати систему методів допомоги батькам дітей з РДУГ	
Цільова аудиторія: 1. Діти молодшого шкільного віку з РДУГ; 2. Батьки дітей молодшого шкільного віку з РДУГ	
Діти з РДУГ	Батьки дітей з РДУГ
<i>Підгрупа з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності</i>	
Цілі корекції: розвиток саморегуляції та контролю над імпульсами; розвиток психічних процесів і когнітивних здібностей; стабілізація психоемоційного стану та самооцінки.	Цілі: покращення взаємодії між батьками та дітьми.
Специфічні завдання: навчити дітей технік контролю імпульсивних реакцій через спеціальні вправи та ігрові методики; підвищити здатність дітей передбачати наслідки своїх дій і реагувати на них свідомо; упровадити практики самоконтролю, що містять методи відстроченого задоволення та керованої зупинки імпульсів; провести заняття, спрямовані на поліпшення уваги, концентрації, пам'яті та мислення; розвинути здатність до планування та організації діяльності через структуровані завдання; упровадити методики розвитку когнітивної гнучкості, що допоможуть дітям ефективніше перемикатися між завданнями та адаптуватися до нових ситуацій; забезпечити підтримку у формуванні позитивної самооцінки через успішний досвід виконання завдань та досягнення;	Специфічні завдання: провести тренінги та консультації для батьків, спрямовані на розвиток їхнього розуміння емоційних станів дитини; навчити розпізнавати та адекватно реагувати на емоції дитини, враховуючи її індивідуальні особливості; навчити батьків технік активного слухання та невербальної комунікації, щоб допомогти їм краще розуміти потреби та переживання дитини, не перевантажуючи її надмірною адаптацією; зниження гіперопіки та надмірної адаптації, важливість підтримки незалежності дитини та зниження надмірної адаптації своїх реакцій до її емоційного стану: допомогти батькам розробити стратегії виховання, що базуються на розумінні емоційних та поведінкових проявів дитини, без надмірного втручання та корекції її емоційного стану; сприяти розвитку в батьків

	провести психоемоційні тренінги для зниження тривожності та депресивних проявів.	здатності до самоаналізу та рефлексії власних емоційних реакцій на поведінку дитини, що допоможе їм краще розуміти, як їхні власні емоції та дії можуть впливати на дитину.
	Предмет: прояви імпульсивності та гіперактивності і пов'язані з ними нейропсихологічні показники, особливості когнітивного розвитку, психоемоційного стану та самооцінки.	Предмет: розуміння емоційного стану дитини
	Стратегії організації корекції: від динамічної стратегії до статичної; від ігрової до навчальної стратегії; директивна стратегія організації корекції; стратегія «чистого» простору; стратегія позиційних просторових маркерів; стратегія інформаційних маркерів; стратегія пікових навантажень; стратегія арки; стратегія часових маркерів.	Стратегії організації корекції: відсутні.
<i>Підгрупа з домінантним дефіцитом уваги</i>		
	Цілі корекції: розвиток уваги; профілактика порушень психоемоційного стану та самооцінки.	Цілі: покращення стосунків між дитиною та батьками; корекція батьківського ставлення до дитини; формування навичок надання емоційної підтримки дітям.
	Специфічні завдання: розробити та впровадити вправи для тренування концентрації, стійкості та перемикання уваги; сформувати навички усвідомленого управління увагою через використання спеціальних методик і технік, спрямованих на підвищення здатності до фокусування; через застосування ігрових та навчальних завдань покращити розвиток здатності до тривалої концентрації на виконуваних діях; провести роботу, спрямовану на	Специфічні завдання: провести сімейні сесії для зміцнення емоційного зв'язку між дитиною та батьками, зосереджуючи увагу на відкритій комунікації та взаємній повазі; розробити індивідуальні стратегії для кожної сім'ї, спрямовані на покращення взаємодії та зниження конфліктних ситуацій; реалізувати тренінги для батьків, щоб допомогти їм переосмислити свої очікування щодо дитини та розвинути більш позитивне і реалістичне ставлення; провести

	формування позитивного образу «Я» та підвищення рівня самооцінки через успішний досвід виконання завдань; навчити дітей використовувати методики релаксації та емоційної регуляції для зниження тривожності та стабілізації емоційного стану.	консультації, спрямовані на виявлення і корекцію негативних виховних практик, що можуть впливати на самооцінку та поведінку дитини; навчити батьків конкретних технік надання емоційної підтримки, таких як активне слухання, вираження емпатії і підтримка позитивного зворотного зв'язку; провести роботу з батьками щодо розуміння важливості емоційної підтримки та способів її ефективного надання, що сприяє розвитку в дітей відчуття безпеки і довіри.
	Предмет: прояви порушень уваги в контексті їх зв'язків з психоемоційним станом дітей.	Предмет: особливості комунікації між батьками і дітьми, батьківське ставлення до дитини та навички надання емоційної підтримки дітям з боку батьків.
	Стратегії організації корекції: від статичної стратегії до динамічної; від директивної до ліберальної стратегії; навчальна стратегія організації процесу корекції; стратегія перерв; стратегія часових маркерів.	Стратегії організації корекції: відсутні.
<i>Підгрупа з комбінованою формою РДУГ</i>		
	Цілі корекції: корекція поведінкових розладів; розвиток адекватної самооцінки.	Цілі: навчання батьків адекватних способів надання емоційної підтримки; зменшення негативного впливу надмірної емпатії з боку батьків на стан дитини; забезпечити баланс між підтримкою з боку батьків та розвитком самостійності.
	Специфічні завдання: застосувати методи когнітивно-поведінкової терапії для корекції деструктивної поведінки, зокрема імпульсивних та опозиційних реакцій; упровадити техніки соціальних історій та рольові ігри для моделювання та закріплення	Специфічні завдання: провести семінари та тренінги для батьків, на яких вони навчатимуться розпізнавати емоційні потреби дитини та надавати відповідну підтримку, яка сприятиме її емоційному розвитку; розробити для батьків практичні вправи і

	прийнятної поведінки у соціальних ситуаціях; провести індивідуальні заняття, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, контролю емоцій та соціальної адаптації.	техніки активного слухання та емоційного реагування, що допоможуть їм краще взаємодіяти з дитиною; організувати індивідуальні консультації для батьків, де їм буде надано рекомендації щодо уникнення надмірного занурення в емоційні стани дитини, яке може призводити до почуття провини або сорому у дітей; провести практичні заняття, на яких батьки навчаться розуміти і контролювати свої емоційні реакції, щоб не проєктувати свої переживання на дитину; навчити батьків способів підтримки, що стимулюють розвиток самостійності в дитини, зокрема через поступове збільшення рівня відповідальності, яку дитина може брати на себе; провести заняття для батьків, спрямовані на розвиток уміння балансувати між емоційною підтримкою та наданням дитині можливостей для самостійного вирішення проблем і прийняття рішень.
	Предмет: гіперактивність, порушення уваги та особливості психоемоційного стану.	Предмет: навички надання емоційної підтримки дитині, емпатія батьків до дитини, співвідношення рівня підтримки та самостійності дитини.
	Стратегії організації корекції: від динамічної стратегії до статичної; поєднання та балансування ігрової та навчальної стратегій корекції; від директивної до ліберальної стратегії; стратегія позиційних просторових маркерів та структурування середовища; стратегія арки; стратегія перерв; стратегія часових маркерів.	Стратегії організації корекції: відсутні.

<i>Підгрупа з проблемами соціальної адаптації</i>		
	Цілі корекції: корекція порушень уваги та розвиток довільної саморегуляції; розвиток навичок аналізу власного емоційного стану.	Цілі роботи: підвищення прийняття батьками дітей; розвиток навичок батьків впливати на дитячий стан; формування в батьків навичок розуміння та регуляції емоційних станів дитини.
	Специфічні завдання: провести тренінг з розвитку навичок концентрації та утримання уваги, зокрема через вправи на фокусування та перемикання уваги; провести індивідуальні заняття з дитиною, спрямовані на розвиток навичок самоконтролю та імпульс-контролю в різних ситуаціях; залучити методи поведінкової терапії для покращення здатності дитини до довільної регуляції своєї поведінки, зокрема через розвиток внутрішнього самонагляду та саморефлексії; впроваджувати вправи на ідентифікацію та вербалізацію емоційних станів, допомагаючи дитині розпізнавати та описувати власні емоції; проводити заняття з емоційної грамотності, де дитина вчиться розпізнавати причини своїх емоцій та їх вплив на поведінку; використовувати техніки саморефлексії та ведення емоційних щоденників для розвитку здатності дитини аналізувати та контролювати свої емоційні реакції.	Специфічні завдання: провести навчальні семінари для батьків, на яких буде обговорено стратегії прийняття індивідуальних особливостей дітей з РДУГ та важливість підтримки позитивного ставлення до їх поведінки та потреб; провести індивідуальні консультації для батьків, які допоможуть знайти способи конструктивного прийняття та адаптації до особливостей розвитку дитини; організувати тренінги для батьків, де вони зможуть навчитися технік позитивного впливу на дитячий стан, зокрема й методів позитивного підкріплення та конструктивної комунікації; розробити та впровадити вправи і стратегії, які допоможуть батькам краще розуміти та управляти емоційними та поведінковими реакціями дітей, покращуючи їхній загальний стан; провести тренінги і практичні заняття для батьків, на яких вони навчатимуться способів розпізнавання і регуляції емоційних станів дитини, зокрема через техніки емоційного самоконтролю і стратегії зменшення стресу; розробити та надати рекомендації та інструменти для батьків, що допоможуть їм ефективно

		управляти емоційними реакціями дитини, зокрема й техніки для створення підтримувального і стабільного емоційного середовища вдома.
	Предмет: порушення уваги та самоорганізації, психоемоційний стан.	Предмет: процес прийняття дитини, навички розуміння її стану та вміння на нього впливати.
	Стратегії організації корекції: від ліберальної до директивної стратегії; ігрова стратегія; поєднання та балансування динамічної та статичної стратегій; стратегія символічних просторових маркерів; стратегія часових маркерів.	Стратегії організації корекції: відсутні.
Структура занять		
	Для дітей в усіх підгрупах тривалість занять за програмою психологічного супроводу становила 20 занять, тривалість заняття – 1 година. Загальна кількість занять на тиждень – 2. Важливою умовою ефективності програми також є наявність 20-хвилинних занять по три рази на тиждень дітей з батьками (проводили вдома), а також виконання батьками рекомендацій психолога.	20 короткострокових (тривалістю до 15 хвилин) та 5 індивідуальних консультацій (тривалість – 1 година); кожне 5 занять з дитиною було побудоване як відкрите та проведене разом з батьками; авторський навчальний курс «Методи психологічної корекції дітей з РДУГ» було розраховано на 3 місяці. На місяць проведено по 2 зустрічі, тривалість кожної – 4,5 годин.
Послідовність організації роботи		
	1. Формування предмета, завдань та цілей корекційно-розвивальної роботи 2. Вибір комплексу стратегій втручання 3. Вибір основних блоків прийомів та методів корекційно-розвивальної роботи та їх реалізація 4. Аналіз ступеня ефективності програми супроводу	1. Розробка індивідуального плану роботи з урахуванням специфіки сім'ї та дитини 2. Психологічна корекція та навчання 3. Практичні вправи та рольові ігри 4. Оцінка ефективності роботи 5. Проведення підтримувальних зустрічей та профілактика рецидивів

	Методи роботи	
	1. Метод сенсомоторної корекції 2. Метод когнітивного тренування 3. Методи соціально-поведінкового тренінгу 4. Когнітивно-поведінковий тренінг сну	1. Індивідуальні консультації 2. Тренінги та семінари для батьків 3. Курс занять з навчання технік емоційної підтримки 4. Супервізії та підтримка 5. Психосвітні матеріали 6. Рольові ігри та вправи 7. Навчання технік зменшення стресу
	Результат: значне покращення поведінкових та емоційних показників у дітей з РДУГ, розвиток уваги, саморегуляції, емоційної стійкості та соціальних навичок. Ці результати містять покращення концентрації уваги, зменшення імпульсивності, розвиток навичок самоконтролю та адаптації в соціальному середовищі. Успішна робота з батьками допомогла забезпечити більш адекватне прийняття та розуміння емоційних станів дітей, покращення навичок комунікації між батьками та дітьми, вміння надавати підтримку та дозволила стабілізувати емоційний фон в сім'ї. У цілому цей етап повинен підготувати дітей до більш успішної інтеграції в шкільне середовище та покращити їх взаємодію з однолітками.	
	Критерії ефективності: поява позитивних змін у поведінці, когнітивному та емоційному стані дітей з РДУГ; позитивні зміни у стратегіях взаємодії та виховання.	
Закріплювально-підтримувальний етап	Суть: закріплення досягнутих результатів та стійкості позитивних змін.	
	Мета: закріпити досягнуті результати та забезпечити стійкість позитивних змін у поведінці, емоційному стані та сімейних взаєминах.	
	Результати: підтвердження стабільності покращень у поведінці, емоційному стані та соціальних навичках дитини, а також в сімейних взаєминах; постійна оцінка динаміки стану дитини та коригування програми супроводу за потреби, щоб підтримувати досягнуті результати та адаптувати підходи відповідно до змін у поведінці або нових потребах дитини; надання консультацій і підтримки батькам для зміцнення їхніх навичок у вихованні та забезпечення позитивного впливу на розвиток дитини; реалізація заходів для попередження можливих рецидивів поведінкових проблем, зокрема й підтримка нових навичок саморегуляції та адаптації; організація зустрічей з іншими дітьми та їхніми батьками, які проходили аналогічну програму, для обміну досвідом та підтримки, що сприятиме зміцненню соціальних зв'язків і підвищенню ефективності програми.	
	Критерії ефективності: зменшення інтенсивності проявів РДУГ у дітей з різних підгруп, стійкість позитивних змін у стратегіях взаємодії та виховання в батьків.	

Надана вище структура програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ на основі раніше обґрунтованої концептуальної моделі потребує експериментальної апробації, що буде відображено в наступному підрозділі.

3.2. Експериментальна апробація програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ

Для експериментальної апробації програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ було здійснено послідовні кроки, що зазначені в минулих розділах та базуються на концептуальній узагальненій моделі, яка враховує зв'язки нейропсихологічних, соціально-психологічних та нейропсихологічних особливостей розвитку з проявами РДУГ у дитячому віці.

На першому діагностичному етапі були використані емпіричні дані, що представлено та проаналізовано в другому розділі. Із 122 пар батьків та дітей, яким було пройдено повне обстеження, взяти участь у подальших етапах програми психологічного супроводу дітей з РДУГ погодилися 74 дитини та їх батьки.

На другому корекційно-розвивальному етапі програми психологічного супроводу дітей з РДУГ молодшого шкільного віку здійснено безпосередній вплив на експериментальну групу шляхом індивідуальної корекційно-розвивальної роботи та системи заходів по роботі з батьками. У зв'язку з цим було розроблено загальний план реалізації роботи за цими напрямками.

Курс індивідуальних корекційно-розвивальних занять містив 20 занять (тривалість 1 заняття – 1 година). Цей курс для дітей в усіх підгрупах був розділений на такі етапи:

Етап 1: Підготовчий (1–2 зустрічі)

На цьому етапі реалізовано такі завдання: встановлення довірчих стосунків між дітьми, психологом та батьками; проведення додаткових діагностичних заходів (за необхідності) для визначення рівня уваги, імпульсивності, гіперактивності та емоційного стану; ознайомлення дитини з окремими завданнями

та вправами; разом з батьками та дітьми визначення цілей та очікуваних результатів курсу.

Структура занять на цьому етапі була такою:

А) Вступна частина (5–10 хвилин)

Спілкування для встановлення емоційного контакту з дитиною, коротке обговорення того, як вона почувається; оголошення мети та структури заняття, щоб дитина знала, чого очікувати, і могла налаштуватися на роботу.

Б) Основна частина (40 хвилин)

Проведення додаткового обстеження дитини, яке могло містити дослідження особливостей розвитку когнітивної сфери дитини, особливостей її психоемоційного стану, соціальної ситуації розвитку; ознайомлення дитини з окремими завданнями та вправами, їх відпрацювання та обговорення результатів.

В) Заключна частина (10 хвилин)

Коротке обговорення результатів заняття, позитивне підкріплення за участь у діагностиці та відпрацюванні вправ, акцент на тому, що робота над собою є важливою і корисною; оцінка емоційного стану дитини після заняття, можливість обговорити, що їй сподобалося або що було складно; оголошення, що буде зроблено на наступному занятті, щоб дитина могла заздалегідь підготуватися або мати уявлення про подальші кроки; позитивне завершення зустрічі, можливо, із врученням маленького символічного заохочення (наприклад, наклейки) за участь.

Етап 2: Корекційно-розвивальний (3–18 зустрічей)

Завдання цього етапу визначено відповідно до домінантних проявів РДУГ та особливостями розвитку в дітей з різних підгруп та містили використання вправ для покращення концентрації уваги, тренування на зосередженість та когнітивну гнучкість; навчання технік контролю імпульсів, відтермінованого задоволення, а також розвиток саморегуляції через ігрові та структуровані вправи; проведення тренінгів, спрямованих на зниження тривожності, розвиток навичок управління емоціями та стабілізації настрою; організація занять для розвитку соціальних навичок, навичок спілкування та роботи в команді.

Заняття на цьому етапі мали таку структуру:

А) Вступна частина (5–10 хвилин)

- коротка розмова для встановлення емоційного контакту, перевірка настрою дитини, створення дружньої атмосфери;
- короткий підсумок попереднього заняття, повторення ключових моментів, якщо це необхідно;
- оголошення мети та структури заняття, щоб дитина знала, чого очікувати.

Б) Основна частина (40 хвилин)

Блок 1: Вправи на розвиток уваги та концентрації (15 хвилин)

- виконання вправ, спрямованих на покращення концентрації уваги (наприклад, завдання на пошук певних об'єктів на малюнку, коректурні проби);
- вправи, що вимагають зосередженого виконання, такі як робота з картками, розв'язання логічних задач або складання пазлів.

Блок 2: Робота над саморегуляцією та контролем імпульсів (15 хвилин)

- ігрові вправи, що тренують здатність чекати (наприклад, різноманітні варіанти стоп-ігор);
- ігри, де дитина вчиться контролювати свої дії і емоції (наприклад, побудовані за принципом «хто повільніший»).

Блок 3: Емоційна стабілізація та розвиток соціальних навичок (10 хвилин)

- використання карток із зображеннями емоцій, обговорення ситуацій, що викликають певні емоції, рольові ігри;
- вправи для розвитку навичок взаємодії (наприклад, театральні етюди).

Характер вправ та їх тривалість змінювалися залежно від підгрупи.

В) Заключна частина (10 хвилин)

- обговорення того, що було зроблено, які нові навички дитина отримала, позитивне підкріплення досягнень.
- коротке обговорення емоційного стану дитини після заняття, оцінка її відчуттів та вражень;
- надання завдань для самостійного виконання вдома, які допоможуть закріпити пройдене на занятті (наприклад, проста вправа для розвитку уваги);

- позитивне завершення заняття, створення очікування наступної зустрічі.

Етап 3: Закріплювально-підтримувальний (19–20 зустрічей)

Для цього етапу було визначено такі завдання: аналіз динаміки розвитку дитини, обговорення досягнень і проблем з батьками; підготовка рекомендацій для батьків щодо підтримки досягнутих результатів та профілактики можливих рецидивів; обговорення успіхів дитини та подальших кроків у розвитку, закріплення позитивних змін.

Структуру заняття для цього етапу було побудовано так:

А) Вступна частина (5–10 хвилин)

Спілкування для налаштування дитини на роботу, обговорення того, як пройшов її день або тиждень; коротке обговорення попередніх досягнень, успіхів і позитивних змін, які дитина помітила за останні кілька занять; оголошення мети та структури заняття, щоб дитина знала, чого очікувати, і налаштувалася на подальшу роботу.

Б) Основна частина (40 хвилин)

Виконання вправ, спрямованих на закріплення навичок самоконтролю та управління емоціями (наприклад, техніки дихання, вправи на релаксацію, методи відтермінованого задоволення); моделювання ситуацій, де дитина повинна виявити самоконтроль (наприклад, гра, де потрібно дотримуватися правил або чекати свого ходу, розв'язання конфліктів через комунікацію); обговорення реальних або змодельованих ситуацій, де дитина повинна знайти правильне рішення (наприклад, як реагувати на критику, як допомогти другу, як попросити про допомогу); робота над завданнями, де дитина може досягти успіху та отримати позитивне підкріплення (наприклад, складання списку своїх сильних сторін, створення особистої історії успіху); вправи на розпізнавання та управління своїми емоціями, навчання позитивного мислення, підтримка емоційної рівноваги (наприклад, обговорення успіхів, розбір ситуацій, де дитина відчула сильні емоції, і способи їх подолання).

В) Заключна частина (10 хвилин)

Обговорення, чого дитина навчилася на занятті, які техніки вона може застосовувати в повсякденному житті; запитання до дитини про те, як вона себе почуває після заняття, що для неї було корисним або складним; нагадування дитині про її досягнення і як вона може продовжувати застосовувати здобуті навички вдома чи в школі; підтримка дитини в подальших діях, надання символічного заохочення (наприклад, наклейки, сертифікату про успіх) для підкріплення її старань.

Ці етапи дозволили забезпечити всебічний розвиток та підтримку дітей з РДУГ, а також надати необхідну допомогу батькам у їхній виховній роботі.

Варто зазначити, що вибір індивідуального формату роботи був зумовлений, з одного боку, труднощами організації групових занять, які не завжди підходять для дітей з РДУГ та їх соціального оточення, а з іншого боку, ускладненнями, що виникають в умовах пандемії COVID-19 або можливих епідеміологічних загроз у майбутньому.

При розробці та впровадженні корекційно-розвивальних програм було враховано не лише специфіку підгрупи дітей, а й якісні особливості порушень та коморбідних розладів. Це передбачало детальний аналіз порушень уваги, гіперактивних проявів та їхніх характеристик, мовленнєвих дефіцитів, затримки в розвитку моторних функцій, високого рівня сенситивності та тривожних розладів. Для глибшого розуміння специфіки розвитку дітей було проведено порівняння психічного розвитку з нейропсихологічним профілем та нейрофізіологічними особливостями (Пальчик, 2013; Cherkasova et al., 2013; Healey, Rucklidge, 2006).

Робота з батьками дітей була проведена через серію індивідуальних консультацій, короткострокових консультацій після занять з дитиною, запрошення батьків на відкриті заняття та надання їм доступу до матеріалів авторського семінару «Методи психологічної корекції дітей з РДУГ».

Тривалість консультативних зустрічей з батьками дітей становила одну годину. Усього було проведено три заняття (одне заняття на місяць). Структура консультативних зустрічей така:

А) Вступна частина (10–15 хвилин)

Налаштування позитивної атмосфери через легке спілкування; оголошення основної теми консультації та питань для обговорення (наприклад, поведінкові проблеми, емоційний стан дитини, труднощі в навчанні тощо); питання до батьків про те, як почувається дитина, які успіхи та труднощі вони помітили в останні дні або тижні.

Б) Основна частина (30–35 хвилин)

Блок 1: Обговорення проблем і запитів батьків (10–15 хвилин)

- детальний аналіз проблем, які хвилюють батьків (наприклад, труднощі з поведінкою, увагою, спілкуванням, виконанням домашніх завдань);
- оцінка очікувань батьків щодо розвитку дитини та їх бачення можливих змін. Запитання про те, чого вони очікують від програми корекції або підтримки.

Блок 2: Рекомендації та стратегії вирішення (15–20 хвилин)

- пояснення батькам причин і механізмів виникнення проблемних аспектів у поведінці дитини (наприклад, імпульсивність, гіперактивність, емоційні труднощі) з точки зору психології та нейропсихології;
- поради щодо того, як взаємодіяти з дитиною, як підтримувати її розвиток у різних сферах, уникаючи надмірного тиску або гіперопіки, наприклад: техніки самоконтролю для дітей, які батьки можуть використовувати вдома; методи корекції негативних емоційних станів дитини (наприклад, як заспокоїти дитину під час емоційного сплеску); вправи на розвиток концентрації, уваги та саморегуляції;
- обговорення того, як батьки можуть підтримати дитину, не надмірно втручаючись у її самостійність, та як це позитивно впливає на її розвиток.

Блок 3: Відповіді на запитання батьків (5–10 хвилин)

- батьки мають можливість поставити запитання щодо конкретних аспектів розвитку дитини, програм підтримки або рекомендацій.

В) Заключна частина (10–15 хвилин)

- підведення підсумків консультації, повторення основних рекомендацій і стратегій, які обговорювали під час зустрічі;

- надання батькам опису конкретних вправ та дій, які вони можуть виконувати вдома для підтримки дитини (наприклад, вести щоденник спостережень за поведінкою, тренувати техніки самоконтролю);
- надання емоційної підтримки батькам, висловлення впевненості у їхніх можливостях допомогти дитині; мотиваційні поради щодо подальшої роботи з дитиною;
- узгодження подальших кроків та дата наступної зустрічі для моніторингу динаміки та корекції програми підтримки.

Ця структура дозволяє ефективно поєднати обговорення поточних проблем, надання рекомендацій і стратегій для покращення взаємодії з дитиною, а також підтримує мотивацію батьків до активної участі в процесі корекції.

Відкриті заняття (тривалість 1 година) було побудовано так:

А) Перша частина (20 хвилин)

Психолог проводить корекційно-розвивальну роботу з дитиною; батьки мають можливість поспостерігати за роботою фахівця, процесом взаємодії з дитиною, виконанням ігор та завдань; у процесі спостереження батькам пропонують сформулювати та занотувати питання до психолога.

Б) Друга частина (10 хвилин)

Психолог спілкується з батьками та пояснює цілі та специфіку виконання окремих завдань та вправ; батьки ставлять питання психологу щодо особливостей роботи з дитиною та методів корекції; психолог надає відповіді на питання батьків.

В) Третя частина (20 хвилин)

Батькам пропонують самостійно виконати вправи з дитиною, згідно із попередньо наданими зразками; психолог аналізує особливості взаємодії та виконання завдань батьками дитини.

Г) Четверта частина (10 хвилин)

Надання батькам зворотного зв'язку щодо особливостей взаємодії з дитиною та виконання завдань; надання рекомендацій для самостійної організації подальшої роботи з дитиною вдома; підведення підсумків.

Окрім цього, батькам пропонувалося надавати зворотний зв'язок за допомогою відеозаписів, що надсилалися на електронну пошту психолога та за допомогою щоденника зворотного зв'язку. За необхідності батькам пропонували додаткові супервізійні зустрічі, які проводили у форматі онлайн на базі платформи Zoom.

Короткострокові консультації після занять з дитиною було присвячено обговоренню поточного стану дитини, динаміки процесу корекційно-розвивальної роботи та відповідям на поточні питання, що могли виникати в батьків.

Третій закріплювально-підтримувальний етап було присвячено закріпленню отриманих на попередньому етапі результатів та забезпеченню стійкості позитивних змін у поведінці, емоційному стані та сімейних взаєминах.

3.2.1. Програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ

Розглянемо більш детально зміст програми психологічного супроводу для дітей молодшого шкільного віку, що реалізовувалася у форматі курсу індивідуальних корекційно-розвивальних занять.

В апробації програми взяли участь 74 дитини віком від 6 до 9 років (середній вік – 6,9 роки), у яких лікар-психоневролог підтвердив діагноз РДУГ. Усі діти відвідували загальноосвітні школи або навчалися вдома. Інклюзивні навчальні заклади у вибірці не траплялися, але батьки зверталися за психологічною допомогою через поведінкові, соціальні та академічні труднощі.

Розробка та впровадження програми психологічного супроводу дітей з РДУГ відбувалася на базі Центру психології та розвитку «Київський дворик». Одним з основних напрямків роботи Центру з початку його створення є консультування батьків дітей, у яких було виявлено ті чи інші форми неврологічних розладів, проведення з ними курсів індивідуальних та групових занять.

Одним з найважливіших аспектів організації процесу роботи з дитиною є вибір комплексу стратегій, що ляжуть в його основу. Корекційні стратегії

структурують подальший процес реалізації програми психологічного супроводу, закріплюють основні напрямки роботи, підвищують структурованість та прогностичність корекції.

На основі проведеного аналізу виокремлено три блоки корекційно-розвивальних стратегій (Anne, Fisher, Murray, Bundy, 2017; Березка, Решетняк, 2018; Дьоміна 2024; Мозгова, 2024; Васильєва, 2020; Піддубна, 2010; Князєв, 2020; Янушко, 2011):

- 1) загальні стратегії корекційно-терапевтичної допомоги;
- 2) стратегії організації часу;
- 3) стратегії організації простору.

Наведемо більш детальних опис усіх трьох блоків:

1. **Блок загальних стратегій корекційно-терапевтичної допомоги** представлений континуумами корекційних стратегій. Континуум – це множина можливих варіантів, які може застосовувати фахівець для підвищення ступеня ефективності програми супроводу. Було сформовано три основні та один допоміжний континуум:
 - А) директивно-ліберальний;
 - Б) статико-динамічний;
 - В) навчально-ігровий;
 - Г) індивідуально-груповий.

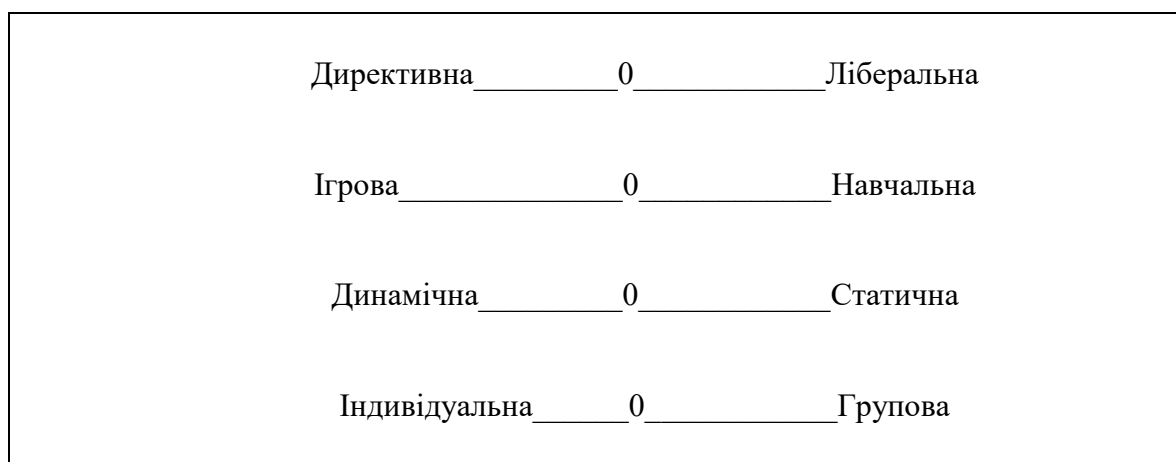


Рисунок 3.1. Континууми корекційних стратегій (авторський підхід)

Кожен із них характеризується наявністю двох полюсів, що позначають найбільш жорсткі варіанти стратегій цього континууму та проміжні значення, що вказують на специфіку співвідношення цих стратегій при їх безпосередньому застосуванні під час роботи з дитиною в часовому еквіваленті (хвилини, дні, кількість занять тощо). Цифра 0 позначає проміжний варіант стратегії, що однаково поєднує обидва полярних варіанти в контексті їх розподілу за одиницями часу.

Детальніше опишемо кожен із континуумів:

А) Директивно-ліберальний континуум

Директивна стратегія передбачає організацію регуляції та контроль корекційно-розвивального процесу психологом. Реалізація цієї стратегії передбачає надання чітких та розгорнутих інструкцій регуляції та контролю дій дитини під час виконання окремих завдань та вправ. Характер завдань при цьому може змінюватися за такими векторами:

- від сумісного виконання разом з психологом до самостійного;
- від розгорнутої інструкції, що опосередковується зовнішніми опорами (поетапна вербалізація фахівцем або ж дитиною, візуальна опора тощо) до згорнутого інтеріорізованого виконання;
- від поелементного виконання завдання до цілісного та комплексного.

Директивна стратегія передбачає створення опор та зовнішнє керування діяльністю дитини з боку фахівця в процесі реалізації програми супроводу. Ліберальна стратегія передбачає надання дитині можливості самостійно визначати можливі варіанти завдань, рівень навантаження, характер діяльності при взаємодії з психологом та корекційно-розвивальним середовищем. Цей підхід передбачає орієнтацію на інтереси та вподобання дитини. У процесі реалізації цієї стратегії психолог стежить за дитиною, підтримуючи її в ігровій діяльності та поступово розширюючи спектр доступних завдань з урахуванням базових мотивацій.

Б) Статико-динамічний континуум

Статична стратегія передбачає виконання дитиною завдань під час перебування в одній точці простору. Цю стратегію можна розглядати як ефективний інструмент організації корекційно-розвивального процесу при

наявності в дитини зниженого рівня рухової активності, притаманого для дітей з домінантним дефіцитом уваги. Окрім того, такий варіант організації процесу роботи з дитиною можна розглядати як кінцевий та бажаний з точки зору подолання симптомів імпульсивності та гіперактивності.

Динамічна стратегія реалізується через виконання дитиною завдань та вправ, що потребують переміщення в просторі. Орієнтація на динамічність та рухову активність дитини при реалізації програми супроводу може дозволити спростити адаптацію до цього процесу дітей з комбінованою формою РДУГ та дітей з домінантними симптомами імпульсивності та гіперактивності.

В) Навчально-ігровий континуум

Навчальна стратегія передбачає виконання дитиною спектра дидактичних вправ та завдань з матеріалами, що наближені за своїм характером до навчальних. Такі типи завдань можна розглядати як одні з найбільш ефективних при реалізації методу когнітивного тренування.

Ігрова стратегія передбачає орієнтацію дитини не на кінцевий результат діяльності, а на процес її реалізації. Результатом гри має бути не отримання якогось кінцевого продукту, а передусім фіксування суспільного досвіду, відображеного та зафіксованого в соціокультурних механізмах здійснення різних видів діяльності. Отже, у процесі застосування ігрової стратегії можуть бути використані такі різновиди ігор:

- сенсорні ігри;
- ігри предметно-маніпулятивного типу;
- сюжетні та рольові ігри;
- рухливі ігри;
- настільні ігри.

Ця стратегія може дозволити зменшити опір дитини, відкоригувати прояви опозиційності та негативізму, покращити контакт між психологом та дитиною.

Г) Індивідуально-груповий континуум

Цей континуум відображає ступінь залученості дитини в процес групової взаємодії. Уміння виконувати завдання в групі потребує від дитини високого рівня

розвитку регуляторних та гностичних процесів, знання правил соціальної взаємодії та комунікації, уміння реалізовувати їх на практиці. Порушення процесу розвитку виконавчих функцій, що спостерігається в дітей із РДУГ, а також комплекс вторинних порушень, що виникли на тлі цього, може призводити до складнощів з організацією роботи в групі однолітків. Швидке введення дитини в групу може в таких випадках призвести до загострення патологічної симптоматики, формування небажаних поведінкових проявів, зниження мотивації до навчальної діяльності, комунікації тощо.

З огляду на вищезазначене, на початкових етапах реалізації програми психологічного супроводу в роботі з дітьми, в яких було виявлено ознаки РДУГ, варто орієнтуватися більшою мірою на індивідуальний формат роботи. У процесі подальшої роботи і з урахуванням динаміки корекційно-розвивального процесу можна почати проводити поступовий перехід до роботи з дитиною в умовах групи. Як проміжний варіант у цьому континуумі можна розглядати стратегію роботи в діаді із залученням дитини ко-терапевта.

Варто зазначити, що стратегії, обрані фахівцем у межах кожного окремо взятого континууму, комбінуються в різних варіантах, створюючи єдиний та комплексний підхід до роботи з дитиною, що враховує її індивідуально-особистісні вподобання, якісну специфіку розвитку.

2. Блок стратегій організації часу при впровадженні програми психологічного супроводу дітей з РДУГ дозволяє розподілити навантаження в межах кожного окремо взятого заняття найкомфортніше для дитини. Це дозволяє створити ситуацію успіху, необхідне підвищення мотивації дитини до виконання інструкцій фахівця, підвищення інтенсивності динаміки корекційно-розвивального процесу. Усе це можна описати метафорою скаффолдингу (scaffolding) як процесу, що дозволяє дитині досягти результатів при виконанні завдань, що містяться в зоні її найближчого розвитку. При організації часу занять психолог може використовувати такі стратегії:

А) Стратегія арки – передбачає розподіл рівня навантажень у часі, що може сприяти підвищенню мотивації до виконання корекційно-розвивальних

завдань (Шрамм, 2012). Окрім того, цю стратегію можна розглядати як ефективну в тих випадках, коли дитина демонструє труднощі із входженням у процес виконання завдань та недостатньої функціональної сформованості виконавчих функцій, а також при роботі з дітьми, що демонструють підвищений рівень втомлюваності при виконання когнітивних завдань.

Б) Стратегія перерв – дозволяє адаптувати корекційно-розвивальний процес з урахуванням рівня працездатності дитини, що може підвищити її продуктивність при виконанні окремих завдань. Стратегія перерв може модифікуватися з урахуванням індивідуальної динаміки дитини через внесення змін щодо тривалості та кількості перерв, запропонованих їй протягом заняття. Окрім того, перерви можна використовувати для сумісної гри фахівця з дитиною, що може зміцнити контакт та підвищити мотивацію дитини до виконання завдань.

В) Стратегія пікових навантажень – може бути запропонована для застосування в роботі з підгрупою дітей з домінантними симптомами імпульсивності та гіперактивності. У дітей цієї підгрупи гіперактивність може проявлятися як хаотична рухова активність:

- спроби залізти на стіл або підвіконня;
- спроби піднятися вгору по настінних полицях або по шведській стінці;
- біг та стрибки;
- крики.

При застосуванні стратегії пікових навантажень проводять попередній процес аналізу динаміки поведінки протягом заняття. За результатами аналізу фахівець фіксує тривалість періодів, протягом яких спостерігається підвищений рівень рухової активності, а також періодів, протягом яких рівень рухової активності дитини знижується. У ці періоди дитині пропонують завдання та специфічні навантаження, які можуть знижувати інтенсивність рухової активності. У процесі подальшого застосування стратегії пікових навантажень фахівець працює над поступовим збільшенням часу періодів, протягом яких дитина краще

контролює свою поведінку та демонструє прийнятний з точки зору можливості виконання завдань рівень активності.

Г) Стратегія часових маркерів – передбачає використання зовнішніх опор, що дозволяють дитині організовувати власну поведінку з опорою на часові кордони та обмеження. Варто зазначити, що категорія часу для дітей молодшого шкільного віку з проявами РДУГ все ще є досить абстрактною, наявність зовнішніх опор дозволяє дитині розвинути здатність до прогнозування, підвищує рівень контролю поведінки та ступеня її довільності. Окрім того наявність чітко визначених та доступних для сприйняття часових обмежень дозволяє знизити тривожність тієї категорії дітей з РДУГ, які демонструють наявність тривожних проявів, пов'язаних із страхом нового та непередбачуваністю майбутнього.

До часових маркерів варто зарахувати таке обладнання:

- дзвоник;
- таймер;
- пісочний годинник;
- настінний годинник;
- візуальний розклад.

Варіант застосування стратегії часових маркерів пропонує О. Янушко (2004). У своєму посібнику авторка пропонує розташовувати на стіні робочого кабінету одні під іншими пару однакових настінних годинників. Годинник, розташований вище, показує актуальний час. На нижньому годиннику фахівець виймає захисне скло, батарейки в цей годинник не вставляють. На нижньому годиннику психолог разом з дитиною розташовують стрілки в тій позиції, у якій вони будуть на верхньому на момент початку перерви або закінчення завдання. Так дитина отримує можливість постійно відстежувати кількість часу, що залишився. Крім того, робота з настінним годинником, на відміну від пісочного, стимулює розвиток у дитини оптико-просторових уявлень. У таблиці 3.3. наведено основні стратегії організації часу, використані при впровадженні програми психологічного супроводу дітей з РДУГ.

Стратегії організації часу при впровадженні програми психологічного супроводу дітей з РДУГ

Назва стратегії	Особливості реалізації
Стратегія арки	- Завдання протягом заняття розподіляють так, щоб на початкових його етапах дитина отримувала мінімальні навантаження, що дозволяє спростити входження в процес виконання завдань, підвищити мотивацію дитини. - З урахуванням тривалості заняття фахівець поступово збільшує рівень навантажень так, щоб у середині заняття дитина отримувала для виконання найбільш складні варіанти вправ. - У другій частині заняття рівень навантажень поступово знижується до рівня, що відповідає початковому етапу заняття.
Стратегія перерв	Передбачає надання дитині перерв під час заняття з урахуванням рівня працездатності.
Стратегія пікових навантажень	- На першому етапі реалізації цієї стратегії фахівець аналізує особливості поведінки, враховуючи тривалість і динаміку рухової активності, а також тривалість періодів спокою. - У періоди зниження рівня рухової активності дитині пропонують вправи, що будуть стабілізувати її стан та зменшувати інтенсивність домінантних симптомів.
Стратегія часових маркерів	Передбачає розташування в зовнішньому просторі обладнання, яке допоможе дитині більш чітко визначати часові кордони та межі.

3. Блок стратегій організації простору, що передбачають візуалізацію просторових кордонів, використання маркерів, ретельний контроль за кількістю сенсорних подразників, дозволяють досягти значних результатів при роботі з дитиною. Варто зазначити, що вибір приміщення також грає значну роль при організації корекційно-розвивальної роботи. За результатами аналізу літературних джерел можна виокремити такі базові рекомендації щодо організації корекційно-розвивального простору (Anne, Fisher, Murray, Bundy, 2017; Янушко 2004; Сухіна, 2017; Ферт, 2009):

- використання м'яких та приглушених кольорів при оформленні;
- орієнтація на природне освітлення;
- мінімізація кількості настінних посібників;

- обмеження доступу дитини до ігор та корекційно-терапевтичного інструментарію.

Окрім того, варто також виокремити декілька специфічних стратегій організації простору:

- А) Стратегія зонування – передбачає розподіл простору для проведення корекційно-розвивальної роботи на декілька основних зон, що різняться за власним функціоналом, та чітку візуалізацію кордонів між ними. Таку візуалізацію можна проводити за допомогою малярного скотчу, мотузок або ж схожого обладнання. Як базовий принцип організації простору зонування активно використовується в межах педагогічно-розвивального підходу метод М. Монтесорі, що передбачає розподіл середовища на п'ять тематичних зон: зону практичного життя, сенсорну, математичну та мовну, а також космічну зону. При організації роботи з дітьми із РДУГ пропонують виділяти такі зони:
- навчальна зона, що містить робоче місце для дитини (стіл, парта) і місце для фахівця. Також тут розміщуються дидактичні ігри та матеріали, що будуть використані при роботі з дитиною;
 - ігрова зона, яку використовують для організації ігрової взаємодії з дітьми, а також виконання вправ сенсорно-моторного типу та обладнання для них.
- Б) Стратегія просторових маркерів – реалізується через маркування окремих точок у просторі, що спрощує процес самоорганізації для дитини під час виконання завдань (Ілляшенко, 2017). Усі маркери слід розділити на такі групи:
- Позиційні – ця група маркерів є відмітками, як правило, виконаними за допомогою клейкої стрічки або кольорових наклейок, за допомогою яких психолог позначає для дитини місця розташування предметів на робочому столі, позицію дитини в різних зонах. Подібного роду маркери можна використовувати і при виконанні з дитиною різноманітних вправ та ігор. Одним із поширених варіантів таких вправ є завдання на проходження траси – розташованої на підлозі послідовності маркерів із кольорових відбитків долонь і стоп. Дитині пропонують пройти трасу, правильно розташовуючи руки та ноги на відбитках. Позиційні маркери можуть ефективно

використовувати в роботі з дітьми, у яких спостерігаються недостатня сформованість процесів довільного регулювання та контролю діяльності, просторових уявлень.

- Візуально-інформаційні – до маркерів цієї групи належать картки, що візуалізують дії, які має виконати дитина, перебуваючи в тому чи іншому місці. До візуально-інформаційних маркерів можна зарахувати і візуальні матеріали, що зображують окремі дії, і короткі соціальні історії, що є послідовністю з 3–6 зображень, на яких показано черговість дій при митті рук, за обіднім столом, при прибиранні іграшок тощо. Маркери цієї групи дозволять дитині швидше перейти до етапу самостійної організації діяльності.



Рисунок 3.2. Приклад візуально-інформаційного маркера

- Символічні – емоційнозаряджені образи, які використовують для формування та закріплення в дитини певних функціональних станів, ідей та переконань. Цю групу маркерів можна ефективно використовувати в разі достатнього рівня розвитку в дитини наочно-образного мислення. Можна виділити такі ознаки можливості ефективного застосування цього типу маркерів (Rhue, Lynn, Pinter, 1996):

- віра в те, що ляльки та м'які іграшки, що зображають тварин, живі;
- уміння уявити друзів, тварин, предмети;
- уміння використовувати рольові моделі (уявити, що є кимось чи чимось).

Приклад символічного маркера наводить К. Фопель (2010). Він пропонує разом із дітьми виготовити зірочку. Вона отримус назву «Зірочка уваги», після чого фахівець пояснює дітям, що кожного разу, коли їхній погляд впаде на зірочку, вони мають згадати, що потрібно бути уважними та сконцентрованими. Після цього маркер розташовують у просторі робочого приміщення. Символічні маркери можна ефективно використовувати під час роботи з емоційними станами, пам'яттю, увагою, комунікативними навичками тощо. У таблиці 3.4 вказані основні стратегії організації простору, використані при роботі з дітьми з РДУГ.

Таблиця 3.4

**Стратегії організації простору при впровадженні програми
психологічного супроводу дітей з РДУГ**

Назва стратегії	Особливості реалізації
Стратегія зонування	• Розподіл та структурування робочого простору з візуалізацією кордонів окремих зон.
Стратегія просторових маркерів	• Передбачає розташування в просторі підказок у вигляді різних типів маркерів (позиційних, візуально-інформаційних, символічних), що дозволяють дитині краще організовувати власну діяльність.
Стратегія «чистого» простору	• Реалізується через зменшення кількості подразників у робочу просторі до можливого мінімуму.

В) Стратегія «чистого» простору – передбачає очищення простору робочого приміщення психолога від усіх об'єктів, які можуть відвернути увагу дитини або по-іншому дестабілізувати її стан. У робочому просторі залишається мінімум необхідного обладнання, яке буде використане під час заняття. Поступово в процесі проходження дитиною курсу індивідуально-розвивальних занять кількість подразників може збільшуватися, посилюючи негативний вплив середовища на дитину. Подібна поетапна дисгармонізація

середовища може давати додатковий корекційно-терапевтичний ефект, працюючи за принципом десенсибілізації.

Після визначення стратегій організації корекційно-розвивальної роботи та з опорою на них для дітей у кожній з підгруп було визначено комплекс вправ та завдань:

- Діти з дефіцитом уваги

У роботі використано сенсомоторні вправи (наприклад, окорухові вправи, розтяжки та ін.), медитативні практики та завдання для покращення концентрації і перемикання уваги.

- Діти з гіперактивністю

Запропоновано сенсорні та фізичні навантаженнями (наприклад, перетягування канату, гра «Штовхалки» тощо), рухливі ігри, а на пізніших етапах – вправи для розвитку емоційного та соціального інтелекту.

- Діти з комбінованою формою РДУГ

Використано різноманітні сенсорні та фізичні навантаження, дихальні вправи та вправи для регуляції м'язового тону. Також використано вправи для розвитку уваги в статичній формі, вправи на розвиток емоційного та соціального сприйняття використано на всіх заняттях.

- Діти з проблемами соціальної адаптації.

Отримували навантаження у вигляді сенсомоторних комплексів з елементами тілесно-орієнтованої терапії, елементів медитативних практик та вправи на розвиток емоційного сприйняття.

Усі вправи поступово модифікувалися з урахуванням зони найближчого та актуального розвитку. Модифікація вправ відбувалася за кількісними показниками, що проявляло себе через регуляцію тривалості виконання завдань, кількості підходів. Окрім того, модифікацію вправ проведено за якісними показниками, що передбачало введення нових елементів у процес виконання завдання, а також модифікацію з опорою на процес інтеріоризації завдання. Останній тип модифікацій реалізовано за такими напрямками:

1. Перехід від сумісного виконання до індивідуального виконання завдань дитиною.
2. Перехід від виконання завдання, що опосередковано винесено на зовні алгоритмами та інструкціями до виконання з опорою на внутрішні уявлення дитини про специфіку виконання завдання.
3. Перехід від поелементного виконання завдання до цілісного та комплексного виконання.

Для кожної підгрупи процес виконання вправ вводили поступово, з опорою на комплекс обраних стратегій корекції. На початкових етапах роботи дітям пропонували найбільш елементарні варіанти вправ та найбільш інтенсивний рівень допомоги. Більшість вправ модифікувалися від заняття до заняття, що передбачало підвищення рівня їх складності та зменшення інтенсивності допомоги з боку психолога. Окремі вправи не отримували модифікацій та продовжували надаватися у більш елементарній формі. Останнє було зроблено з метою підвищення та підтримки мотивації дитини до відвідування занять та виконання запропонованого корекційно-розвивального комплексу.

Дітям пропонували вправи, що передбачали обмін ролями з фахівцем та контроль процесу виконання, що містив:

- надання інструкцій;
- надання та модифікація команд у процесі виконання завдань;
- виявлення та корекція помилок;
- аналіз якості виконання завдань.

Вправи цього типу були модифікаціями завдань, які дитина виконувала раніше самостійно; їх використовували в подальшому для розвитку навичок самоспостереження в дітей, що проходили курс занять.

Увесь комплекс прав було розбито на три основні блоки:

- вправи з когнітивного тренінгу – комплекс прав та завдань, спрямованих на підвищення здатності до довільної організації поведінки, розвиток навичок самоконтролю та самоспостереження;

- вправи із сенсомоторної корекції – комплекс вправ та завдань, спрямованих на підвищення рівня працездатності та нормалізацію процесів нейродинаміки, покращення білатеральної координації та соматичного контролю;
- вправи з тренінгу соціально-емоційного інтелекту – комплекс вправ та завдань на розвиток здатності до диференціації та вербалізації власних емоційних станів, емоційних станів оточуючих, впливу соціального контексту на емоційний стан та поведінку.

Когнітивний тренінг для дітей з РДУГ є важливим з таких причин (Bikic, Dalsgaard, Pittman, Leckman, Wexler, 2024):

1. Поліпшення уваги та концентрації.

Однією з основних проблем у дітей з РДУГ є труднощі з підтриманням уваги на завданнях. Когнітивні вправи, спрямовані на тренування уваги, допомагають покращити здатність дітей фокусуватися на певних завданнях протягом тривалого часу. Це поєднує вправи на послідовне виконання завдань, ігри на увагу та задачі, що потребують концентрації.

2. Розвиток виконавчих функцій.

Виконавчі функції, такі як планування, організація, управління часом та гнучкість мислення, часто є ослабленими в дітей з РДУГ. Когнітивні вправи сприяють розвитку цих функцій, допомагаючи дітям краще структурувати свою діяльність, планувати дії та адаптуватися до змінюваних обставин.

3. Покращення пам'яті.

Когнітивні тренування містять вправи на розвиток робочої пам'яті, що дозволяє дітям краще утримувати та обробляти інформацію. Це важливо і для навчального процесу, і для повсякденних ситуацій, де потрібна здатність пам'ятати послідовність дій або інструкцій.

4. Розвиток когнітивної гнучкості.

Діти з РДУГ часто стикаються з труднощами при зміні виду діяльності або умов завдання. Когнітивні вправи на гнучкість мислення допомагають дітям

навчитися швидко перемикатися між різними завданнями, адаптуватися до нових ситуацій та вирішувати проблеми з урахуванням нових даних.

5. Зменшення імпульсивності

Когнітивні тренування можуть містити вправи, спрямовані на розвиток самоконтролю та зменшення імпульсивних реакцій. Це дозволяє дітям краще контролювати свої дії та приймати більш обдумані рішення, що знижує рівень імпульсивної поведінки.

6. Підвищення навчальної успішності

Когнітивні тренування безпосередньо впливають на здатність дітей з РДУГ до навчання. Покращення когнітивних функцій допомагає дітям краще засвоювати навчальний матеріал, підвищує їхню успішність та самооцінку.

7. Покращення соціальних навичок

Когнітивні вправи також сприяють розвитку соціальних навичок, таких як розуміння і сприйняття емоцій інших людей, навички вирішення конфліктів та співпраця в групах. Це особливо важливо для дітей з РДУГ, які можуть стикатися з труднощами у взаємодії з однолітками.

8. Профілактика вторинних розладів

Регулярне виконання когнітивних вправ може запобігти розвитку вторинних психоемоційних розладів, таких як тривожність чи депресія, які можуть виникати через хронічні труднощі в навчанні та соціальній адаптації.

Отже, когнітивне тренування є важливим елементом комплексного підходу до роботи з дітьми з РДУГ, оскільки воно сприяє розвитку уваги, пам'яті, виконавчих функцій та соціальних навичок, що позитивно впливає на загальний розвиток дитини та її успішність у навчанні та соціальному житті. У таблиці 3.5. наведено приклади вправ когнітивного тренінгу.

Приклади вправ з когнітивного тренінгу, які використовували при проведенні курсів індивідуальних занять з дітьми з РДУГ

Назва вправи	Опис
Стоп-ігри	- Після надання команди дитині пропонують переміщатися по приміщенню. Після надання другої команди дитина повинна застигнути на місці. - На другому етапі значення команд змінюється на протилежне. Окрім того, дитині пропонують надавати собі в голос інструкції, що позначають зміну рівня активності «Почали» та «Стоп». - На останньому етапі дитині пропонують зайняти позицію ведучого та регулювати процес виконання завдання.
Ігри, побудовані з опорою на принцип «хто повільніший»	- Разом з дитиною фахівець вигадус слово, що складається з 3-4 складів (слово має бути знайоме дитині). За командою обидва учасники одночасно вимовляють слово, виграє той, хто скаже повільніше. - Дитині пропонують гру в гонки, де виграє той, хто приїде до фінішу останнім. - Гравці сідають навпроти один одного, між ними розташовується предмет (іграшка/паперова кулька). За командою гравці повільно тягнуться рукою до цього предмета, хто отримає предмет останнім, той виграв. - Гравці зображують черепашок, які влаштували перегони. З дитиною обговорюють правила (черепашки бігають лише на чотирьох лапах) та вибудовують маршрут. Виграє та черепашка, яка прийшла до фінішу пізніше.
Вправа «Фішки»	- Перед дитиною у вільній послідовності в ряд розкладають фішки двох кольорів: синього та червоного. Пропонують такі варіанти завдань: - рухаючись зліва направо, дитина зсуває першу фішку від себе, другу присуває до себе; - перша фішка зсувається від себе, дві наступні присуваються до себе; - червоні фішки відсуваються, а сині присуваються, при цьому дитина повинна називати колір фішок; - червоні фішки відсуваються лівою рукою, а сині присуваються правою, при цьому дитина повинна називати колір фішок, замінюючи його на протилежний.

Ігрова платформа «Нейротвістер»	• Дитині пропонують за командою знайти та вказати за допомогою олівця послідовно всі цифри, що є на таблиці. Алгоритм пошуку при цьому може відрізнятися від одного завдання до іншого. Можна запропонувати дитині такі варіанти завдань: - пошук цифр у прямій послідовності; - пошук цифр у зворотній послідовності; - пошук цифр через одну (1, 3, 5 ...). Можна запропонувати виконувати таке завдання, шукаючи цифри і в прямій, і у зворотній послідовності; - робота з паралельними послідовностями. Дитина повинна спочатку знайти і показати першу в послідовності, а потім останню. Після цього вона переходить до наступної цифри в прямій послідовності та наступної цифри у зворотній послідовності. Вправа закінчується, коли дитина знайшла на полі та назвала всі цифри і в прямій, і у зворотній послідовностях.
Коректурні проби	• Працюючи з бланком корекційної проби, дитині пропонують за інструкцією фахівця шукати та підкреслювати (закреслювати, обводити) вказані зображення.
Вправа «Уважний м'яч»	• Дитина тримає м'яч, їй пропонують дві команди: при піднятті пальця вгору дитина кидає м'яч; коли фахівець тупає ногою – дитина котить м'яч. Гру можна ускладнювати (кілька разів тупнути, а потім підняти палець). • В ускладненому варіанті гри додається ще одна команда – коли ведучий показує кулак, дитина повинна кинути м'яч з відскоком від підлоги. • У наступному варіанті гри дитина кидає м'яч по команді, а психолог паралельно називає числа. Декілька варіантів з числами: - дитина повинна відповісти цифрою на 1 більше; - дитина повинна відповісти цифрою на 1 менше. - дитина відповідатиме по черзі на 1 більше і на 1 менше.

Сенсомоторні вправи використано в роботі з дітьми з РДУГ з таких причин (Kim, 2018):

1. Покращення концентрації уваги

Діти з РДУГ часто стикаються з труднощами в підтримці концентрації уваги. Сенсомоторні вправи, які поєднують рухову активність із сенсорним сприйняттям (наприклад, балансування, координація рухів), допомагають стимулювати нервову систему і покращувати здатність дітей зосереджуватися на завданнях.

2. Регуляція гіперактивності та імпульсивності

Сенсомоторні вправи сприяють розвитку здатності до самоконтролю і регуляції гіперактивної поведінки. Завдяки таким вправам діти можуть навчитися керувати своєю руховою активністю, зменшувати імпульсивні дії та покращувати загальний контроль над тілом.

3. Розвиток моторної координації

Діти з РДУГ часто мають труднощі з координацією рухів, що може впливати на їхню впевненість у собі та успішність у фізичних активностях. Сенсомоторні вправи допомагають покращити моторну координацію, підвищують відчуття контролю над власним тілом, що позитивно впливає на самосприйняття дитини.

4. Стимуляція розвитку мозку

Сенсомоторна активність стимулює різні частини мозку, що сприяє покращенню нейропсихологічних показників. Це може позитивно впливати на розвиток когнітивних функцій, таких як пам'ять, мислення та здатність до планування і організації.

5. Зниження тривожності та емоційної напруги

Сенсомоторні вправи, які містять ритмічні рухи, вправи на дихання та релаксацію допомагають знижувати рівень тривожності та емоційної напруги. Це сприяє емоційному благополуччю дитини, покращенню її настрою та загальної психоемоційної стабільності.

6. Покращення соціальних навичок

Сенсомоторні вправи часто виконуються в групах або парах, що стимулює розвиток соціальних навичок, таких як співпраця, черговість, спілкування та взаємодія з однолітками. Це важливо для дітей з РДУГ, які часто мають труднощі у встановленні та підтримці соціальних контактів.

7. Зменшення впливу вторинних розладів

Регулярне виконання сенсомоторних вправ допомагає запобігти розвитку вторинних психоемоційних розладів, таких як депресія або тривожні розлади, які можуть виникати в дітей з РДУГ через хронічні труднощі в поведінці та соціальній адаптації.

Отже, сенсомоторні вправи є важливим компонентом комплексного підходу до роботи з дітьми з РДУГ, оскільки вони допомагають розвивати моторні, когнітивні та соціальні навички, покращують самоконтроль та емоційний стан, а також сприяють загальному психічному і фізичному розвитку дитини. Приклади вправ наведено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Приклади вправ із сенсомоторної корекції, використаних при проведенні курсів індивідуальних занять з дітьми з РДУГ

Назва вправи	Опис
Проходження смуги перешкод	Дитині пропонують проходження смуги перешкод, яку фахівець будує заздалегідь з використанням різноманітних інструментів та матеріалів: іграшкових тунелів, сенсорних доріжок, дорожніх конусів, сухого басейну тощо.
Вправа «Вісімки»	Початкове положення – стоячи прямо, ноги на ширині плечей. Дитині пропонують нахилитися вперед, швидко вдихнути носом і затримати дихання, а потім на затримці дихання щоразу рахувати вголос до 8-ми, намагаючись, щоб вийшло якомога більше «вісімок».
Вправа «Вухо-ніс»	Дитина повинна лівою рукою доторкнутися до кінчика носа, а правою – до протилежного вуха. Потім одночасно відпустити ніс і вуха, лягнути в долоні і поміняти положення рук на протилежне.
Комплекс окорухових вправ	Дитина лежить на спині. Їй пропонують стежити за іграшкою в руці психолога. У процесі виконання дитині пропонують додавати рухи ногами, руками та язиком, що спрямовані в той же бік, що й рухи очей. На наступному етапі рухи виконують у протилежний бік щодо рухів очей.
Дихальні вправи	- Прості дихальні вправи (розслаблювальне дихання): виконують спочатку узгоджено, потім – неузгоджено з рухом грудної клітки (черевне та грудне дихання). Виконують спочатку лежачи, далі сидячи на підлозі, потім стоячи. - Вправа «Кулька» - підключення образів до виконання дихальних вправ сприяє підвищенню їхньої ефективності. Дитині пропонують уявити собі кульку бажаного кольору, яку будуть надувати (відповідно – здувати в ритмі дихання). На видиху – вокалізація окремих звуків. - Дихання за рахунком: дитина повинна зробити вдих і видих за

	рахунком психолога (від 1 до 3 – вдих та від 1 до 6 – видих). • Дихальна вправа з поєднанням руху: початкове положення – лежачи на спині. • Дитина повільно піднімає одну руку (праву або ліву), а також ногу. • Потім одночасно піднімає руку і ногу на вдиху та утримує їх у піднятому положенні під час паузи. • Повільно опускає руку і ногу на видиху та розслабляється під час паузи.
Повзання	• Дитині пропонують повзати за заданою інструкцією: - з перехрестом рук – дитина кожного разу розташовує руки у протилежному просторовому полі; - з розтяжками – після кожного руху дитині пропонують підняти та потягнутися протилежними рукою та ногою; - повзання ногами вперед.

Для проведення тренінгу з розвитку соціального та емоційного інтелекту використано авторську методику «Соціально-емоційний конструктор». Методика містить в собі декілька типів карток:

- Персонажі та емоції – у наборі є картки 6 персонажів: дівчинка, хлопчик, мама, тато, бабуся, дідусь. Кожен із персонажів має 6 карток емоцій: радість, смуток, гнів, подив, страх і спокій.
- Модифікатори – картки із зображеннями предметів чи ситуацій, які можуть змінити емоцію персонажа.
- Соціальні ситуації – тут зібрані картки, що зображують ситуації, у які потрапляють персонажі, показано їхню поведінку та емоції.
- Помічники – на цих картках зображені стратегії, які може застосувати дитина в складних для неї ситуаціях.
- Знаки – до цієї групи належать картки «можна/не можна» («добре/погано») та картки, що зображають емоції у вигляді смайлів.



Рисунок 3.3. Приклади матеріалів з набору «Соціально-емоційний конструктор»

Використання вправ на розвиток соціального та емоційного інтелекту для дітей з РДУГ є важливим з кількох причин (Classi, Milton, Ward, Sarsour, Johnston, 2012):

1. Покращення соціальної адаптації.

Діти з РДУГ часто мають труднощі зі встановленням та підтримкою соціальних контактів через імпульсивність, неуважність або труднощі з розумінням соціальних норм. Розвиток соціального інтелекту допомагає їм краще сприймати емоції інших людей, розуміти соціальні сигнали та реагувати на них адекватно, що сприяє покращенню їхніх взаємин з однолітками та дорослими.

2. Зниження конфліктності.

Через емоційні коливання та недостатній контроль над імпульсами діти з РДУГ можуть бути схильні до конфліктів. Вправи на розвиток емоційного інтелекту допомагають їм краще розпізнавати власні емоції, контролювати їх, а також обирати більш конструктивні способи взаємодії з іншими, що зменшує кількість конфліктних ситуацій.

3. Підвищення емоційної стійкості.

Діти з РДУГ часто стикаються з емоційними труднощами, такими як тривожність, фрустрація та низька самооцінка. Розвиток емоційного інтелекту

дозволяє їм ефективніше управляти своїми емоціями, що підвищує їхню емоційну стійкість та сприяє формуванню позитивної самооцінки.

4. Формування саморегуляції.

Емоційний інтелект тісно пов'язаний з саморегуляцією. Навчаючись розпізнавати і регулювати свої емоції, діти також набувають навичок контролю своїх дій та поведінки, що є критично важливим для дітей з РДУГ, які часто страждають від імпульсивності та недостатнього контролю над своїми вчинками.

5. Підвищення академічної успішності.

Розвиток соціального та емоційного інтелекту може позитивно вплинути на академічні досягнення. Діти, які краще справляються зі своїми емоціями і можуть ефективно взаємодіяти з учителями та однокласниками, зазвичай мають кращі результати в навчанні.

6. Зменшення ризику розвитку вторинних проблем.

Без належної корекції проблеми, що пов'язані з РДУГ, можуть призводити до розвитку вторинних емоційних і поведінкових розладів, таких як тривожність, депресія або агресія. Розвиток емоційного інтелекту допомагає запобігти цим проблемам, забезпечуючи більш здоровий емоційний розвиток дитини.

Отже, вправи на розвиток соціального та емоційного інтелекту сприяють не лише покращенню соціальної адаптації дітей з РДУГ, але й формуванню навичок саморегуляції, емоційної стійкості та зниженню ризику розвитку вторинних психоемоційних проблем. У таблиці 3.7. наведено приклади вправ, які пропонували дітям із РДУГ для розвитку соціально-емоційного інтелекту.

Таблиця 3.7

Приклади вправ з тренінгу соціально-емоційного інтелекту, які використовували при проведенні курсів індивідуальних занять з дітьми з РДУГ

Назва вправи	Опис
Завдання на розрізнення та співвідношення емоцій через роботу із ВАК- моделлю (візуальна, аудіальна та	• Розрізнення та співвідношення візуального образу емоції зі звуком (мелодією, інтонацією), кінестетичними відчуттями; • Розрізнення та співвідношення звуків із візуальним

кінестетична модальності)	виразом емоцій; Розрізнення та співвідношення кінестетичних відчуттів із візуальним виразом емоцій.
Імітація	- Дитині пропонують витягнути картку із зображенням емоції, назвати її та показати за допомогою міміки. На наступному етапі гри психолог за допомогою міміки показує емоцію, а дитина повинна назвати її і знайти потрібну картку. - На наступному етапі дитині пропонують працювати з виразами емоцій, що об'єднують в собі дві різні емоції: сумна радість, радісне здивування, сумне здивування тощо.
Гра «Назви схоже».	Психолог називає основну емоцію (або показує її схематичне зображення), а дитина повинна згадати якомога більше слів, що позначають цю емоцію.
Тричастинні завдання	Перед дитиною кладуть картку персонажа. Праворуч від неї психолог кладе модифікатор. Дитині пропонують підібрати емоцію, яка з'явиться в персонажа під впливом модифікатора, та покласти її поряд. У результаті виходить серія із трьох картинок. На наступному етапі психолог викладає картку персонажа та емоцію. Дитині пропонують підібрати модифікатор, який може спричинити цю емоцію в персонажа.
Гра «Ситуації»	Гравці сідають один навпроти одного. Перший учасник робить хід. Він витягує картку із ситуацією і кладе її собі. Другий учасник бере ще одну картку та кладе зверху. Якщо на картках зображено позитивні чи негативні ситуації, другий учасник забирає їх собі. Якщо на одній картці зображено позитивну ситуацію, а на другій негативну, картки кладуть у відбій. Після цього хід переходить до другого учасника. Гра триває, доки гравці не зіграють усі картки із ситуаціями. Останню картку забирає гравець, хід якого на черзі. Наприкінці гри підраховують результати. Картки з позитивними та негативними ситуаціями взаємно нейтралізуються. Перемагає той учасник, у якого в результаті залишилося більше позитивних ситуацій чи менше негативних.
Соціальні історії	Вправа навчить дитину розуміти особливості соціальної взаємодії, почуття інших людей, допоможе скоригувати небажану поведінку. Перед дитиною викладають картку персонажа. Праворуч від неї викладають картку-модифікатор та емоцію, яка з'явиться в персонажа під впливом модифікатора. Наступною викладають картку із ситуацією, де дитина зображена з відповідною емоцією, і картку з емоцією другого персонажа. Якщо головним

	персонажем соціальної історії є хтось один із дітей, то можна запитати в дитини, яка емоція буде в одного з батьків, коли він/вона дізнається про те, що намальовано на картці із ситуацією. Обирають відповідну картку з емоцією одного з батьків і викладають поруч із рештою. Психолог пропонує дитині подумати, можна чи не можна себе поводити так. Дитина обирає знак «добре» чи «погано» і кладе його над соціальною історією. Пояснює свій вибір. Якщо в соціальній історії йшлося про небажану поведінку, психолог пропонує дитині вибрати картку-стратегію, яка допоможе змінити ситуацію та покласти її над емоцією персонажа. Дитині ставлять запитання: - Як допомогла стратегія змінити емоцію персонажа? - Як змінилася соціальна історія? - Як змінилися емоції інших учасників історії?

Отже, на основі індивідуальної форми роботи було створено диференційовані програми корекційно-розвивальної роботи для дітей з РДУГ. Такий підхід дозволив підвищити ефективність проведеної роботи, що відображено в підрозділі 3.2.3.

3.2.2. Консультування та групова робота з батьками як складові програми психологічного супроводу дітей з РДУГ

Роботу з батьками дітей проведено на базі центру психології та розвитку «Київський дворик», а також на базі ГО «Українська асоціація нейропсихології», яка є частиною Національної психологічної асоціації та входить до складу European Federation of Psychologists' Associations (EFPA).

На попередніх етапах дослідження під час аналізу особливостей дитячо-батьківських відносин у сім'ях, що виховують дітей з РДУГ, було виявлено значні труднощі при організації взаємодії та виборі стратегій виховання дитини, що виявилися притаманними для значного відсотка сімей. У більшості випадків труднощі з організацією взаємодії з дитиною супроводжувалися порушеннями емоційного стану батьків, негативним самосприйняттям себе в контексті здатності

виконувати батьківські обов'язки. Значна кількість батьків у процесі спілкування також вказувала на наявність відчуття провини, труднощі із формуванням позитивних прогнозів щодо подальшого розвитку дитини, відсутність внутрішнього ресурсу для подолання наявних проблем. За результатами констатувального етапу дослідження для батьків дітей з різних підгруп було виявлено такі особливості:

- Батьки дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності

Роботу було спрямовано передусім на підвищення здатності розуміти емоційний стан дитини.

- Батьки дітей з домінантним дефіцитом уваги.

Основну роботу проведено щодо особливостей комунікації між батьками і дітьми, батьківського ставлення до дитини. Також проведено роботу із розвитку навичок надання емоційної підтримки дітям з боку батьків.

- Батьки дітей з комбінованою формою РДУГ.

Проведено роботу щодо формування навичок надання емоційної підтримки дитині, розвитку емпатії з боку батьків до дитини. Крім того, батькам надано допомогу, спрямовану на балансування в співвідношенні рівня підтримки та самостійності дитини.

- Батьки дітей з проблемами соціальної адаптації.

Основну увагу було приділено процесу прийняття дитини, розвитку навичок розуміння її стану та вміння на нього впливати.

Переживання, пов'язані з проявами РДУГ у дітей, батьки в більшості випадків описували як довготривалу кризу та постійне перебування в стресовому стані. Такі особливості сприйняття ситуації проявляються через низку дезадаптивних переконань та побудованих на них поведінкових стратегій. Основою для їх виникнення може бути ранній досвід взаємодії з дитиною, пов'язаний із неможливістю знайти ефективні стратегії корекції поведінки дитини, відсутність інформації щодо можливих причин виникнення проблематики, труднощі з адаптацією дитини до умов нового середовища, необхідність постійного контролю поведінки дитини, виснаження та неможливість реалізувати

базові функції сім'ї, що виникали на тлі цього. Сюди варто також додати, що сім'ї, які виховують дітей з РДУГ, часто стають об'єктами соціальної критики та булінгу, що значно підвищує рівень стресу та стимулює процес їх соціальної ізоляції.

Більш детально розглянемо окремі прийоми та методи, які використовували при роботі з батьками дітей з РДУГ (Суковський, 2008; Мастюкова, Моськовкіна, 2003):

1. *Розширення уявлень батьків щодо особливостей РДУГ у дитячому віці.* Батькам надавали інформацію щодо особливостей РДУГ, основних патологічних проявів, що притаманні для цього розладу, чинників, що можуть сприяти, посилювати та підтримувати основні симптоми РДУГ. З опорою на результати сучасних досліджень надавали опис щодо нейрофізіологічних основ цього розладу, їх зовнішніх проявів, впливу на поведінку дитини.

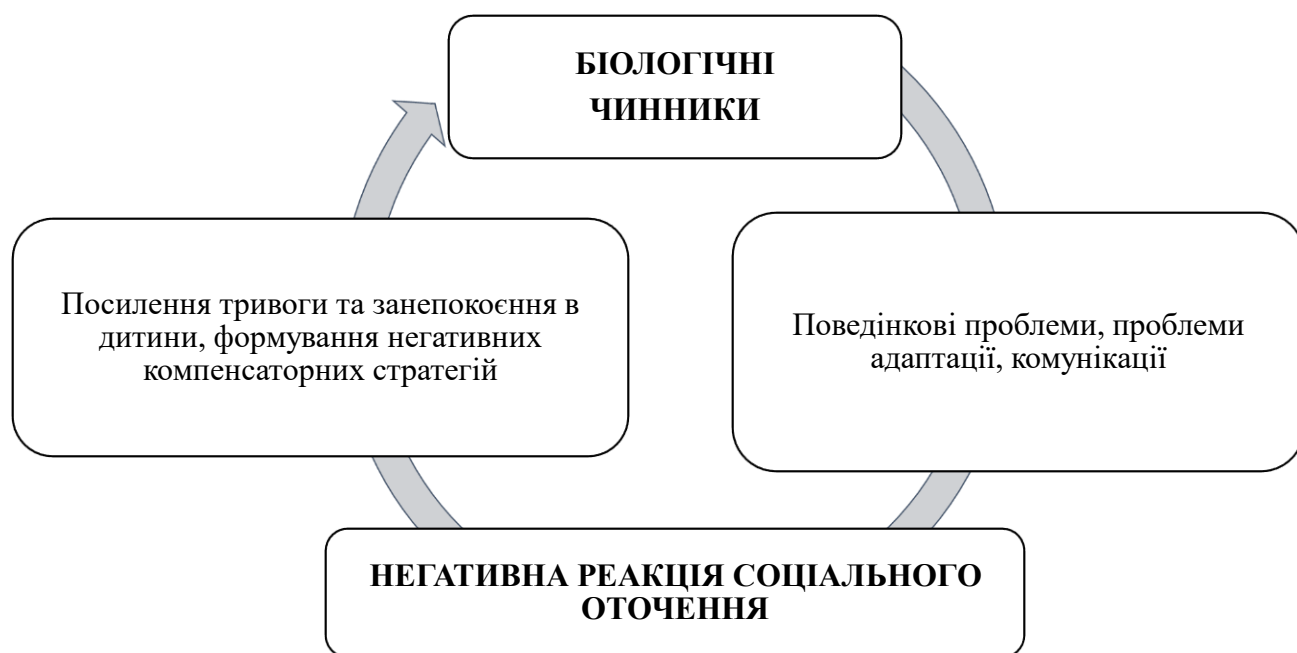


Рисунок 3.4. Приклад циклу, який використовували в процесі проведення психоедукаційної роботи з батьками дітей з РДУГ

Значну увагу приділено особливостям психологічного стану дітей з РДУГ, впливу соціально-психологічних чинників на формування негативних компенсаторних стратегій (рисунок 3.4), а також наданню інформації щодо

сучасних та ефективних методів терапії та корекції РДУГ. Батькам були запропоновані авторські матеріали – плакати та інформаційні листи, що містили інфографіку особливостей проявів РДУГ.

Окрім того, батькам також було запропоновано виконати практичні завдання з інтерпретації особливостей поведінкових проявів дітей, специфіки їх емоційних реакцій, розвіювання міфів, що стосуються РДУГ, тощо (таблиця 3.8).

Таблиця 3.8

**Приклади завдань для батьків дітей з РДУГ для закріплення
результатів психоедукаційної роботи**

<i>Завдання</i>	<i>Приклади матеріалів для роботи</i>
Запропонуйте можливі варіанти інтерпретації поведінки дитини з опорою на соціобіологічну модель	- дитина затуляє вуха та пробує втекти при наявності гучних звуків; - дитина демонструє значне погіршення якості виконання завдань через 15–20 хвилин після початку роботи; - дитина краще організовує себе в процесі індивідуальної роботи з нею, ніж в класі.
Розвійте міфи про РДУГ та сформулюйте антитези	- усі діти з РДУГ однакові; - причиною РДУГ є неправильне виховання; - пояснення поведінки дитини її поганим характером; - РДУГ можна перерости; - дитина виросте неврівноваженою, має схильність до антисоціальної поведінки.
Наведіть приклади практичних методів, які можуть допомогти покращити поведінку дитини	- як можна виявити причини небажаної поведінки дитини? - які методи можуть дозволити дитині краще організовувати власну поведінку? - наведіть приклади ефективних методів корекції проявів РДУГ у дітей.

2. *Виявлення базових стратегій, їх функцій та цілей* – аналіз ступеня ефективності (оцінювання) – використання інших стратегій (перегляд на рівні функцій, цілей). У процесі індивідуального консультування проведено роботу з формування в батьків навичок, формування цілей подальшого розвитку дитини. Цей процес реалізувався з метою негативних прогнозів батьків щодо подальшого розвитку дитини, формування позитивних сценаріїв розвитку. При формуванні цілей використано адаптацію SMART-методики П. Друкера:

- А) Конкретність та вимірюваність – чітке формулювання цілей та наявність у них вимірюваних результатів.
- Б) Досяжність та часова визначеність – можливість отримати бажані результати за встановлений проміжок часу.
- В) Актуальність – досягнення цілі повинно призводити до вирішення актуальних проблем.
- Г) Позитивність формулювань – формулювання цілей як позитивних змін та досягнень
- Д) Екологічність – досягнення цілі не повинно призводити до отримання дитиною шкоди.

При роботі з системою переконань та пов'язаних з нею негативних поведінкових стратегій у батьків було використано роботу з метамоделлю як метод, що дозволяє проаналізувати особливості вербальних повідомлень, виявити атрибуції, що лежать в їх основі, та змінити позицію батьків щодо сприйняття себе, дитини, перспектив подальшого розвитку, ефективних та неефективних стратегій взаємодії (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9

Особливості використання метамоделі при консультуванні батьків дітей з РДУГ

Назва	Задача	Методи	Приклади
Неконкретні іменники та займенники	Відновити зниклу інформацію	Хто/що/який конкретно?	– Діти жорстокі! – Які саме діти?
Неконкретні дієслова	Визначити комплексну еквівалентність	Виявити конкретний набір дій, про які говорить партнер. Як саме?	– Вона мене змусила її вдарити. – Як саме змусила?
Номіналізація	Перетворити подію на процес	Використовувати як присудок де/коли/з ким цього хочете?	– У мене немає сил для виховання дитини. – Де і як ви бажаєте отримати ці сили?
Загублений перформатив	Знайти автора судження.	Хто це визначив?	– Я чула, що неправильно виховую дитину. – Вік кого саме чули?

Квантори загальності	Знайти протиріччя з досвідом	1.Перебільшення. 2.Посилення інтонацією. 3.Виняток із правил.	– Я нічого не роблю правильно. – Ви абсолютно ніколи нічого не робите правильно?
Модальні оператори загальності та необхідності	Зруйнувати обмеження	Перетин кордонів можливого.	– Я повинен робити це. – Що вам заважає не робити? – Що станеться, якщо ви не зробите цього? – Я не можу зробити це! – Що станеться, якщо зробити?
Порівняння із умовчанням	З'ясувати те, із чим порівнюють.	Порівняно з ким/з чим?	– Моя дитина гірша за інших! – Порівняно з ким?
Причина і наслідок	З'ясувати, чи справді справедливе припущення про причиново-наслідковий зв'язок.	Як Х викликає Y?	– Дитина руйнує мої плани та життя. – Як саме вона руйнує ваші плани та життя?
Читання думок	З'ясувати спосіб отримання інформації.	Як дізнаєтеся, що ви Х?	– Я знаю, що для нього це краще. – Як ви дізнаєтеся про це?

3. *Навчання стратегій корекції поведінки:* підказки, заохочення, структурування середовища (формування запиту на розвиток, зменшення кількості подразників, елементи організації поведінки). Було виокремлено такі рівні допомоги:

- організовувальний – до якого належить повний фізичний контроль, моделювання необхідних форм поведінки, а також розгорнута вербальна та жестова допомогу;
- стимулювальний – до цього рівня належать часткові та відстроковані в часі форми допомоги попереднього типу.

Також при спілкуванні з дитиною батькам було запропоновано застосовувати стратегію спільного ухвалення рішень:

- а) дізнатися причину небажаної поведінки дитини;
- б) визнати важливість думки дитини, розповісти про свої почуття та переживання, використовуючи Я-повідомлення;
- в) запропонувати рішення, яке влаштує і дорослого, і дитину. Якщо рішення не влаштовує дитину, то попросити її вигадати свій варіант. Виконувати, доки не буде знайдено оптимальне рішення, яке влаштує обох.

У процесі виконання техніки дорослий повинен бути емоційною опорою для дитини, демонструючи спокій і зацікавленість. Також варто пам'ятати про необхідність точно формулювати власні вимоги та бажання.

4. *Експеримент та спостереження* – сумісна гра, за якою спостерігає психолог. Застосування методів моделювання середовища та специфіки його впливів на стан дитини та особливості стратегій організації взаємодії. Основними методами на цьому етапі були робота з метафоричними картками, пісочна терапія (Sandplay), окрім того використано модель циклів, що широко застосовується фахівцями в галузі КПТ-терапії. Приклади прийомів та технік наведено в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Приклади технік індивідуального консультування батьків дітей з РДУГ

Назва техніки	Мета застосування	Особливості застосування
Техніка «Машина часу»	Формування позитивного прогнозу розвитку дитини	- На аркуші паперу зображено три кнопки, позначені як кнопки уявної машини часу. Фахівець детально описував основні напрямки програми психологічного супроводу дитини, роз'яснюючи її батькам дитини. Батькам було запропоновано надати опис свого сприйняття дитини та тих основних труднощів, з якими вони стикаються в повсякденному житті. - На наступному етапі психолог пропонував батькам по чергово натискати кнопки уявної машини часу та подумки переноситися на певні проміжки часу в майбутнє (3 місяці, 6 місяців, 1 рік) та надавати опис тих змін, які відбулися в стані дитини, з урахуванням того, що весь цей час продовжувалася реалізація програми

		психологічного супроводу.
Техніка «Емоційний світ»	Аналіз емоційного компонента образу дитини та образу себе у батьків	Техніка реалізується за допомогою колоди метафоричних карт К. Мілютіної «Ксенобіологія» та авторської колоди метафоричних карт «Лемурія». Батькам дитини пропонують такі кроки: • оберіть дві карти з колоди «Ксенобіологія», одна з яких символізує вас, а друга – дитину; • на аркуші паперу намалюйте два великі кола, а в центрі кожного кола помістіть одну з фігурок; • оберіть 7 карток, кожна з яких символізує одну з базових емоцій (радість, здивування, смуток, страх, гнів, огида, зневага), як вони виявляються щодо дитини. Розкладіть картки всередині кола навколо відповідної фігурки та підпишіть їх; • розкажіть про кожну картку, відповідаючи на запитання: що зображено на картці? що це означає для мене? як це проявляється у моїх стосунках із дитиною? • оберіть 7 карток, що символізують емоції, які ви відчуваєте щодо себе як до батька; • проаналізуйте картки за описаною вище схемою; • уявіть, що кола, у яких розташовані картки, це діаграми. Розділіть їх на сегменти, розмір сегмента відповідає тому, як часто емоція проявляється в реальному житті; • проаналізуйте результати; • подумайте, як емоції, які ви відчуваєте до дитини та до себе, впливають одна на одну. Позначте цей вплив на аркуші стрілками; • проаналізуйте результати; • як і у випадку з картою, ви можете повертатися до цієї техніки час від часу, аналізуючи, як змінюються образи та сектори емоцій.
Техніка «Життя тварин»	Вивчення, обговорення та перегляд стосунків у сім'ї.	Техніка реалізується за допомогою колоди метафоричних карт К. Мілютіної «Звірські відносини». Техніка передбачає такі кроки: • батьки обирають ту карту, на якій зображені стосунки, що відображають реальний досвід взаємодії з дитиною; • батькам пропонують розповісти про зображення та дати відповіді на такі питання: що тут є цінного та що ви хотіли б зберегти? що викликає напругу? що ви хотіли б змінити? • за допомогою карт батьки повинні описати послідовність стосунків з дитиною та дати відповіді на питання: що в цьому ви можете змінити? яка ланка здається найслабшою?

5. *Навчання батьків методів релаксації та формування механізмів саморегуляції.* Як основний метод було використано першу сходинку аутогенного тренування за Х. Шульцем (Ахмедов, 2005). Запропонований метод тренування є доказово ефективним при вирішенні проблем тривожності, психосоматичних розладів, покращення уваги та здатності до саморегуляції. Тривалість курсу повинна становила від 2 до 3 місяців. Вправу треба виконувати кожен день протягом перших двох тижнів, кожні 2–3 дні протягом усього наступного часу. Початковий етап виконання вправи проведено разом з психологом.

На початку роботи батькам було запропоновано обрати для себе одну з можливих базових позицій. Найбільш зручними для виконання вправи вважають одну з таких поз:

- Положення сидячи. Базове положення – сидячи на стільці в позі кучера – голова злегка нахилена вперед, кисті та передпліччя лежать вільно на поверхні стегон долонями вниз.
- Положення напівсидячи. Базове положення – сидячи в зручному кріслі, опершись ліктем і відкинувши голову назад – на м'яку спинку крісла. Усе тіло розслаблене, ноги вільно розставлені чи трохи витягнуті.
- Положення лежачи. Базове положення – лежачи на спині. Голова на низькій подушці. Руки трохи зігнуті в ліктях і м'яко лежать долонями вниз уздовж тулуба.

Зайнявши зручну позу, батьки повинні почати формувати в себе такі стани:

1. Викликання відчуття важкості.

Подумки повторюють формулу «Моя права рука дуже важка». Після досягнення відчуття важкості в першій руці, цей стан викликають у протилежній, після цього в обох руках одночасно, ногах. На останньому етапі – в обох руках і ногах одночасно, потім у всьому тілі.

2. Викликання відчуття тепла.

Повторюють формулу «Моя права (ліва) рука тепла». Далі відчуття тепла викликають у тій самій послідовності, що й відчуття важкості.

3. Опанування сердечного ритму.

Подумки повторюють кілька разів формулу «Серце б'ється спокійно і рівно».

4. Опанування ритмом дихання.

Викликають через зосередження на диханні та повторення формули «Я дихаю абсолютно спокійно».

5. Викликання відчуття тепла в ділянці сонячного сплетення.

Викликають через зосередження на ділянці сонячного сплетення та повторення формули «Моє сонячне сплетення тепле, дуже тепле».

6. Викликання прохолоди в ділянці чола.

Викликають через зосередження на ділянці чола та повторення формули «Мій лоб приємно прохолодний».

Усе тренування починається і закінчується формулою «Я абсолютно спокійна». Цю формулу постійно вимовляють у кожній вправі.

У кінці сеансу, щоб вивести себе зі стану спокою та м'язового розслаблення, було рекомендовано зробити декілька різких розгинальних рухів руками, супроводжуючи ці рухи різким видихом, а потім широко розплющити очі. Тривалість підходу поступово збільшувалася від 3–4 хвилин до 15–20 хвилин.

Результати роботи з батьками дітей з РДУГ було враховано при розробці системи методичних рекомендацій, що запропоновані в підрозділі 3.3.

3.2.3. Перевірка ефективності програми психологічного супроводу дітей з РДУГ

Для особливостей проявів РДУГ та їх змін за результатами реалізації курсу корекційно-розвивальних занять було використано діагностичний опитувальник Вандербільта, заповнений батьками. Батькам було запропоновано заповнити опитувальник перед початком курсу та після його завершення. Результати перевірки ефективності індивідуального курсу корекції для дітей з РДУГ наведено в таблиці 3.11.

Результати перевірки ефективності індивідуального курсу корекції для дітей з РДУГ

Показники РДУГ	Підгрупи дітей з РДУГ							
	Діти з гіперактивністю та імпульсивністю (N=23)		Діти з дефіцитом уваги (N=20)		Діти з комбінованою формою РДУГ (N=17)		Діти з проблемами соціальної адаптації (N=14)	
	Перше обстеж.	Друге обстеж.	Перше обстеж.	Друге обстеж.	Перше обстеж.	Друге обстеж.	Перше обстеж.	Друге обстеж.
Дефіцит уваги (1)	8,5	7,55	15,2	11,8	15,2	12,5	4,5	3,5
Гіперакт. та імпульс. (2+3)	13,3	10,8	6,8	6,7	15,7	12,35	3,4	4,1
Реакції опозиції (4)	4,15	1,2	4,55	4,4	6	4,9	3,5	3,2
Інші пов. проблеми (5)	0,55	0,45	1,1	1	2,3	2,1	0,5	0,5
Тривожно-депресивна симпт. (6)	3,9	3,4	3,2	3,1	2,5	2,35	1,3	1,3
Соц. адаптація (7)	25	24,2	32	25,4	26,6	24,8	34,1	28,2
	Середні показники							

При проведенні дослідження ступеня ефективності програми психологічного супроводу не було сформовано контрольну групу. Це зумовлено епідемією COVID-19 та початком повномасштабної війни, що збіглися з часом проведення дослідження. З точки зору автора, за цих умов формування контрольної групи дітей із РДУГ та їх батьків було б неетичним та могло б нашкодити дітям та їх оточенню.

Можна виокремити такі моменти, які стали причиною відмови від формування контрольної групи:

1. Вразливість дітей під час кризових ситуацій.

Війна та епідемія COVID-19 створюють значний психологічний стрес для дітей, особливо для тих, хто має РДУГ. У таких умовах вони є ще більш вразливими, ніж звичайно. Не надавати їм корекційної допомоги, навіть у межах дослідження, може призвести до поглиблення проблем та серйозних негативних наслідків для їхнього психічного здоров'я.

2. Етичні стандарти надання допомоги.

Основний етичний принцип у психології та медицині – це «не нашкодь» (*primum non nocere*). Не надаючи допомоги дітям у контрольній групі, які теж могли б отримати позитивний вплив від корекції, ми наражаємо їх на ризик погіршення стану, що суперечить цьому принципу.

3. Необхідність рівного доступу до допомоги.

В умовах війни та пандемії всі діти, особливо ті, які мають РДУГ, повинні мати рівний доступ до необхідної допомоги. Відсутність корекційного втручання для контрольної групи може бути розцінена як несправедливе позбавлення дітей можливості отримати підтримку, яка могла б покращити їхній стан.

4. Вплив на результати дослідження.

Залишаючи дітей у контрольній групі без допомоги під час таких складних умов, можна створити етичний конфлікт, оскільки дослідник міг би підсвідомо надавати перевагу отриманню даних про позитивні зміни в стані дітей. Це ставить під сумнів моральну обґрунтованість дослідження.

5. Загострення симптомів через зовнішні чинники.

Війна та пандемія можуть впливати на симптоми РДУГ та посилювати їх через підвищену тривожність, невизначеність та соціальну ізоляцію. Це ще більше ускладнює ситуацію, адже діти, які не отримують допомоги, можуть швидко втратити емоційну стабільність і контроль над своїм станом.

Усі ці чинники роблять утримання від корекційної допомоги в контрольній групі неетичним під час війни в Україні та пандемії COVID-19. Важливо шукати

альтернативні методи порівняння ефективності корекційної програми, які не завдають шкоди жодній дитині.

Для оцінки ефективності корекційної програми було застосовано Т-критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок, результати якого наведено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Ступінь ефективності програми корекції для дітей із РДУГ

Назва підгрупи	Субшкали опитувальника Вандербільта					
	Дефіцит уваги (1)	Гіперакт. та імпульс. (2+3)	Реакції опозиції (4)	Інші пов. проблем и (5)	Тривожно-депресивна симт. (6)	Соц. адаптація (7)
Діти з гіперактивністю та імпульсивністю (N=23)	-4,312**	-4,547**	-4,631**	- 1, 713	-2,112*	-2,032*
Діти з дефіцитом уваги (N=20)	-4,580**	- 1,810	-1,876	-1,590	-1,855	-2,023*
Діти з комбінованою формою (N=17)	-4,456**	-4,387**	-2,214*	0,317	-1,411	-2,123*
Діти з проблемами соціальної адаптації (N=14)	- 1,611	- 1,563	0,317	-1,558	-1,610	-3,981**
	Значущість					

У кожній з підгруп у дітей після курсу корекції відзначено позитивні зміни. Найбільші помітні зміни помічено за тими субшкалам, що були ведучими для кожної підгрупи щодо інтенсивності патологічних проявів.

У підгрупі дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності було виявлено зміни з рівнем значущості $p \leq 0,01$ за показниками імпульсивності та гіперактивності, порушень уваги, проявів опозиційності та негативізму. Окрім того, було виявлено зміни на рівні $p \leq 0,05$ за показниками тривожної та депресивної симптоматики та показниками проблем соціальної адаптації.

Ці результати свідчать про ефективність індивідуального курсу корекції та абілітації для дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності. Значні покращення в показниках імпульсивності, гіперактивності та порушень уваги вказують на те, що програма корекції вдало адресувала основні симптоми РДУГ, знижуючи їхній негативний вплив на поведінку та навчальні досягнення дітей. Одночасно зменшення рівня тривожності, депресії та проблем соціальної адаптації свідчить про позитивний вплив програми на емоційний стан дітей та їхню здатність ефективно взаємодіяти з оточенням.

У підгрупі дітей з домінантним дефіцитом уваги за результатами корекції було виявлено позитивні зміни на рівні $p \leq 0,01$ за показниками дефіциту уваги, а також зміни на рівні $p \leq 0,05$ для показників соціальної адаптації.

Отримані результати демонструють, що корекційна робота в підгрупі дітей з домінантним дефіцитом уваги була успішною у вирішенні ключових проблем, пов'язаних з цим розладом. Значне покращення уваги вказує на те, що діти стали краще зосереджуватися на завданнях, а це прямо впливає на їхню здатність до навчання та виконання повсякденних обов'язків і є суттєвим кроком вперед у їхньому когнітивному розвитку.

Покращення соціальної адаптації свідчить про те, що діти стали краще інтегруватися в соціальне середовище, що є важливим для їхнього емоційного благополуччя та успішної взаємодії з іншими. Ці результати наголошують на важливості комплексного підходу в роботі з дітьми з дефіцитом уваги, який поєднує не лише розвиток когнітивних навичок, а й підтримку соціальної адаптації та міжособистісних відносин.

У підгрупі дітей з комбінованою формою РДУГ за результатами проходження курсу корекції було виявлено зміни на рівні $p \leq 0,01$ за показниками імпульсивності та гіперактивності, а також за показниками порушень уваги. Окрім того, було виявлено зміни на рівні $p \leq 0,05$ за показниками опозиційності та негативізму і показниками проблем соціальної адаптації.

Отримані результати свідчать про ефективність застосованих методів. Значне зниження імпульсивності, гіперактивності та порушень уваги свідчить про те, що програма корекції вдало адресувала основні симптоми цього розладу. Поліпшення в показниках опозиційності та соціальної адаптації вказує на те, що корекційна робота позитивно вплинула на загальну поведінку дітей, їхню здатність взаємодіяти з оточенням та адаптуватися до соціальних вимог.

Ці результати указують на важливість комплексного підходу в корекції РДУГ, який містить роботу над різними аспектами поведінки і когнітивного розвитку. Вони також свідчать про те, що інтенсивна корекційна робота може призвести до значних покращень у поведінці дітей та їхній соціальній інтеграції, що є ключовим для успішного розвитку і навчання.

У підгрупі дітей з проблемами соціальної адаптації після проходження курсу корекції також було виявлено позитивні зміни на рівні $p \leq 0,01$ за рівнем показників проблем соціальної адаптації.

Отримані результати свідчать про успішність корекційної роботи з дітьми, які мали проблеми з соціальною адаптацією. Покращення цього показника на рівні $p \leq 0,01$ вказує на значне зниження труднощів у соціальній взаємодії та покращення здатності дітей інтегруватися в соціальне середовище. Це є важливим результатом, оскільки діти з проблемами соціальної адаптації часто стикаються з труднощами у встановленні і підтримці дружніх стосунків, що може призводити до відчуття ізоляції та тривожності.

Покращення соціальної адаптації після проходження курсу корекції вказує на те, що діти стали більш відкритими до соціальних контактів, більш упевненими в собі та більш здатними до ефективної взаємодії з однолітками та дорослими. Ці зміни можуть бути результатом цілеспрямованих втручань у розвиток соціальних навичок, емоційної регуляції та самооцінки.

Отже, корекційна програма сприяла не лише зниженню рівня проблем соціальної адаптації, але й підвищила загальний рівень соціального

функціонування дітей, що є критично важливим для їхнього майбутнього розвитку й успішної інтеграції в суспільство.

Можна зробити висновки про ефективність диференційованих програм психологічного супроводу дітей з РДУГ. Урахування індивідуальних особливостей кожної дитини та їх розподіл на підгрупи уможливило оптимізувати процес корекції, що хоч і не призвело до повного усунення симптомів РДУГ, але значно зменшило їх інтенсивність і підвищило успішність дітей у різних видах діяльності. Також можна зробити припущення, що поступове підвищення ефективності дітей у різних формах діяльності, яке стало можливим завдяки курсу корекції, буде сприяти посиленню позитивних змін та подальшій нормалізації їх стану.

Ступінь ефективності роботи, проведеної з батьками дітей з РДУГ, було проаналізовано за допомогою опитувальника ОБДЕВ О. Захарової. В опитуванні взяли участь 74 батька віком 34–57 років, середній вік склав 42,3 роки. Перше опитування було здійснено до початку проведення роботи з групою батьків. Друге обстеження було проведено протягом тижня після закінчення курсу допомоги. Результати першого та другого опитування за шкалами ОБДЕВ наведено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

**Результати обстеження батьків дітей з РДУГ за допомогою опитувальника
ОБДЕВ**

Назви субшкал	Середнє значення (M)	Критеріальне значення (N)	Результати першого опитування (середні показники)	Результати другого опитування (середні показники)
Здатність сприймати стан дитини	4,22	3,7	3,48	4,07
Розуміння причин стану	3,85	3,2	3,0	3,37
Здатність до співпереживання	3,39	2,8	3,27	3,4

Почуття, що виникають у батька/матері у взаємодії з дитиною	3,9	3,3	3,98	3,98
Безумовне прийняття	3,84	3,2	4,68	4,68
Ставлення до себе як до батька чи матері	3,78	3,1	5,39	5,39
Переважаючий емоційний фон взаємодії	3,66	3,0	6,1	6,1
Прагнення до тілесного контакту	4,03	3,3	6,81	6,9
Надання емоційної підтримки	3,47	2,8	7,52	7,55
Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії	2,95	2,3	8,22	8,22
Уміння впливати на стан дитини	3,8	3,2	8,94	8,94

Аналіз результатів заповненого батьками опитувальника ОДБЕВ до та після проходження курсу допомоги дозволив виявити зміни за субшкалами «Здатність сприймати стан дитини» (1), «Розуміння причин стану» (2), «Здатність до співпереживання» (3) та «Надання емоційної підтримки» (9). Для аналізу ефективності наданої допомоги для кожної з указаних субшкал було використано Т-критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Результати представлені в таблиці 3.14.

**Результати розрахунків Т-критерію Вілкоксона для групи батьків дітей
з РДУГ**

Назви субшкал	Показники кореляції
Здатність сприймати стан дитини	-3,958**
Розуміння причин стану	-2,186*
Здатність до співпереживання	0,08
Надання емоційної підтримки	0,18

За результатами проведеної роботи з батьками на рівні всієї вибірки було виявлено значущі зміни на рівні $p \leq 0,01$ за субшкалою «Здатність сприймати стан дитини» та кореляцію на рівні $p \leq 0,05$ за субшкалою «Розуміння причин стану».

Ці результати демонструють, що проведена робота з батьками значно підвищила їхню здатність розуміти та підтримувати своїх дітей. Це може мати довготривалий позитивний вплив на ефективність виховання та загальну якість сімейних стосунків, що сприятиме кращому емоційному і поведінковому розвитку дітей з РДУГ.

Було проаналізовано зміни за субшкалами опитувальника Вандербільта для батьків у кожній з підгруп. Отримані результати наведено в таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

**Результати обстеження батьків дітей з РДУГ за допомогою опитувальника
ОБДЕВ**

Назви субшкал	Підгрупи батьків дітей з РДУГ			
	Батьки дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності (N=23)	Батьки дітей з домінантним дефіцитом уваги (N=20)	Батьки дітей з комбінованою формою РДУГ (N=17)	Батьки дітей з проблемами соціальної адаптації (N=14)
Здатність сприймати стан дитини	-3,348**	-1,032	-0,465	-2,211*
Розуміння причин стану	-4,023**	-0,946	-2,341*	-3,980**

Здатність до співпереживання	-1,234	-0,878	-3,211**	-,1011
Почуття, що виникають у батька /матері у взаємодії з дитиною	-0,980	-3,112**	-0,867	-0,785
Безумовне прийняття	-1,344	-2,231*	-1,032	-3,114**
Ставлення до себе як до батька чи матері	-2,013*	-1,112	-1,541	-1,101
Переважаючий емоційний фон взаємодії	-1,112	-3,134**	-1,041	-0,456
Прагнення до тілесного контакту	-0,873	-1,231	-0,413	-0,876
Надання емоційної підтримки	-1,415	-2,238*	-3,312**	-0,689
Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії	-1,345	-2,031*	-0,791	-1,143
Уміння впливати на стан дитини	-2,115*	-0,891	-1,011	-4,012**
Показники значущості змін				

У батьків дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності після реалізації заходів програми психологічного супроводу було виявлено підвищення показників на рівні $p \leq 0,01$ за субшкалами «Здатність сприймати стан дитини» (1) та «Розуміння причин стану» (2). Також було виявлено підвищення показників на рівні $p \leq 0,05$ за субшкалами «Ставлення до себе як до батька чи матері» (6) та «Вміння впливати на стан дитини» (11).

Ці результати свідчать про значний прогрес у навичках батьків та їх здатності підтримувати своїх дітей. Після участі в програмі психологічного супроводу вони стали краще розуміти і сприймати стан дитини, що знижує ризик конфліктів і сприяє створенню більш гармонійних відносин. Підвищення впевненості у власних батьківських здібностях і здатності впливати на стан дитини також є позитивним показником, який свідчить про успіхи в адаптації сімей до виховання дітей з РДУГ.

У батьків дітей з домінантним дефіцитом уваги було виявлено підвищення показників із рівнем значущості $p \leq 0,01$ за субшкалами «Почуття, що виникають у матері у взаємодії з дитиною» та «Переважаючий емоційний фон взаємодії» (7). Окрім того, було виявлено підвищення показників із рівнем значущості $p \leq 0,05$ за субшкалами «Безумовне прийняття» (5), «Надання емоційної підтримки» (9), «Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії» (10).

Отримані результати свідчать, що батьки, ймовірно, навчилися краще регулювати власні емоції і використовувати більш конструктивні підходи в спілкуванні з дитиною. Це сприяє зниженню конфліктів і створенню теплих і довірливих стосунків, що є важливим для підтримки дитини з дефіцитом уваги. Окрім того, батьки почали відчувати більше позитивних емоцій під час взаємодії з дитиною, що може бути наслідком покращення розуміння поведінки дитини, а також зменшення негативних емоцій, пов'язаних із труднощами виховання дитини з дефіцитом уваги. Це створює більш сприятливе емоційне середовище для розвитку дитини.

Отримані результати також можуть свідчити, що батьки почали приймати дитину такою, якою вона є, з усіма її особливостями і труднощами, пов'язаними з дефіцитом уваги. Вони стали більш чутливими до емоційних потреб дитини і здатні надавати необхідну підтримку в складних ситуаціях. Також, ймовірно, батьки стали краще розуміти, коли дитина потребує додаткової підтримки, і враховують це при спілкуванні та вихованні. Такий підхід дозволяє створити сприятливі умови для розвитку дитини і зниження стресу, пов'язаного з труднощами дефіциту уваги.

Батьки дітей з комбінованою формою РДУГ продемонстрували підвищення показників на рівні $p \leq 0,01$ за субшкалами «Надання емоційної підтримки» (9),

«Здатність до співпереживання». Було виявлено позитивні зміни із рівнем значущості $p \leq 0,05$ за субшкалою «Розуміння причин стану».

Можна зробити висновки, що батьки стали краще розуміти потреби дітей і ефективніше відповідати на них, забезпечуючи дитині необхідну емоційну опору. Вони стали більш здатними розуміти та відчувати емоції своїх дітей, а це покращує взаєморозуміння й допомагає у формуванні більш глибоких і довірливих стосунків. Окрім того, можна відзначити покращення в розумінні стану дітей, що може сприяти більш конструктивній та ефективній взаємодії, адже батьки стають спроможнішими передбачити поведінку дитини і відповідно коригувати свою реакцію. Розуміння причин стану дитини також допомагає батькам бути більш терплячими та підтримувальними.

У батьків дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено підвищення показників на рівні $p \leq 0,01$ за субшкалами «Безумовне прийняття» (5), «Розуміння причин стану» (2), «Вміння впливати на стан дитини» (11). Було виявлено підвищення показників на рівні $p \leq 0,05$ за субшкалою «Здатність сприймати стан дитини» (1).

Отримані результати можуть свідчити, що батьки тепер більше сприймають дітей такими, якими вони є, без умов і критики. Безумовне прийняття є критично важливим для дітей з проблемами соціальної адаптації, оскільки воно забезпечує емоційну стабільність і підтримку, які необхідні для розвитку самовпевненості та соціальних навичок. Можна також стверджувати про зростання батьківської чутливості та здатності до більш глибокого аналізу, що дозволяє їм краще реагувати на потреби та проблеми дітей. Це розуміння є важливим для ефективного вирішення проблем соціальної адаптації і сприяє більш конструктивній підтримці дитини. Можна відзначити, що батьки навчилися застосовувати більш дієві стратегії та підходи для підтримки дітей, а це позитивно впливає на їхню соціальну адаптацію та загальний емоційний стан.

Окрім усього зазначеного, можна стверджувати про те, що отримані результати свідчать про збільшення емпатії та чутливості до потреб дітей, і це сприяє покращенню якості батьківської взаємодії. Більш точне сприйняття стану

дитини допомагає батькам краще адаптувати свою підтримку та реакцію на ситуації, що виникають.

Отже, можна зробити висновки, що підібрані методи та розроблені на їх основні програми психологічного супроводу виявилися ефективними в контексті стабілізації стану дітей у різних підгрупах, зниження інтенсивності основних проявів РДУГ. Запропоновані методи виявилися ефективними при роботі з соціальним оточенням дітей, що також позначалося як один з основних напрямків роботи при реалізації програми.

3.3. Методичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ

Для майбутніх психологів та психологів-фахівців були розроблені методичні рекомендації, що можуть бути взяті за основу при організації роботи з дітьми з РДУГ, членами їх сімей і їх соціальним оточенням.

1. Приділяйте час вивченню практичних кейсів та професійної літератури, що присвячена особливостям надання допомоги дітям з РДУГ та роботі з їх соціальним оточенням. Зверніть увагу на необхідність вивчення різних підходів та методів корекційно-розвивальної роботи й психологічного супроводу, які використовують при роботі з РДУГ.
2. Практикуйте навчання онлайн, відвідуйте зустрічі в форматі інтерв'язії та суперв'язії. Відвідуйте онлайн-заходи практикуючих колег (вебінари, майстер-класи тощо) – це допоможе вам:
 - дізнатися про особистий досвід фахівців при вирішенні різних завдань консультативної та індивідуально-корекційної роботи;
 - опанувати нові прийоми та стратегії роботи;
 - отримати зворотний зв'язок щодо власних практичних кейсів та отримати відповіді на питання щодо особливостей організації різних етапів роботи (діагностичного, консультативного, корекційного) із дітьми з РДУГ різних форм та супутніми коморбідними розладами;

- сформувані диференційовані протоколи корекційно-розвивальної роботи для різних підгруп дітей з РДУГ;
 - отримати емоційну підтримку та підвищити власну мотивацію.
3. Цікавтеся сучасними дослідженнями в галузі діагностики, терапії та корекції РДУГ – це дозволить постійно підвищувати ваш рівень обізнаності та підвищувати ступінь ефективності власної роботи за рахунок упровадження більш сучасних та ефективних методів корекції РДУГ.
 4. За можливості відвідуйте тренінги та проходите навчання з підвищення кваліфікації – це дозволить вам розширити власні знання та навички роботи з дітьми та їх оточенням, опанувати ефективні моделі втручання.
 5. При організації практичної роботи дотримуйтеся алгоритмів, що дозволять не тільки організувати процес роботи з дитиною, але й зробити його більш прогнозованим – це зробить вашу роботу більш продуктивною та ефективною, а також дозволить мінімізувати інтенсивність процесів професійного виснаження.
 6. Приділіть увагу структуруванню середовища, у якому ви будете займатися практичною діяльністю, сформууйте необхідний для роботи набір інструментів з позицій його доступності, легкості використання, ефективності. Це можуть бути засоби зовнішньої організації дитини (візуальний розклад, настінний годинник, просторові маркери, таймери тощо), інструменти для проведення сенсомоторного тренування (балансувальне обладнання, гімнастичні обручі, мати та ін.), ігри та методики для когнітивного тренування (бланки за варіаціями таблиць Шульте, Шульте-Горбова та коректурних проб, різнокольорові фішки тощо).
 7. Приділяйте увагу організації взаємодії з батьками дитини, проведенню психоедукаційної та тренувальної роботи. Пам'ятайте про необхідність надання психологічної підтримки при вирішенні конфліктних ситуацій між батьками та дитиною, стабілізації емоційного стану батьків.

Для вже практикуючих фахівців та майбутніх психологів ми також розробили настанови щодо психопрофілактики професійного вигорання при роботі із РДУГ у дитячому віці:

- використовуйте навички тайм-менеджменту та алгоритмізуйте власну роботу – створюйте покроковий план при роботі з дитиною та її батьками з опорою на заздалегідь встановлені цілі;
- за можливості не перевищуйте кількості годин практичної роботи відповідно до стандартів КЗпП – це дозволить не перевантажувати себе, знайти час для відпочинку та підвищення власної кваліфікації;
- регулярно відвідуйте супервізії та курси з підвищення кваліфікації – це дозволить вам бути конкурентоспроможним професіоналом, досягти більшого ступеня ефективності у своїй роботі;
- розробляйте, апробуйте та впроваджуйте власні програми та інструменти корекційно-розвивальної та консультативної роботи.

Було розроблено методичні рекомендації для педагогів, що у своїй практиці займаються організацією процесу навчання дітей з РДУГ:

- використовуйте навички тайм-менеджменту та засоби зовнішньої організації поведінки дитини при проведенні навчальної роботи, враховуйте необхідність перерозподілу навчальних навантажень та необхідність перерв при засвоєнні навчального матеріалу;
- концентруйте увагу на позитивних аспектах навчального процесу дитини, орієнтуйтеся на її індивідуальні досягнення, а не на загальні стандарти поведінкової організації та навчальної динаміки, що є притаманними для дітей відповідної вікової групи;
- створюйте систему символічних заохочень, спрямованих на підкреслення позитивної динаміки, що демонструє дитина, та підвищення рівня її навчальної мотивації;
- дізнавайтеся про досвід організації індивідуального та групового процесу навчання дітей з РДУГ у своїх колег та за кордоном, вивчайте професійну літературу та наукові видання, що висвітлюють особливості організації педагогічного процесу в дітей з порушеннями уваги, гіперактивністю та імпульсивністю;

- приділіть увагу вивченню особливостей та причин тих чи інших труднощів, що спостерігаються в дітей з РДУГ, опануйте нові прийоми викладання та педагогічної організації поведінки дитини;
- приділяйте увагу відпочинку та відновленню власних особистісних ресурсів, не перевантажуйте себе додатковими годинами практичної діяльності.

Запропоновані рекомендації дозволять фахівцям різного профілю та студентам краще підготуватися до організації роботи з дітьми із РДУГ, зробити процес навчання та психологічного супроводу більш екологічним та дієвим, покращити його динаміку та враховувати необхідність підтримки власного рівня працездатності при організації довгострокової роботи.

Перспективи подальших наукових досліджень ми вбачаємо в чотирьох напрямках:

- 1) теоретично та емпірично дослідити динаміку подальшого розвитку дітей з РДУГ у контексті впливу різних груп чинників;
- 2) дослідити особливості зв'язку між емоційним станом батьків та особливостями розвитку дітей з РДУГ у контексті гендерних відмінностей;
- 3) дослідити особливості впливу інформаційного простору на динаміку розвитку дітей із РДУГ;
- 4) трансформувати навчальні програми для майбутніх психологів з орієнтацією на їх подальшу практичну діяльність з консультування сімей, що виховують дітей з РДУГ, та проведення індивідуальних та групових занять для дітей.

Висновки до розділу 3

Аналіз наукових досліджень, присвячених вивченню програми психологічного супроводу дітей з РДУГ, узагальнення найбільш досягнень практики, а також результатів проведеного формувального експерименту, дозволяють зробити такі висновки:

1. Розроблено та апробовано програму психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ з метою позитивного розвитку та нормалізації стану дітей через урахування та зміни специфічних особливостей розвитку, які можуть бути пов'язані з посиленням проявів цього розладу. Програма передбачала поетапну та системну роботу, яка охоплювала різні групи та підгрупи учасників, а саме, дітей та їх батьків, яких було розподілено за підгрупами з урахуванням домінантних проявів РДУГ.
2. Визначені етапи психологічної роботи (діагностично-підготовчий, корекційно-розвивальний, закріплювально-підтримувальний), що мають сформульовану мету, специфічні завдання, форми та стратегії, використовувані техніки та методи, передбачувані результати та критерії ефективності. На першому діагностично-підготовчому етапі було використано емпіричні дані дітей з РДУГ, з якими було проведене повне обстеження для їх подальшої участі в програмі психологічного супроводу. На корекційно-розвивальному етапі здійснено безпосередній вплив на експериментальну групу, який реалізовано за заздалегідь розробленим алгоритмом, стратегією та методом роботи. На цьому етапі при організації роботи взято за основу авторську модель зв'язків проявів РДУГ з особливостями розвитку дитини, що передбачала розподіл дітей та їх батьків за чотирма підгрупами та урахування нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей у кожній з підгруп. На останньому закріплювально-підтримувальному етапі проведено заходи із закріплення отриманих позитивних змін, проведено оцінку їх значущості, розроблено методи подальшого моніторингу, проведено заходи з подальшої підтримки батьків та профілактики рецидивів.

3. Для оцінки результатів проведено повторне обстеження дітей з використанням опитувальника Вандербільта, а також повторний аналіз особливостей взаємодії між батьками та дітьми, проведений за допомогою опитувальника ОДБЕВ О. Захарової. Для аналізу отриманих даних було використано Т-критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Можна відзначити, що для кожної з підгруп дітей з РДУГ програма психологічного супроводу виявилася ефективною та привела до зниження основних проявів цього розладу, що були визначені як домінантні в кожній підгрупі. Окрім того, виявлено підвищення показників за опитувальником ОБДЕВ для батьків дітей. Зокрема, у батьків дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності після реалізації заходів програми психологічного супроводу було виявлено підвищення показників за субшкалами «Здатність сприймати стан дитини», «Розуміння причин стану», «Ставлення до себе як до батька чи матері» та «Вміння впливати на стан дитини». У батьків дітей з домінантним дефіцитом уваги було виявлено підвищення показників за субшкалами «Почуття, що виникають у матері при взаємодії з дитиною», «Переважаючий емоційний фон взаємодії», «Безумовне прийняття», «Надання емоційної підтримки» та «Орієнтація на стан дитини при побудові взаємодії». Батьки дітей з комбінованою формою РДУГ продемонстрували підвищення показників за субшкалами «Надання емоційної підтримки», «Здатність до співпереживання» та «Розуміння причин стану». У батьків дітей з проблемами соціальної адаптації було виявлено підвищення показників за субшкалами «Безумовне прийняття», «Розуміння причин стану», «Вміння впливати на стан дитини» та «Здатність сприймати стан дитини». Отже, розроблена програма психологічного супроводу дітей з РДУГ молодшого шкільного віку апробована та перевірена на ефективність і корисність проведеної психологічної роботи.
4. Для посилення позитивної динаміки розвитку, зменшення інтенсивності основних симптомів та нормалізації стану дітей молодшого шкільного віку з РДУГ перевагу віддано психокорекційним заходам, у яких беруть участь і самі діти, і їх батьки. Для надання системної допомоги дітям з РДУГ виокремлені

основні блоки, що містять можливі заходи з огляду на специфічні особливості їх розвитку. Заходи та методи щодо роботи з проявами РДУГ у дитячому віці доповнено рекомендаціями для психологів та педагогів. Отже, отримані результати та рекомендації є важливими для роботи психологів та педагогів, оскільки мають практичне застосування до виявлення, корекції та нормалізації стану дітей молодшого шкільного віку з РДУГ та тих індивідуальних особливостей розвитку, що можуть бути з ним пов'язані.

Список використаних джерел у розділі 3

1. Ахмедов, Т. (2005). *Практична психотерапія: навіювання, гіпноз, медитація*, (447). Харьков: Торсинг.
2. Березка, С. В., & Решетняк, С. Ю. (2018). Особливості психологічного супроводу дошкільників з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Young Scientist*, 10.1(62.1), 83–86.
3. Бублай-Сланкіна, Л. (2016). Корекція гіперактивності розумово відсталих дітей шкільного віку засобами ЛФК та аутагенного тренування. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, 5(59), 412–418.
4. Васильєва, Н.В. (2020). Моделювання інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. Електронний навчально-методичний кейс. Н.В. Васильєва (Упоряд.). Полтава : ПОІППО.
5. Волянчук, Н. Ю. (2006). *Психологія професійного становлення тренера: монографія*, (с. 444). Луцьк.
6. Дьоміна, Г. А., Вишняк, О. О., & Жданова, А. А., (2024). Адаптація дітей з особливими освітніми потребами до навчального процесу в початковій школі: виклики та стратегії підтримки. *Наукові перспективи (серія «Психологія»)*, 1(43), 771–781.
7. Дьоміна, Г. А. (2024). Сприяння психосоціальному розвитку дітей з особливими потребами через освіту. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (1), 45–51.
8. Ілляшенко Т. (2017). Гіперактивна дитина. Психологічний супровід у навчальному закладі / Т. Ілляшенко; упоряд. Т.Червонна. – Київ: «Вид. Група «Шкільний світ», 88 с
9. Максимова, Н. Ю., Милютіна, Е. Л., & Пискун, В. М. (1999). *Основы детской патопсихологии: Учебное пособие*, (432). К.: НППЦ Перспектива.
10. Мастюкова, Е., & Моськовкіна, А. (2003). Сімейне виховання дітей з відхиленнями в розвитку (Навчальний посібник для студентів вищих

- навчальних закладів). Режим доступу: <http://socio.125mb.com/mastyukova-moskovkina-semeynoe-vospitanie-26935.html>
11. Мозгова, Г. П. (2024). Теоретичний аналіз зв'язків РДУГ із позитивними аспектами розвитку. *Перспективи та інновації науки (серія «Психологія»)*, 4(38), 955–964.
 12. Мозгова, Г. П. (2024). Скафолдінг та неструктурова гра, як метод корекції РДУГ у дитячому віці: огляд досліджень. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*, 1(108), 119–131.
 13. Мушкевич, М. І. (2011). Поняття супроводу в сучасній психологічній науці. *Проблеми загальної та педагогічної психології*, (13), 287–294.
 14. Панка, В. Г., Цушко, І. І. (ред.). [(2005). *Науково-методичні засади діяльності психологічної служби: навчально-методичний посібник*, (Т. 1), 328. К.: Ніка-Центр.
 15. Панок, В. Г. (2012). *Психологічна служба: навчально-методичний посібник для студентів і викладачів*, (с. 488). Кам'янець-Подільський: ТОВ Друкарня Рута.
 16. Панок, В., Титаренко, Т., Чепелева, Н. (1999). *Основи практичної психології: підручник*, (с. 536). К.: Либідь.
 17. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV (2006, 06.10.05). *Відомості Верховної Ради України*, (2–3), 36.
 18. *Психолого-педагогічний супровід і підтримка в умовах модернізації освітньо-виховного простору*. <http://osvita.ua/school/upbring/1334>
 19. Руденко, Л. М. (2024). Теоретико-порівняльний аналіз ступеня ефективності немедикаментозних методів терапії для дітей із РДУГ. *Габітус*. (59), 292–296.
 20. Соколова Г., Колбіна Л. (2021). Особливості соціальної адаптації дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами в інклюзивному освітньому середовищі. *Іноваційна педагогіка : науковий журнал*. Одеса : Гельветика, № 41 (1). С. 73–79.
 21. Суковський Є. Г. (2008). Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: *порадник для батьків* / Є.Суковський. – Львів: Колесо, 144с.

22. Сухіна І.В. (2017). Стратегії психологічної допомоги учням з ГРДУ в умовах інклюзивного навчання / І.В. Сухіна // Теорія і практика спеціальної педагогіки та психології: Збірник наукових праць: до 100-річчя від дня народження професора І.Г.Єременка.-Вип. 9 /За ред. О.В. Чеботарьової, І.В.Гладченко. – К.: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, С.209-215.
23. Ферт О.Г. (2009). Організація середовища в класній кімнаті та ефективної роботи під час навчання дітей з ГРДУ. – К.:Дефектологія, №3 (53).
24. Fisher, A. G., Murray, E. A., & Bundy, A. C. (2017). *Sensory integration: Theory and practice*. (768 p.) F.A. Davis Company, Philadelphia, Pa.
25. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4), 886. Washington, DC: Author,
26. Ramsay, D. S., & Woods, S. C. (2014). Clarifying the Roles of Homeostasis and Allostasis in Physiological Regulation. *Psychological review*, (pp. 225–247).
27. Healey, D., & Rucklidge, J. J. (2006). An Investigation into the Relationship Among ADHD Symptomatology, Creativity, and Neuropsychological Functioning in Children. *A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, (12), 421–438.
28. Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, (5), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
29. Fiks, A. G., Ross, M. E., Mayne, S. L., Song, L., Liu, W., Steffes J. et al. (2016). Preschool ADHD diagnosis and stimulant use before and after the 2011 AAP practice guideline. *Pediatrics*. 138(6), e20162025.
30. Gardner, D. M., Gerdes, A. C., & Weinberger, K. (2015). Examination of a parent-assisted, friendship-building program for adolescents with ADHD. *Journal of attention disorders*, (pp. 363–373).
31. Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbidity. *World journal of clinical cases*, (7), 2420. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>

32. Hiscock, H., Sciberras, E., Mensah, F., Gerner, B., Efron, D., Khano, S. et al. (2015). Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: Randomised controlled trial. *BMJ*, (h68).
33. Inerney, S. (2018). Introducing the Biopsychosocial Model for Good Medicine and Good Doctors. *BMJ*, (324), 1533.
34. Keshavarzi, Z., Bajoghli, H., Mohamadi, M. R., Salmanian, M., Kirov, R., Gerber, M. et al. (2014). In a randomized case-control trial with 10-years olds suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) sleep and psychological functioning improved during a 12-week sleep-training program. *The world journal of biological psychiatry*, (pp. 609–619).
35. Knyazev, V. (2020) The Peculiarities Of Mental Development In Preschool Children With Attentive Deficiency Syndrome With Hyperactivity. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 2(1), 14–24.
36. Cherkasova, M., Sulla, E., Dalena, K., Pondé, M., & Hechtman, L. (2013). Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (pp. 47–54).
37. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, (pp. 942–948).
38. Schmiedeler, S. (2015). Mindfulness based intervention in attention-deficit-/hyperactive disorder (ADHD). *Z Kinder Jugendpsychiat Psychother*, (pp. 123–1310).
39. Shrestha, M., Lautenschleger, J., & Soares, N. (2020). Non-pharmacologic management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Translational pediatrics*, 9(1), S114.
<https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.01>

ВИСНОВКИ

У ході дисертаційного дослідження здійснено теоретичний аналіз клінічної та психолого-педагогічної літератури щодо суті та стану розробленості проблеми РДУГ у дітей молодшого шкільного віку; визначено основні прояви, характеристики, структурні особливості та критерії проявів РДУГ, визначено біологічні, соціально-психологічні та нейропсихологічні чинники цього порушення; виокремлено чотири підгрупи дітей з РДУГ: з домінантним дефіцитом уваги та гіперактивністю, з домінантними порушеннями уваги, із комбінованою формою та проблемами соціальної адаптації; розроблена авторська концептуальна модель РДУГ у дітей молодшого шкільного віку; у межах авторської концептуальної моделі виокремлено та надано опис трьох груп особливостей розвитку: нейропсихологічних, соціально-психологічних, індивідуально-психологічних; проведено емпіричне дослідження; розроблена, апробована та перевірена на ефективність програма психологічного супроводу дітей з РДУГ молодшого шкільного віку. Основні висновки, що безпосередньо відповідають розглянутим у дисертаційному дослідженні завданням, можна сформулювати так:

1. Аналіз психологічних, педагогічних та клінічних джерел уможливив виявити комплекс основних ознак РДУГ та специфіки їх проявів у дитячому віці. Вивчення сутності РДУГ здійснено з урахуванням хронології розвитку поглядів на цей тип порушення та з урахуванням основних теорій механізмів РДУГ у дитячому віці. Це дозволило надати розширений опис симптомів РДУГ, обґрунтовано високий ступінь поліморфності порушення, його високої коморбідності. Надано опис усіх основних груп чинників, що можуть призвести до появи симптомів РДУГ у дитячому віці. Усі чинники розділено на три групи: біологічні, соціально-психологічні, індивідуально-психологічні. Надано детальний опис суті та специфіки чинників кожної групи.

2. Обґрунтовано необхідність виокремлення особливостей розвитку, що можуть впливати на специфіку перебігу РДУГ у дітей молодшого шкільного віку, та їх розподіл на три основні групи: нейропсихологічні, соціально-психологічні,

індивідуально-психологічні. Надано опис специфіки кожної з виокремлених особливостей розвитку в контексті їх зв'язків із проявами РДУГ.

Обґрунтовано та побудовано концептуальну модель зв'язків особливостей розвитку з проявами РДУГ у дітей молодшого шкільного віку. Визначено її основні положення: нейропсихологічні особливості розвитку (специфіка біоелектричної активності мозку), соціально-психологічні особливості розвитку (мікро- і мезосистеми соціального середовища) та індивідуально-психологічні чинники (особливості самооцінки, психоемоційного стану, специфіка когнітивного розвитку) пов'язані з інтенсивністю основних та супутніх симптомів РДУГ через двобічні зв'язки. Це призводить до неоднорідності та специфічності проявів цього порушення в молодшому шкільному віці.

На базі наукових робіт, що висвітлюють особливості процесу розвитку дітей з РДУГ та надають опис методів профілактики, психокорекції та розвивальних заходів для його нормалізації, обґрунтовано необхідність аналізу та виявлення специфіки зв'язків нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку з різними формами та симптомами РДУГ. Для розуміння специфіки таких зв'язків визначено конкретні аспекти особливостей розвитку та їх показники, які будуть емпірично вивчені, математично обґрунтовані та стануть основою для розробки та апробації програми психологічного супроводу на формувальному етапі дослідження.

3. Під час основного етапу дослідження отримано результати щодо особливостей проявів РДУГ у дітей молодшого шкільного віку. Проведено розподіл дітей на чотири основні підгрупи: діти з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності, діти з домінантним дефіцитом уваги, діти з комбінованою формою РДУГ, діти із проблемами соціальної адаптації. Такий розподіл доповнює запропоновану в DSM-5 класифікацію четвертою підгрупою «діти з проблемами соціальної адаптації». Її виокремлення зумовлено наявністю в дітей з цієї підгрупи діагнозу РДУГ при виявленій низькій інтенсивності основних симптомів порушення та високих показників за шкалою «Соціальна адаптація» опитувальника Вандербільта.

Результати дослідження, які отримано за допомогою обґрунтованих діагностичних методик, було зіставлено з показниками РДУГ у дітей з різних підгруп. Виявлено, що для дітей з домінантними проявами гіперактивності та імпульсивності ознаки незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку є непритаманними. При використанні Н-критерія Краскела-Уолліса було виявлено рівень значущих відмінностей 32,413 ($p \leq 0,01$) для проявів гіперактивності та імпульсивності. Це дає можливість зробити висновки, що діти з різними типами ЕЕГ можуть мати різну схильність до гіперактивності та імпульсивної поведінки. Виявлено, що в підгрупі дітей з домінантними показниками гіперактивності та імпульсивності орієнтація на стан дитини незначно посилює прояви поведінкових проблем дитини, однак цей зв'язок має двобічний характер – імовірно, що діти з більшими проявами порушень поведінки «змушують» батьків враховувати свій емоційний стан при плануванні взаємодії. Самооцінка дітей цієї групи продемонструвала зв'язок з батьківським ставленням, але не з симптомами РДУГ, а з індивідуально-психологічними особливостями дитини. Виявлено, що розуміння причин емоційного стану дитини сприяє її позитивній самооцінці.

Для дітей з домінантними показниками дефіциту уваги виявлено непритаманність дезорганізованих змін біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки. Дефіцит уваги має взаємозв'язок з симптомами імпульсивності, проявами тривожності та депресії, реакціями опозиції, здатністю до довільної концентрації уваги. Орієнтація на емоційний стан дитини в цій підгрупі підсилює тривожно-депресивні прояви. Самооцінка дітей тісно взаємопов'язана із стосунками з батьками. Тілесний контакт, сприймання та розуміння емоційних станів дитини, підтримка і прийняття дитини сприяє підвищенню самооцінки.

У дітей з комбінованою формою РДУГ не виявлено ознак незрілості діенцефально-стовбурових структур головного мозку. У дітей з цієї підгрупи порушення адаптації має значущий взаємозв'язок із дефіцитом уваги, з поведінковими проблемами, імпульсивністю, реакціями опозиції, тривожно-

депресивними проявами. За результатами кореляційного аналізу виявлено, що емоційна підтримка з боку батьків може знизити всі вказані негативні прояви. Імовірно також, що діти з меншими поведінковими розладами легше просять та отримують емоційну підтримку з боку батьків, ніж ті, що регулярно демонструють розлади адаптації, поведінки та протестні реакції. Самооцінка дітей пов'язана з успішністю їх діяльності, також виявлено факт оберненого кореляційного зв'язку між емпатією батьків та самооцінкою дітей.

Для дітей з проблемами соціальної адаптації виявлено непритаманність дезорганізованих змін біоелектричної активності на рівні передніх і задніх відділів кори із залученням структур лімбічної системи та підкірки. Найбільшу кількість кореляційних зв'язків було виявлено для проявів розладів уваги, які пов'язані з імпульсивністю, розладами адаптації, успішністю діяльності та довільною концентрацією і перемиканням уваги. Реакції опозиції в дітей з проблемами соціальної адаптації тісно пов'язані з системою батьківського виховання і зменшуються від того, наскільки батьки здатні до самоприйняття та прийняття дитини, сприйняття та регуляції стану дитини, загальної сприятливої емоційної атмосфери в родині. Самооцінка дітей має обернений зв'язок з емпатією з боку батьків, тривожність зменшується в умовах розуміння батьками емоційних станів дитини, але збільшується в умовах прийняття.

Підсумовуючи та узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновки про неоднорідність та специфічність зв'язків між різними групами особливостей розвитку та показниками РДУГ і в цілому, і в кожній з виокремлених підгруп.

4. Розроблено та апробовано програму психологічного супроводу дітей із РДУГ молодшого шкільного віку із заходами психопрофілактики, психотерапії та психокорекції з метою позитивного розвитку та нормалізації стану дітей через урахування та зміни специфічних особливостей розвитку. Програма передбачала поетапну та системну роботу, яка охоплювала різні групи та підгрупи учасників, а саме, дітей та їх батьків, яких було розподілено за підгрупами з урахуванням домінантних проявів РДУГ.

Визначені етапи психологічної роботи (діагностично-підготовчий, корекційно-розвивальний, закріплювально-підтримувальний) мають сформульовану мету, специфічні завдання, форми та стратегії, використовувані техніки та методи, передбачувані результати та критерії ефективності. На першому діагностично-підготовчому етапі було використано емпіричні дані дітей з РДУГ, з якими було проведено повне обстеження для їх подальшої участі в програмі психологічного супроводу. На корекційно-розвивальному етапі здійснено безпосередній вплив на експериментальну групу, який реалізовано за заздалегідь розробленим алгоритмом, стратегією та методами роботи. При організації роботи взято за основу авторську модель зв'язків проявів РДУГ з особливостями розвитку дитини, що передбачала розподіл дітей та їх батьків за чотирма підгрупами та урахування нейропсихологічних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей розвитку дітей у кожній з підгруп. На останньому закріплювально-підтримувальному етапі було проведено заходи із закріплення отриманих позитивних змін, проведено оцінку їх значущості, розроблено методи подальшого моніторингу, проведено заходи з подальшої підтримки батьків та профілактики рецидивів.

Для оцінки результатів було проведено повторне обстеження дітей за допомогою опитувальника Вандербільта та аналіз особливостей взаємодії між батьками й дітьми з використанням опитувальника ОДБЕВ (О. Захарової). Для обробки даних застосовано Т-критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Результати засвідчили, що програма психологічного супроводу виявилася ефективною для всіх підгруп дітей з РДУГ, сприяючи зниженню домінантних симптомів у кожній з підгруп.

Відзначено покращення за показниками опитувальника ОДБЕВ у батьків. У батьків дітей з гіперактивністю та імпульсивністю виявлено підвищення за субшкалами «Здатність сприймати стан дитини», «Розуміння причин стану», «Ставлення до себе як до батька чи матері» та «Вміння впливати на стан дитини». Батьки дітей з дефіцитом уваги продемонстрували покращення за субшкалами «Почуття у взаємодії з дитиною», «Переважаючий емоційний фон взаємодії»,

«Безумовне прийняття», «Надання емоційної підтримки» та «Орієнтація на стан дитини». У батьків дітей із комбінованою формою РДУГ було відзначено покращення за субшкалами «Надання емоційної підтримки», «Здатність до співпереживання» та «Розуміння причин стану». У батьків дітей із проблемами соціальної адаптації виявлено підвищення за субшкалами «Безумовне прийняття», «Розуміння причин стану», «Вміння впливати на стан дитини» та «Здатність сприймати стан дитини».

Отже, програма психологічного супроводу для дітей молодшого шкільного віку з РДУГ була апробована та визнана ефективною.

Для посилення позитивної динаміки розвитку, зменшення інтенсивності основних симптомів та нормалізації стану дітей молодшого шкільного віку з РДУГ особливу увагу приділено психокорекційним заходам, які залучають і дітей, і їхніх батьків. Для забезпечення системної підтримки дітей з РДУГ визначено основні блоки, що містять заходи, адаптовані до їхніх індивідуальних особливостей. Ці заходи та методи роботи з проявами РДУГ у дітей доповнено рекомендаціями для психологів і педагогів. Отримані результати та рекомендації мають практичну цінність для професіоналів, оскільки сприяють виявленню, корекції та стабілізації стану дітей з РДУГ і пов'язаних з ним особливостей розвитку.

Можливі перспективні напрямки продовження дослідження за темою дисертації можуть полягати в емпіричному дослідженні більшого спектру виокремлених особливостей розвитку в контексті їх зв'язків із проявами РДУГ у дітей з різними формами РДУГ, їх вивченні в контексті процесів індивідуального розвитку для представників інших вікових категорій, розробці та апробації програм психологічного супроводу з урахуванням вікової динаміки зв'язків особливостей розвитку із симптомами РДУГ.

ДОДАТКИ

Додаток 1

ДІАГНОСТИЧНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ВАНДЕРБІЛЬТА ДЛЯ ЗАПОВНЮВАННЯ БАТЬКАМИ

П.І.П. дитини:

Вік дитини:

П.І.П. заповнювача:

Дата заповнення:

Інструкція: оцініть, будь ласка, поведінку дитини за допомогою наданого опитувальника. Під час оцінювання орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців у порівнянні із поведінкою її однолітків.

№	Симптоми	Ніколи	Іноді	Часто	Дуже часто
1.	Нездатна уважно слідкувати за деталями, робить безглузді помилки	0	1	2	3
2.	Має труднощі з виконанням завдань або в ігровій діяльності, яка потребує зосередженої уваги	0	1	2	3
3.	Не слухає, коли до неї звертаються	0	1	2	3
4.	Не закінчує розпочате заняття (ненавмисно і не у зв'язку із низьким інтелектом)	0	1	2	3
5.	Незібрана, неорганізована	0	1	2	3

6.	Уникає, не любить або не хоче погоджуватися виконувати завдання, які вимагають підвищеної уваги і розумової напруги	0	1	2	3
7.	Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо)	0	1	2	3
8.	Легко відволікається на все, що відбувається навколо	0	1	2	3
9.	Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби тощо)	0	1	2	3
10.	Занепокоєно рухає руками або ногами, совається на місці	0	1	2	3
11.	Покидає своє місце в класі або в іншому місці, не може всидіти	0	1	2	3
12.	Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	0	1	2	3
13.	Не може тихо грати, неадекватно галаслива	0	1	2	3
14.	Діє як «заведена», як ніби до неї прироблений «моторчик»	0	1	2	3
15.	Надмірно балакує, без	0	1	2	3

	урахування соціальних обмежень				
16.	Випалює відповіді до того, як завершені питання	0	1	2	3
17.	Не в силах стояти в чергах, чекати своєї черги	0	1	2	3
18.	Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	0	1	2	3
19.	Вступає в конфлікти з дорослими	0	1	2	3
20.	Втрачає самоконтроль, схильна до емоційних «вибухів»	0	1	2	3
21.	Не слухається і відмовляється підкорятися встановленим дорослими правилам	0	1	2	3
22.	Вчиняє наперекір іншим	0	1	2	3
23.	Звинувачує інших у своїх помилках і поведінкових проблемах	0	1	2	3
24.	Прагне домогтися свого, легко «виходить із себе»	0	1	2	3
25.	Зла та дратівлива	0	1	2	3
26.	Не забуває образ, прагне помститися	0	1	2	3
27.	Загрожує і шантажує інших	0	1	2	3
28.	Грубить дорослим і вживає	0	1	2	3

	нецензурні слова				
29.	Обманює, щоб уникнути покарання	0	1	2	3
30.	Пропускає заняття без дозволу	0	1	2	3
31.	Агресивна, забіякувата, схильна до фізичної розправи над тваринами і іншими людьми	0	1	2	3
32.	Навмисно псує свої речі і речі інших	0	1	2	3
33.	Має серйозні поведінкові проступки (крадіжки, напади, винос речей з дому тощо).	0	1	2	3
	Інші поведінкові проступки (вказіть самі при їх наявності)				
34.	Боязка, тривожна	0	1	2	3
35.	Боїться пробувати робити щось нове через страх, що не вийде або зробить помилку	0	1	2	3
36.	Недооцінює себе, відчуває себе гіршою за інших	0	1	2	3
37.	Звинувачує себе, відчуває себе винуватою	0	1	2	3
38.	Відчуває себе непотрібною, скаржиться «ніхто не	0	1	2	3

	любить мене»					
39.	Сумна, нещаслива або пригнічена	0	1	2	3	
40.	Невпевнена, сильно вагається	0	1	2	3	
Успішність		Відмінно	Добре	Задовільно	Іноді труднощі	Великі труднощі
41.	Загальна оцінка успішності в житті	1	2	3	4	5
42.	Читання	1	2	3	4	5
43.	Письмо	1	2	3	4	5
44.	Математика	1	2	3	4	5
45.	Стосунки з батьками	1	2	3	4	5
46.	Стосунки з братами / сестрами	1	2	3	4	5
47.	Стосунки з однолітками	1	2	3	4	5
48.	Участь у групових (командних) іграх	1	2	3	4	5
49.	Самоорганізація	1	2	3	4	5
50.	Виконання вказівок дорослих	1	2	3	4	5

Питання (№)	Субшкали
1–9	Субшкала дефіциту уваги
10–14	Субшкала гіперактивності
15–18	Субшкала імпульсивності
19–26	Субшкала реакцій опозиції (протесту)
27–33	Субшкала інших поведінкових проблем
34–40	Субшкала тривожно-депресивної симптоматики
41– 50	Субшкала соціальної адаптації

ОПИТУВАЛЬНИК ОДБЕВ

*П.І.Б заповнювача:**Вік заповнювача:**П.І.Б дитини:**Вік дитини:**Дата обстеження:***Інструкція**

Шановні батьки!

Оцініть справедливість наступних тверджень, використовуючи п'ятибальну шкалу:

5 – абсолютно вірно; 4 – швидше за все це так; 3 – в деяких випадках вірно; 2 – не зовсім вірно; 1 – абсолютно невірно.

№	Питання	Кількість балів
1.	Я відразу помічаю, коли моя дитина засмучена	
2.	Коли моя дитина ображається, то неможливо зрозуміти, з якої причини	
3.	Коли моїй дитині боляче, мені здається, що я теж відчуваю біль	
4.	Мені часто буває соромно за мою дитину	
5.	Що б не зробила моя дитина, я буду її любити	
6.	Виховання дитини – складна проблема для мене	
7.	Я рідко підвищую голос	
8.	Якщо часто обіймати і цілувати дитину, то можна її розпестити і зіпсувати її характер	

9.	Я часто даю зрозуміти своїй дитині, що вірю в її сили	
10.	Поганий настрій моєї дитини не може бути виправданням її непослуху	
11.	Я легко можу заспокоїти мою дитину	
12.	Почуття моєї дитини для мене загадка	
13.	Я розумію, що моя дитина може грубити, щоб приховати образи	
14.	Часто я не можу розділити радість моєї дитини	
15.	Коли я дивлюся на свою дитину, то відчуваю любов і ніжність, навіть якщо вона «погано поводить»	
16.	Я багато хотів (ла) би змінити у своїй дитині	
17.	Мені подобається бути матір'ю (батьком)	
18.	Моя дитина рідко спокійно реагує на мої вимоги	
19.	Я часто гладжу мою дитину по голові	
20.	Якщо у дитини щось не виходить, вона повинна впоратися з цим самостійно	
21.	Я чекаю поки дитина заспокоїться, щоб пояснити їй, що вона не права	
22.	Якщо моя дитина розбалували, я вже не можу його зупинити	
23.	Я відчуваю ставлення моєї дитини до інших людей	
24.	Часто я не можу зрозуміти, чому плаче моя дитина	
25.	Мій настрій часто залежить від настрою моєї дитини	

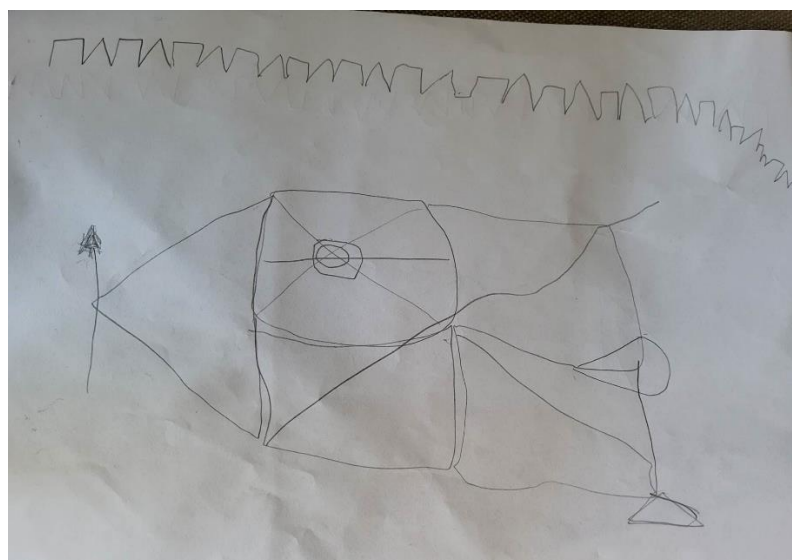
26.	Моя дитина часто робить речі, які сильно мені докучають	
27.	Ніщо не заважає мені любити свою дитину	
28.	Я відчуваю, що завдання виховання занадто складне для мене	
29.	Ми з моєю дитиною приємно проводимо час	
30.	Я відчуваю роздратування, коли дитина буквально «липне» до мене	
31.	Я часто кажу дитині, що високо ціную її старання і досягнення	
32.	Навіть коли дитина втомилася, вона повинна довести розпочату справу до кінця	
33.	У мене виходить налаштувати дитину на серйозні заняття	
34.	Часто моя дитина здається мені байдужою, і я не можу зрозуміти, що вона відчуває	
35.	Я завжди розумію, чому моя дитина засмучена	
36.	Коли у мене гарний настрій, капризи дитини не можуть зіпсувати його	
37.	Я відчуваю, що моя дитина любить мене	
38.	Мене пригнічує, що моя дитина росте зовсім не такою, якою мені хотілося б	
39.	Я вірю, що можу впоратися з більшістю ситуацій і проблем у вихованні моєї дитини	
40.	Часто у нас з дитиною виникає взаємне невдоволення	
41.	Мені часто хочеться взяти дитину на руки	
42.	Я не заохочую дрібні успіхи дитини. Це може її розпестити	

43.	Марно вимагати щось від дитини, коли вона втомилася	
44.	Я не можу змінити поганий настрій дитини	
45.	Досить тільки подивитися на дитину, щоб відчувати її настрій	
46.	Часто радість дитини здається мені безпричинною	
47.	Я легко “заражаюся” веселощами моєї дитини	
48.	Я дуже втомлююся від спілкування зі своєю дитиною	
49.	Я багато прощаю своїй дитині через любов до неї	
50.	Я знаходжу, що я набагато менше здатна добре піклуватися про свою дитину, ніж я очікував (ла)	
51.	У мене часто виникають спокійні, теплі стосунки з моєю дитиною	
52.	Я рідко саджу дитину до себе на коліна	
53.	Я часто хвалю свою дитину	
54.	Я ніколи не порушую розпорядок дня своєї дитини	
55.	Коли моя дитина втомилася, я можу переключити її на більш спокійне заняття	
56.	Мені важко зрозуміти бажання моєї дитини	
57.	Я легко можу здогадатися, що турбує мою дитину	
58.	Іноді я не розумію, як дитина може засмучуватися через такі дрібниці	
59.	Я отримую задоволення від спілкування із своєю дитиною	

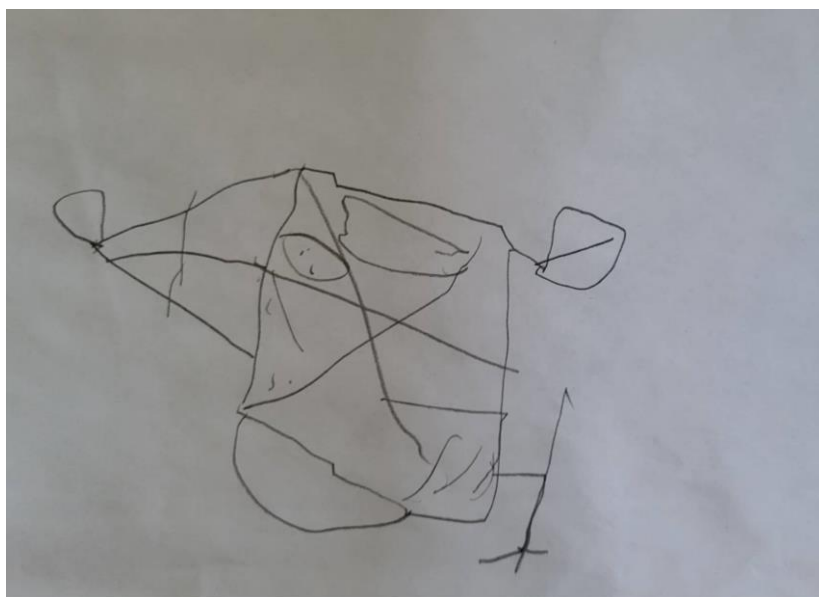
60.	Не завжди легко прийняти мою дитину такою, якою вона є	
61.	Мені вдається навчити дитину, що і як робити	
62.	Наші заняття з дитиною часто закінчуються сваркою	
63.	Моя дитина любить до мене притискатися	
64.	Я часто буваю суворої (суворим) зі своєю дитиною	
65.	Краще відмовитися від відвідування гостей, коли дитина «не в дусі»	
66.	Коли дитина засмучена і їй важко заспокоїтися, мені буває важко допомогти їй	

ПРИКЛАДИ ВИКОНАННЯ ЗАВДАННЯ НА КОПІЮВАННЯ СКЛАДНОЇ ФІГУРИ ДІТЬМИ З РДУГ З РІЗНИХ ПІДГРУП

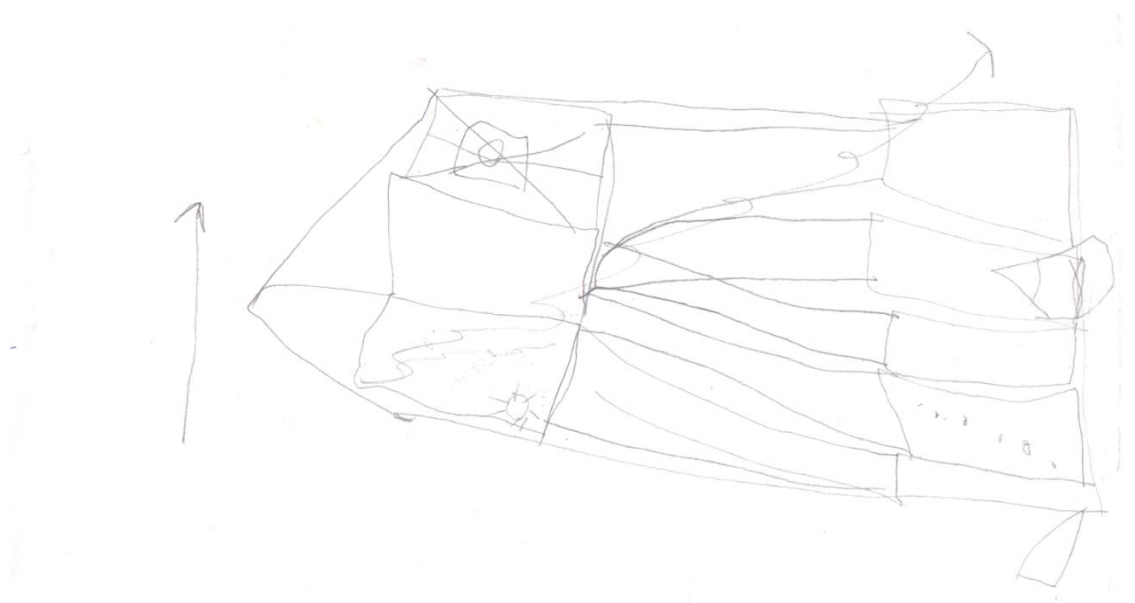
1. Приклад виконання завдання дитиною 8 років з домінуючим дефіцитом уваги



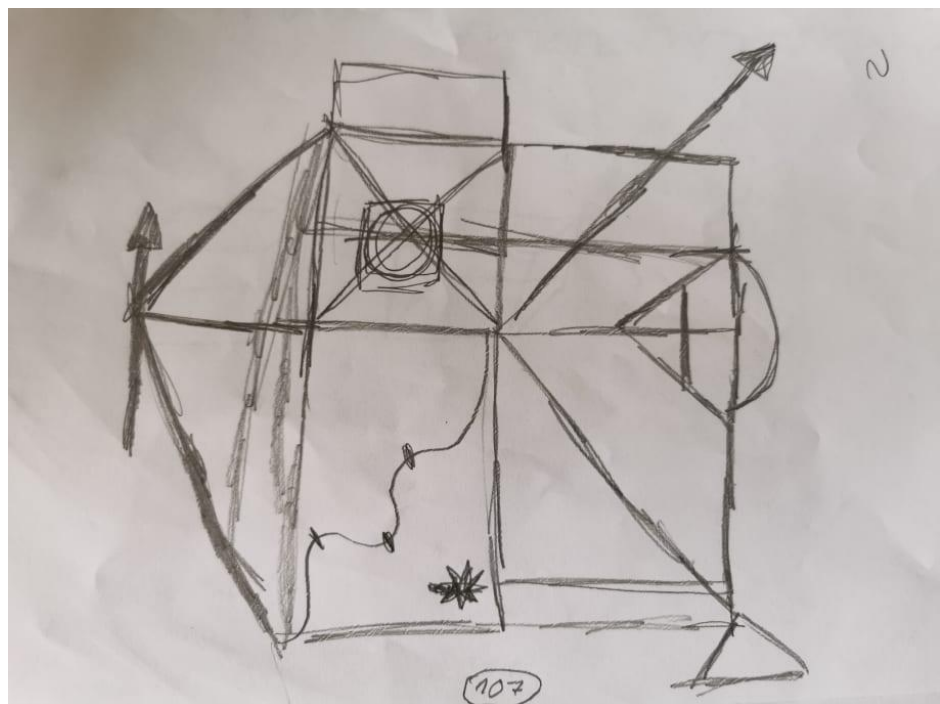
2. Приклад виконання завдання дитиною 7,5 років із домінуючими показниками імпульсивності та гіперактивності



3. Приклад виконання завдання дитиною 8,5 років із комбінованою формою РДУГ



4. Приклад виконання завдання дитиною 9 років з діагнозом РДУГ та проблемами соціальної адаптації



**ЩОДЕННИК ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ ДЛЯ НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ
БАТЬКАМИ ДИТИНИ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ
ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ**

Зміни/події:

Домашня програма:

Успіхи:

Харчування:

Медикаменти/лікувальні процедури:

Здоров'я:

Сім'я:

Поведінка:

Нотатки:

Відповідальна особа:

ПРИКЛАДИ АВТОРСЬКИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПОШИРЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ВІДНОСНО РДУГ СЕРЕД БАТЬКІВ ДІТЕЙ



РДУГ

РОЗЛАД ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

 **ПРИ РДУГ У ДИТИНИ МОЖЕ СПОСТЕРІГАТИСЯ:**

1. Порушення уваги

- не доводить справи до кінця;
- не завжди звертає увагу на те, що їй говорять;
- легко відволікається;
- труднощі з перемиканням на інший вид діяльності;
- пропускає букви і слова в тексті, неточно виконує завдання;
- часто втрачає іграшки та особисті речі.

2. Підвищена рухова активність

- не може довго всидіти на місці (сховається, розгойдується на стільці, встає зі свого місця);
- надмірна балакучість і галасливість;

3. Імпульсивність

- починає виконувати завдання, не дослухавши інструкцію;
- складності з плануванням своїх дій;
- не контролює свої емоції й поведінкові реакції (крики, спалахи гніву, імпульсивні дії з метою отримання бажаного);
- перебиває, не дослухавши до кінця;
- труднощі з утриманням кордонів під час спілкування.

 **ПРИ РДУГ НЕ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ:**

- відсутність потреби у спілкуванні;
- розпад вже сформованих психічних процесів і функцій;
- прояви симптомів тільки у окремих місцях та ситуаціях;
- нападоподібні прояви симптомів.

 **ВАЖЛИВО ПАМ'ЯТАТИ!**

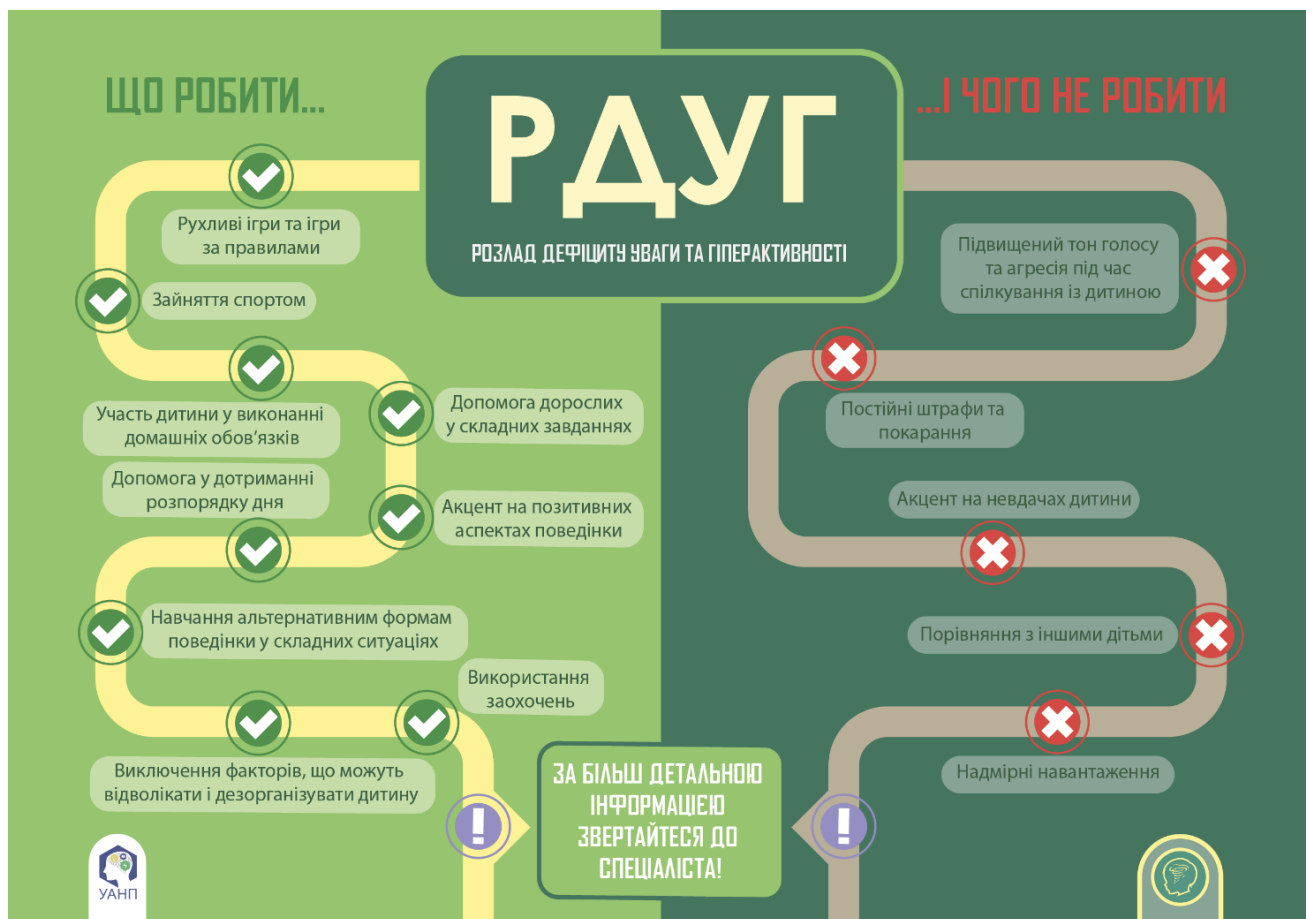
- діагноз РДУГ може поставити лікар після обстеження дитини;
- психолог, дефектолог або логопед не можуть поставити діагноз РДУГ, але можуть провести діагностику та запропонувати напрямки і методи корекції;

- батьки можуть допомогти дитині краще контролювати свою поведінку, надаючи допомогу в складних ситуаціях, використовуючи заохочення, навчаючи дитину стратегіям самопомогти.



ДИТИНІ ПОТРІБНІ ВАША ЛЮБОВ ТА ПІДТРИМКА!

 УАНП



ПРИКЛАД КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

Загальні відомості про дитину	
І. П. дитини:	А. М.
Вік дитини:	8 років
Діагноз (у разі наявності):	РДУГ
Навчальний заклад (якщо відвідує):	навчається у 3 класі загальноосвітньої школи
Відповідальна особа:	мама дитини
Причини звернення	
Скарги:	не може всидіти під час уроків, часто відволікається
Запит:	проведення курсу корекційно-розвивальної роботи з метою покращення уваги та самоконтролю
Сильні сторони у розвитку	
1. Інтерес до взаємодії. 2. Інтерес до ігрової діяльності. 3. Зорове сприйняття та пам'ять.	
Рамка корекції	
Мішені корекції (на що буде спрямовано корекційне втручання)	
1. Довільна регуляція діяльності 2. Критичність та контроль поведінки 3. Програмування діяльності 4. Короткострокова пам'ять 5. Емоційне сприйняття	
Цілі корекції (бажані результати)	
1. Сидить за столом без допомоги дорослого 20–30 хвилин 2. Регулює свою діяльність, орієнтуючись на вимоги дорослого 3. Промовляє інструкції до вправ та завдань 4. Промовляє свої дії у процесі виконання завдання 5. Планує заняття 6. Самостійно складає розпорядок дня 7. Інструктує дорослого/інших дітей під час спільної гри	

8. Самостійно планує та виконує завдання 9. Самостійно виконує послідовність із 5–7 дій 10. Знає та називає базові емоції 11. Знає та називає свої емоції в контексті побутових ситуацій 12. Самостійно застосовує стратегії самокорекції 13. Дає критичну оцінку діям дорослого та персонажів в історіях/казках на прохання дорослого 14. Аналізує та критично оцінює власні дії за бальною системою
Стратегії корекційної роботи
Організація часу: використання часових маркерів (візуальних розклад, таймер, настінні годинники)
Організація простору: зонування, структурування середовища
Стратегії взаємодії із дитиною: поведінкова та емоційна підтримка, надання зворотного зв'язку
Загальні рекомендації
<i>У режим дня бажано включати наступні процедури (перша половина дня, загальна тривалість – до 15 хвилин):</i> ► Контрастний душ Тривалість: 1 хвилина Однією з процедур, яку слід включити до порядку денного, є контрастний душ. Перепад температур не повинен бути надто інтенсивним, але повинен бути досить чутливим. На початковому етапі бажано запропонувати дитині самостійно обрати температуру холодної та гарячої води. Виконання процедури передбачає близько 8-10 підходів (перепадів температури води). ► Розтирання Тривалість: 1 хвилина Розтиратися слід відразу після душу. Бажано виконувати розтирання щільним рушником. Особливий акцент слід зробити на ділянці рук, ніг, задній частині шиї, ділянці голови. 3. Виконання комплексу вправ ► Простий комплекс розминки (зарядка) ► Тривалість: 5–7 хвилин Виконує розминку для шиї та голови (повороти, нахили), рук (махи руками в одну і в різні боки), кистей, тазу, стоп. Сюди слід віднести прості нахили, повороти корпусу, а також прості розтяжки.

Розтяжки (по 7–10 повторень):

► Кобра

Тривалість: 1-2 хвилини

Розташуйте долоні під плечима, спрямуйте кисті пальцями вперед. Круговим рухом відведіть плечі назад, опустіть їх та зведіть лопатки. Підняти корпус над підлогою, спрямувати його вгору і вперед. Стегна та ноги зафіксовані на підлозі. Вигніть спину, після цього поверніть голову і подивіться на п'ятку правої, а потім лівої ноги (фіксуйтеся по 8-10 секунд). Намагайтеся використовувати руки мінімально – лише щоб підтримувати корпус у потрібному положенні.

► Човен

Тривалість: 1–2 хвилини

Початкова позиція: лежачи на спині. Ноги щільно зведені разом так, щоб шкарпетки та п'яти стикалися один з одним. Руки прямі та щільно притиснуті до тулуба.

Починаємо діафрагмальне дихання: на вдиху живіт втягується, але в видиху випинається вперед. Тепер ноги піднімаємо нагору приблизно на 40-50 см. Спина, руки і голова піднімається на таку ж висоту.

Опорою тут служать сідниці та частково поперек. У такому положенні дихання затримуємо на 8–10 секунд. Повільно робимо видих і повертаємось у вихідну позицію.

► Зворотний човен

Тривалість: 1–2 хвилини

Вихідна позиція: лежачи на животі. Руки витягнуті вперед. Долоні спрямовані вниз. Ноги прямі, витягнуті шкарпетки.

Одночасно здійснюємо такі рухи: піднімаємо верхню частину тулуба та ноги на максимально комфортну висоту. Опорою служить ділянка таза та живота. Затримуємо дихання на 10 секунд і починаємо розтягувати тіло від долонь до стоп у протилежні боки. Повільно видихаємо та опускаємося у стартове положення.

► Кішка

Тривалість: 1–2 хвилини

Вихідне положення: встаньте на карачки, розташуйте долоні на ширину плечей. Руки мають бути випрямлені, а ноги зігнуті під прямим кутом. Пальці мають дивитися вперед. Розподіліть рівномірно вагу тіла між руками та ногами.

На вдиху злегка прогніть у поперек, а груди виведіть вперед. На видиху повільно округляйте поперек та грудний відділ хребта. Відчуйте, як лопатки розходяться убік. Спина має розтягнутися. Погляд спрямуйте в пупок.

На вдиху акуратно поверніться у вихідне положення.

На видиху знову округліть спину, тягніть хребет нагору.

На вдиху акуратно поверніться у вихідне положення.

Усі рухи мають бути плавними, а дихання – рівним. «Округлення» йдуть на видиху, а «прогин» - на вдиху.

► *Завершуйте комплекс вправою на діафрагмальне дихання (на даному етапі не застосовуємо)*

Початкове положення: лежачи на спині

Тривалість: до 5 підходів (по 10–12 повторень кожен)

Дихання має включати чотири рівні за часом етапи: «вдих – затримка – видих – затримка». Спочатку кожен із них може становити 2–3 сек. із поступовим збільшенням до 7 сек. Бажано вголос відраховувати часові інтервали та кількість повторень, з поступовим переходом до самостійного виконання вправ дитиною.

Правильне дихання – це повільне, глибоке, діафрагмальне дихання (при якому легені заповнюються від нижніх відділів до верхніх), що складається з наступних чотирьох етапів:

1. Вдих:

- розпустити м'язи живота, почати вдих, опустити діафрагму вниз, висуваючи живіт уперед;
- наповнити середню частину легень, розширюючи грудну клітку за допомогою міжреберних м'язів;
- підняти груднину та ключиці, наповнити повітрям верхівки легень.

2. Пауза.

3. Видих:

підняти діафрагму вгору та втягнути живіт;

опустити ребра, використовуючи групу міжреберних м'язів;

опустити груднину та ключиці, випускаючи повітря з верхівок легень.

4. Пауза.

Відпрацювання дихальних вправ найкраще починати зі стадії видиху, після чого, почекавши природну паузу і дочекавшись моменту, коли з'явиться бажання вдихнути, зробити приємний, глибокий, без напруження вдих ротом чи носом. Потрібно уважно стежити, щоб рухалася діафрагма і залишалися спокійними плечі.

1. Зробити повний видих, набрати повітря повільно через ніс, стежачи за тим, щоб передня черевна стінка все більше видавалася вперед (набирати повітря вільно, не напружуючись). У цьому діафрагма сплющується, збільшуючи обсяг легень, грудна клітка розширюється. На 2–5 сік. затримати повітря, потім почати видих ротом з підтягуванням черевної стінки; наприкінці видиху опускаються груди. Вдихати та видихати – плавно, уникаючи поштовхів.

2. Праву руку покласти на ділянку руху діафрагми. Зробити видих і, коли з'явиться бажання вдихнути, із закритим ротом зробити глибокий, без напруження вдих носом. Потім пауза (затримати грудну клітку у розширеному стані). Зробити повний видих, повільно та плавно випускаючи повітря через ніс. Пауза. 3. Після видиху почати дихання через ніс, стежачи, чи правильно працюють діафрагма, нижні ребра та м'язи живота, чи спокійні плечі. Витримавши паузу, почати поступовий, плавний вдих через вузький отвір, утворений губами. Запропонуйте уявити дитині, ніби струмінь повітря є продовженням повітряного потоку від діафрагми.
Курс нейропсихологічної корекції
Тривалість курсу: 18 занять
Кількість занять на тиждень: 3
Тривалість занять: 50 хвилин
Відкриті заняття: кожне 5 та останнє у курсі
Корекційні блоки
Загальні зауваження
Корекційні вправи до виконання пропонуються комплексами. Перехід від одного комплексу до іншого відбувається поступово з урахуванням власної динаміки дитини. Час виконання кожної з вправ відводиться з урахуванням зони найближчого та актуального розвитку. У процесі роботи з дитиною необхідно орієнтуватися на принцип скаффолдинга. Навантаження в рамках заняття адаптуються під дитину з урахуванням її енергетичного тону та рівня мотивації. Такі зміни повинні проводитись за кількісною та якісною ознаками для кожної вправи. Кожне заняття має супроводжуватись виконанням спеціальних ритуалів. На початку заняття це можуть бути: - ритуал привітання; - аналіз завдань, які виконувала дитина на попередньому занятті; - підбір вправ та складання плану заняття; - Спільний з дитиною вибір заохочень. У процесі заняття: - дзвонити у дзвінок після виконання завдання; - оцінювання результатів виконання вправи; - викреслення завдання зі списку;

- промовляння інструкцій до нового завдання/гри.

Наприкінці заняття:

- підрахунок загальної кількості завдань, які виконала дитина;
- аналіз успіхів дитини, її емоційних реакцій на занятті;
- ритуал прощання.

Перед початком вправи фахівець докладно пояснює дитині правила виконання. На наступних заняттях дитина промовляє правила разом із психологом перед кожною вправою. У процесі роботи фахівець повинен відстежувати та контролювати кількість підказок, які він надає дитині. Підказки повинні надаватися вчасно, але водночас їх кількість не повинна бути надмірною.

Протягом заняття фахівець варіює навантаження, переводячи дитину з ігрової зони в навчальну та назад. Виконання завдань іншого типу дозволить дитині відновитися та успішніше справлятися з наступними вправами. Час виконання кожної вправи змінюється з урахуванням зони найближчого розвитку, а також індивідуальних переваг дитини.

Перший корекційний блок

В ігровій зоні

1. Уважний м'яч

Мета: розвиток концентрації та обсягу уваги, здатності до довільного перемикавання.

Обладнання: м'яч для фітнесу

Дитині пропонується за командою кидати м'яч психологу. На початковому етапі вправу виконують у повільному темпі. У процесі освоєння вправи темп поступово зростає.

На першому етапі пропонуються три команди:

1. Піднятий вгору палець – дитина кидає м'яч психологу
2. Удар ногою об підлогу – дитина котить м'яч по підлозі
3. Піднятий вгору кулак – дитина кидає м'яч із відскоком від підлоги

Примітка: необхідно промовляти спільно з дитиною її дії у випадку, якщо вона плутає команди.

Зразок: «Зараз я показав кулак. Як треба кинути м'яч?»

2. Вишибали

Мета: розвиток здатності до довільного регулювання діяльності, дотримання кордонів

Обладнання: м'які іграшки (паперові кульки), мотузка

Дорослий розділяє ігровий простір на дві частини за допомогою мотузки. Кожному з гравців видається рівна кількість снарядів (м'яких іграшок/паперових кульок). Після цього

дитині пояснюють, що необхідно кидати снаряди у супротивника і ухилитися від снарядів супротивника. У процесі гри не можна виходити за роздільну межу.

3. Забери своє

Мета: розвиток уваги, довільного регулювання

Обладнання: іграшки, схожі за однією або декількома ознаками (геометрична форма, колір, розмір тощо).

Гравці сідають один навпроти одного. Між ними на підлозі викладаються іграшки. За командою учасники повинні почати забирати собі якнайбільше іграшок (тільки великі, тільки червоні, тільки круглі тощо). Перемагає той, хто збере більше іграшок. За один раз гравець не може брати більше за одну іграшку. Після кожного раунду ознака, за якою відбираються іграшки, змінюється.

4. Сищик

Ціль: розвиток стійкості уваги

Обладнання: ліхтарик, іграшки різного типу

Гра проводиться у затемненому приміщенні. При увімкненому світлі дитина розкидає іграшки по приміщенню. Після цього дорослий вимикає світло. За допомогою ліхтарика дитина повинна знайти всі іграшки та скласти їх у коробку. Після того, як дитина закінчить шукати, потрібно увімкнути світло і подивитися, чи знайдені всі іграшки. Після знаходження всіх іграшок можна повторити гру.

5. Стоп-гра

Мета: розвиток уваги

Дитина переміщається кімнатою. Дорослий лякає один раз – дитина завмирає дома. Двічі – дитина знову починає рухатися. Після кількох повторень команди міняються місцями.

6. Заміни рух

Мета: розвиток довільного регулювання, моторного планування

Дитині пропонується три рухи: удар ногою об підлогу, бавовна в долоні, присідання. Після цього фахівець пояснює, що у відповідь на бавовну дитина має вдарити ногою об підлогу, у відповідь на удар ногою – лягнути у долоні, сісти, коли присідає фахівець.

7. Дзеркало

Мета: розвиток довільного регулювання, моторного планування, просторових уявлень

Гравці стають один навпроти одного. Перший гравець виконує рух, а другий повинен точно його повторити. Усі рухи виконуються з орієнтацією на їхні просторові характеристики. Наприклад, якщо перший гравець підняв праву ногу, другий гравець повинен так само підняти праву ногу. Гра виконується обидві сторони.

8. Черепашині біги

Мета: розвиток довільного регулювання

Дорослий пояснює дитині, що зараз вони перетворяться на черепашок і бігтимуть на перегонки. Але черепахи рухаються дуже повільно, тож у них перемагає той, хто прийшов до фінішу останній. В ігровій зоні відзначаються місце старту та фінішу. Гравці стають на старт і сигналом починають рухатися. Перемагає той, хто прийде до фінішу останній.

9. Ковпак мій трикутний

Мета: розвиток уваги та довільного регулювання

Дорослий пояснює правила гри. Слова у тексті вірша замінюються рухами.

Текст:

Ковпак мій трикутний.

Трикутний мій ковпак.

А якщо не трикутний,

То це не мій ковпак.

Дорослий пропонує дитині повторити вірш разом, вимовляючи його по черзі, слово за словом. Після цього окремі слова замінюються жестами.

1. Замінюємо слово «ковпак» легким ударомо голові, решту слів у тексті вимовляємо;

2. Замінюємо слово «мій» вказівним жестом він, інші слова, крім «ковпак» і «мій», вимовляємо;

3. Замінюємо слово трикутний трикутником, який ми показуємо руками.

Гра можна повторити кілька разів, прискорюючи темп.

10. Діафрагмальне дихання

Мета: розвиток довільного регулювання на соматичному рівні.

Дитина лежить на підлозі. Одна його рука фіксується на грудях, інша на животі для контролю над повнотою дихальних рухів. При виконанні вправи вдих виконується через нос, видих через рот. Вдихи та видихи повинні виконуватися повільно. Видихи дитині пропонується робити голосно («Ніби вітер шумить»). Перед початком виконання вправи дитині пропонується зробити видих.

Дихання виконується у чотири етапи:

1 етап – вдих:

- Розслабити м'язи живота, почати вдих, опустити діафрагму вниз, висуваючи живіт уперед;

-наповнити середню частину легень, розширюючи грудну клітку за допомогою міжреберних м'язів;

-підняти груднину і ключиці, наповнити повітрям верхівки легень.

2 етап – пауза.

3 етап – видих: -підняти діафрагму вгору і втягнути живіт; -опустити ребра, використовуючи групу міжреберних м'язів; -опустити груднину та ключиці, випускаючи повітря з верхівок легень. 4 етап – пауза.
<i>За столом</i> 1. Продовження послідовності Ціль: розвиток моторного планування, стійкості уваги Обладнання: лист формату А4, простий олівець Дорослий зображує на аркуші паперу послідовність чотирьох випадкових символів. Дитині пропонується продовжити послідовність, заповнивши єю весь аркуш. Під час наступного виконання завдання пропонується нова послідовність. У випадках, коли дитині легко утримати послідовність, можна збільшити її розмір до 5-7 елементів. 2. Коректурна проба: Мета: розвиток стійкості та концентрації уваги Обладнання: бланк коректурної проби Дитині пропонується стандартний бланк коректурної проби. У бланку дитині слід зазначити два елементи (один обвести, другий підкреслити). 3. Лабіринт Ціль: розвиток стійкості уваги Обладнання: лист формату А4, кольорові олівці. Дитині пропонується за допомогою олівців намалювати на аркуші кольорові каракулі. Після того, як дитина виконала завдання, дорослий зазначає на каракулях точку входу та точку виходу, пояснюючи дитині, що це лабіринт. Дитині пропонується пройти лабіринт ведучи пальчиком (ручкою) від точки входу до точки виходу. При цьому ручка не повинна зісковзувати з доріжок лабіринту. 4. Числові ряди Мета: розвиток процесів довільного регулювання Обладнання: картки з цифрами Перед дитиною викладаються картки з цифрами від 1 до 20. Після цього їй пропонується виконати такі завдання: 1. Послідовно зрушити всі картки з парними цифрами вгору за прямого рахунку 2. Послідовно зрушити всі картки з непарними цифрами вгору при зворотному рахунку 3. Називати послідовно всі цифри, замінюючи кожен другу цифру вигуком «Ой!»

Другий корекційний блок

Під час виконання завдань другого комплексу необхідно домогтися від дитини самостійного промовлення всіх інструкцій та дій.

В ігровій зоні

1. Уважний м'яч

Додатково: послідовно додаються наступні завдання:

- оплеск в долоні – дитина кидає м'яч та плескає;
- два оплески – дитина не кидає м'яч і чекає наступної команди;
- Дорослий кидає дитині м'яч і називає цифру, а дитина повинна назвати цифру на один більше;
- Дорослий кидає дитині м'яч і називає цифру, а дитина повинна назвати цифру на один менше.

2. Вишибали

Додатково: замість розмежування ігрового простору гравцям пропонується стати всередину обручів. Під час гри не можна виходити за межі обруча.

3. Забери своє

Додатково: іграшки забираються поперемінно правою та лівою руками

4. Сищик

Додатково: дитина повинна збирати предмети за певною ознакою (форма, колір, розмір тощо). Перед початком вправи необхідно обговорити з дитиною іграшки з якими ознаками і в якій послідовності йому потрібно зібрати (спочатку червоні, потім сині тощо).

5. Стоп-гра

Додатково: дитині показують кольорові картки (світлофор). На зелений колір дитина починає рухатися, на червоний – стояти, при пред'явленні помаранчевого – крутиться на місці. Під час гри дитині пропонується представити себе водієм машини, який віддає своїй машині команди вголос. При пред'явленні кольорової картки дитина спочатку повинна дати команду своїй машині, а потім виконати дію.

6. Заміни рух

Додатково: у відповідь на присідання дитина повинна покрутитись навколо своєї осі. Дорослий демонструє дитині за одним рухом. Якщо дитина виконує вправу без помилок, дорослий пропонує їй замінити послідовності з трьох рухів.

7. Дзеркало

Додатково: під час виконання вправи рухи виконуються дзеркально.

8. Черепашині біги

Додатково: за сигналом черепахи перетворюються на зайців і починають швидко рухатися. Варто розпочати з однієї команди на зміну швидкості руху та поступово довести їх кількість до 3–5.

9. Ковпак мій трикутний

Додатково: вказівний жест виконується у бік гравця.

10. Діафрагмальне дихання

Додатково: під час вдихів та видихів дорослий рахує до трьох. Дитина намагається дихати так, щоб їхня тривалість збігалася з рахунком.

За столом

1. Продовження послідовності

Додатково: дитина починає кожен новий ряд із наступного елемента у послідовності.

Приклад:

1234, 1234, 1234, 1234

2134, 2134, 2134, 2134

3214, 3214, 3214, 3214

2. Коректурна проба:

Додатково: після того, як дитина знайшла всі необхідні символи в першому рядку, вона переходить до останнього рядка і шукає їх там. Після цього повертається до початку аркуша та шукає символи у другому рядку зверху тощо.

Примітка: за необхідності кількість символів, які потрібно знайти дитині, можна збільшити до 3–4.

3. Лабіринт

Додатково: фахівець малює перепони на найбільш очевидних шляхах виходу з лабіринту. Дитині пропонується знайти новий шлях.

4. Числові ряди

Додатково: дитині пропонуються два набори карток. Перший із цифрами чорного кольору, другий – червоного. Дитині необхідно виконати всі завдання, працюючи паралельно з двома цифровими рядами.

5. Таблиця Шульте

Мета: розвиток довільної уваги

Обладнання: таблиці Шульте на 20 клітинок, простий олівець

Дитині пропонується послідовно знайти всі цифри у таблиці. Завдання виконується у прямому та у зворотному порядку.

6. Коректор

Мета: розвиток довільної уваги

Обладнання: бланк із двома абзацами тексту Фахівець пропонує дитині знайти та підкреслити у тексті всі слова з двома голосними. Примітка: Розмір тексту можна збільшувати у процесі освоєння дитиною цієї вправи.
Третій корекційний блок
На даному етапі дитина повинна не тільки знати та повторювати правила, а й інструктувати дорослого. Таким чином бере на себе функції дорослого щодо організації та регулювання процесу виконання вправ. <i>В ігровій зоні</i> 1. Уважний м'яч Додатково: дитина виконує п'ять команд, крім цього у процесі гри фахівець гавкає. Дитина має порахувати всі «гавки» і наприкінці вправи назвати їхню загальну кількість. Кількість звуків, які має порахувати дитина, збільшується у процесі освоєння нею вправи. На початкових етапах дитина може вважати звуки вголос, поступово переходячи до внутрішнього рахунку. 2. Вишибали Додатково: для гри беруться менші обручі. 3. Забери своє Додатково: іграшки забираються поперемінно правою та лівою руками, при цьому кожною рукою можна брати лише іграшки з певними ознаками (правою лише червоні, лівою лише маленькі тощо). 4. Сищик Додатково: дитині пояснюють, що на цей раз послідовність, у якій потрібно знайти іграшки, зашифрована. Фахівець розповідає, що у шифруванні кожен знак означає свою протилежність (коло – квадрат, червоний – синій тощо). Після цього дитині пропонується шифрування. 5. Стоп-гра Додатково: дитина міняється місцем із фахівцем. У процесі виконання фахівець робить помилки, дитина повинна їх помітити та відкоригувати. 6. Заміни рух Додатково: дитині пропонується послідовність їх трьох рухів. Дитина повинна повторити всі рухи із заміною, виконуючи рухи від третього до першого (у зворотному порядку). 7. Дзеркало Додатково: дитина чергує правильний та дзеркальний варіант виконання завдання за командою. 8. Черепашині біга

Додатково черепахи рухаються спиною вперед. 9. Ковпак мій трикутний Додатково: жест «ковпак» та жест «трикутний» змінюються місцями. 10. Діафрагмальне дихання Додатково: на вдиху дитина піднімає руки, на видиху опускає. Необхідно домогтися синхронності рухів рук та дихання. Після того, як дитина освоїв цей варіант вправи, фахівець додає рахунок.
<i>За столом</i> 1. Продовж послідовність Додатково: дитина виконує вправу з послідовністю з 4 елементів, кожна нова послідовність починає з винесення вперед нового елемента базового алгоритму Приклад: АБВГ, АБВГ, БАВГ, ВБАГ, ГВБА, АГВБ і т.д. 2. Коректурна проба: Додатково: дитині пропонується шукати символи поперемінно на двох бланках. На першому бланку символи шукаються у вертикальних рядах, у другому – у горизонтальних. 3. Лабіринт Додатково завдання виконує дорослий. Дитина дає йому команди та вказує напрямок. У процесі виконання дорослий повинен робити помилки, виконуючи команди дитини неправильно. Дитина має відстежити та відкоригувати помилки дорослого. 4. Числові ряди Додатково: дитина працює з паралельними числовими рядами у прямій та зворотній послідовностях. При цьому всі парні цифри він замінює на вигук «Ой!», усі цифри з 5 вигуком «Ай!», а всі цифри з «0» на вигук «Ох!». 5. Таблиця Шульте Додатково: дитина шукає цифри із переходом через одиницю. На цьому етапі можна використовувати бланки таблиць «Горбова-Шульте». Якщо дитина легко справляється із завданням, можна запропонувати їй шукати цифри із переходом через 3. 6. Коректор Додатково: дитина шукає слова з двома голосними та слова, які починаються на глухі приголосні (п-, т-, х- і т.д.). Після знаходження першого слова дитина переходить у кінець тексту та шукає слово там, після цього знову повертається до початку тексту. 7. Слухові пастки Мета: розвиток уваги та довільного регулювання

Фахівець читає дитині розповідь. Щоразу, як у оповіданні зустрічається слово, яке закінчується на -а, дитина плескає долонею по коліну. Коли слово закінчується на -і, дитина повинна ляснути в долоні над головою.

8. Асоціативні ряди

Мета: розвиток довільного регулювання, переключення уваги

Дитині пропонується назвати якнайбільше слів на задану тему. Дорослий підраховує кількість слів, які назвала дитина. Після цього дорослий та дитина міняються місцями. Наприкінці гри результати порівнюються.



КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

01033, м. Київ, вул. Володимирська, 64/13

телефон; факс: 380 (44) 521-35-09

e-mail: psy-univ@ukr.net

N

« 28 » березня 2024 р.

ДОВІДКА

про впровадження дисертаційного дослідження здобувача наукового ступеня
доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія» Князева Владислава
Михайловича на тему «Психологічний супровід дітей з проявами розладу
дефіциту уваги та гіперактивністю»

Матеріали дисертаційного дослідження аспіранта кафедри психології
факультету психології Українського державного університету імені Михайла
Драгоманова Князева Владислава Михайловича на тему «Психологічний супровід
дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю», поданої на здобуття
доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за
спеціальністю 053 Психологія, було впроваджено в практику роботи факультету в
процесі викладання наступних навчальних дисциплін:

«Ігрова та біхевіральна психотерапія»,
«Сучасні технології раннього розвитку та дитяча психотерапія»

Катерина МІЛЮТИНА

доктор психологічних наук, професор
кафедри психології розвитку факультету
психології Київського національного
університету імені Тараса Шевченка

Тел.: +38 044 526 17 93, +380 68 356 49 82
katerinamilutina1963@gmail.com



*Підпис Катерини Милютини завідувача
Зем. сектору 9-го психологічного
Ректор Тараса Шевченка проф. Андрій Максименко*



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА
01601, м. Київ, вул. Пирогова, 9
Телефон 234-11-08

№

10 травня 2024 року

ДОВІДКА

**про впровадження дисертаційного дослідження
Князева Владислава Михайловича на здобуття
наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія»
на тему «Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги
та гіперактивності»**

Матеріали дисертаційного дослідження аспіранта кафедри психології факультету психології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова Князева Владислава Михайловича на тему «Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивності», поданої на здобуття доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 «Психологія», було впроваджено в практику роботи кафедри психосоматики та психології здоров'я факультету психології УДУ імені Михайла Драгоманова із студентами спеціальності 053 «Психологія» при підготовці проведення занять із навчальних дисциплін: «Основи нейрофізіології», «Психологія розвитку та формування особистості», «Психологічний супровід особистості в умовах інклюзивної освіти», «Психологія розвитку дітей з психофізичними вадами», «Психологічна допомога дітям з психосоматичними розладами» «Психологія дитячо-батьківських стосунків» та «Психотерапія дітей та підлітків».

Декан факультету психології

Зав. кафедри психосоматики
та психології здоров'я



Булах Ірина Сергіївна

Мозгова Галина Петрівна



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА

01601, м. Київ, вул. Пирогова, 9

Телефон: 234-11-08

E-mail: rector@npu.edu.ua; код ЄДРПОУ 44807628

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ № 4
засідання Вченої ради
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова

від 30 листопада 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про затвердження теми дисертації здобувача ступеня вищої освіти доктора філософії Князева В.М. «Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю». Спеціальність 053 Психологія. Науковий керівник – к.псих.н., доцент Зеленін В.В.

УХВАЛИЛИ: Затвердити тему дисертації здобувача ступеня вищої освіти доктора філософії Князева В.М. «Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю». Спеціальність 053 Психологія. Науковий керівник – к.псих.н., доцент Зеленін В.В.

Голова Вченої ради

Учений секретар Вченої ради



В.П. Андрущенко

Л.М. Панченко