

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СДУГ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДИКИ CONNERS-3

FEATURES OF ADHD DIAGNOSTICS IN YOUNGER SCHOOL-AGE CHILDREN USING THE CONNERS-3 METHOD

У статті висвітлюються особливості діагностики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дітей молодшого шкільного віку з використанням стандартизованої методики Conners-3. СДУГ є однією з найпоширеніших форм нейророзвиткових розладів дитячого віку – за даними досліджень Барклі (Barkley), Клівер (Cleaver et al.) його поширеність сягає 5-7 % серед дітей шкільного віку. В Україні на важливості вивчення СДУГ наголошують М. Бойченко, О. Василенко, М. Захарчук, А. Колупаєва, І. Найдя, М. Сварник, Н. Софій, Є. Суковський, В. Годлевська. Поведінкові, емоційні та когнітивні особливості таких дітей зумовлюють складнощі у навчанні й соціальній взаємодії, що підтверджує актуальність дослідження. Метою роботи є визначення специфічних психолого-педагогічних характеристик дітей із СДУГ молодшого шкільного віку та виявлення ключових труднощів у їх навчанні й соціальній адаптації на основі даних Conners-3. Результати дослідження наголошують на наявності у дітей виражених проблем із концентрацією уваги, завершенням завдань, імпульсивністю. Це узгоджується з висновками закордонних і вітчизняних дослідників (Barkley, Cleaver et al., Власенко) та вказує на потребу адаптації освітнього процесу: скорочення тривалості уроків, часті перерви, використання інтерактивних методик, створення підтримувального середовища. Під час аналізу отриманих даних виявлено помітні труднощі у навчальній діяльності, процесах соціальної адаптації та схильність до демонстрації агресивної або провокативної поведінки. Зазначені результати підкреслюють важливість застосування багатокомпонентного підходу до діагностики й корекції СДУГ із обов'язковим залученням фахівців різного профілю – педагогів, психологів і медичних працівників, для надання комплексної й ефективної підтримки дітям із цим розладом.

Ключові слова: діагностика, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), молодший шкільний вік, психодіагностична

методика CONNERS -3, дитина з ООП, психолого-педагогічна підтримка.

This article highlights the features of diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in primary school-aged children using the standardized Conners-3 assessment method. ADHD is one of the most common forms of neurodevelopmental disorders in childhood; according to research by Barkley and Cleaver et al., its prevalence reaches 5-7% among school-aged children. In Ukraine, the importance of studying ADHD is emphasized by M. Boichenko, O. Vasylenko, M. Zakharchuk, A. Kolupaeva, I. Naida, M. Svarnyk, N. Sofiy, Ye. Sukovskiy, and V. Hodlevska. The behavioral, emotional, and cognitive characteristics of these children lead to difficulties in learning and social interaction, which confirms the relevance of this study. The aim of the work is to determine the specific psychological and pedagogical characteristics of primary school-aged children with ADHD and to identify key difficulties in their learning and social adaptation based on Conners-3 data. The research results emphasize that these children exhibit significant problems with attention concentration, task completion, and impulsivity. This aligns with the conclusions of both international and domestic researchers (Barkley, Cleaver et al., Vlasenko) and indicates the need to adapt the educational process. This adaptation should include reducing lesson duration, providing frequent breaks, utilizing interactive methods, and creating a supportive environment. Analysis of the obtained data revealed notable difficulties in learning activities, social adaptation processes, and a tendency to display aggressive or provocative behavior. These findings underscore the importance of applying a multi-component approach to the diagnosis and correction of ADHD, with the mandatory involvement of specialists from various fields – educators, psychologists, and medical professionals – to provide comprehensive and effective support to children with this disorder.

Key words: diagnosis, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), primary school age, psychodiagnostic method CONNERS-3, child with special educational needs (SEN), psychological and pedagogical support.

УДК 376.25-034:159.922.7
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/84.2.9>

Орленко І.М.,
докт. філос. PhD,
доцент кафедри спеціальної та інклюзивної освіти
Державного закладу
«Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»

Постановка проблеми. У сучасному освітньому просторі та суспільстві в цілому ми спостерігаємо зростання кількості дітей, у яких діагностуються нейророзвиткові розлади, зокрема синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). Це не просто статистичний показник, а реальність, яка формує нові виклики для батьків, педагогів та фахівців. Дитина зі СДУГ – це не просто неслухняний або неуважний учень; це дитина, чия нервова система функціонує дещо інакше, ніж у нейротипових однолітків. Це проявляється у стійких труднощах з концентрацією уваги, контролем імпульсів та регуляцією рівня активності, що, в свою чергу, неминуче впливає на всі аспекти її життя:

академічну успішність, соціальну взаємодію, емоційне благополуччя та самооцінку.

В умовах реформування української освіти та впровадження інклюзивного навчання, дослідження щодо виявлення ключових труднощів дітей зі СДУГ набуває особливого значення. Для забезпечення повноцінного включення таких дітей в освітній процес та створення для них адекватних умов навчання і розвитку, необхідно мати чітке розуміння їхніх потреб, сильних сторін та дефіцитів. Методика Conners-3, як один з найбільш надійних та всеохоплюючих інструментів оцінки симптомів СДУГ та супутніх проблем, дозволяє отримати об'єктивну інформацію з різних джерел (батьки,

вчителі), що є критично важливим для формування цілісної картини і розробки індивідуальних планів підтримки.

Таким чином, актуальність нашого дослідження обумовлена поширеністю СДУГ, критичним періодом розвитку (молодший шкільний вік є визначальним для академічної та соціальної адаптації, а неврахування особливостей СДУГ на цьому етапі може мати довготривалі негативні наслідки), коморбідністю розладу, потребами інклюзивної освіти.

Своєчасна діагностика та психолого-педагогічна корекція є ключовими для того, щоб діти зі СДУГ могли розкрити свій потенціал і відчути себе повноцінними учасниками освітнього та соціального життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій підтверджує складність та багатогранність СДУГ, його значний вплив на розвиток дитини та необхідність комплексного підходу до діагностики та корекції. Аналіз наукової літератури свідчить, що СДУГ є об'єктом пильної уваги дослідників з кінця XIX – початку XX століття, хоча термінологія та розуміння природи розладу значно еволюціонували. Ранні роботи зосереджувались на проблемах «моральної недостатності» або «пост-енцефалітичної поведінки», тоді як сучасні підходи базуються на нейробіологічній моделі (Barkley, Biederman) [11; 12]. Дослідження нейробіологічної моделі вказують на дисфункцію певних ділянок мозку, зокрема префронтальної кори, базальних гангліїв та мозочка, які відповідають за виконавчі функції (планування, організація, робоча пам'ять, гальмування реакцій) (Castellanos et al.) [13]. Особлива увага приділяється порушенню функціонування дофамінергічної та норадренергічної систем (Swanson et al.) [12]. Рассел Барклі, один з провідних дослідників СДУГ, розглядає СДУГ як розлад поведінкового гальмування, що призводить до дефіциту інших виконавчих функцій (невербальна робоча пам'ять, вербальна робоча пам'ять, саморегуляція афекту/мотивації/рівня збудження, реконструкція/аналіз). Його модель є однією з найбільш впливових у розумінні клінічних проявів СДУГ. Численні дослідження підтверджують високу спадковість СДУГ (до 70-80%), що вказує на значну роль генетичних факторів (Faraone et al.) [12]. Вивчаються конкретні гени-кандидати, пов'язані з дофаміновою системою. Хоча генетика є ключовою, фактори середовища (пренатальне опромінення, низька вага при народженні, травми голови, вплив токсинів) також можуть сприяти розвитку або обтяженню СДУГ (Froehlich et al.) [9].

У наукових працях вітчизняних дослідників питання СДУГ у дітей розглядалося з різних аспектів. Зокрема, О. Романчук акцентував увагу на особливостях прояву синдрому в дитячому віці та запропонував практичні шляхи його корекції

[7]. Своєю чергою, О. Царькова, О. Прокоф'єва, Т. Каткова й Г. Варіна спільно розробили цілісний підхід до виховання дітей із СДУГ, який включає низку рекомендацій для батьків і педагогів [1; 4]. Психологічні особливості дітей із цим розладом були предметом дослідження В. Шакири, який детально проаналізував ключові риси поведінки та емоційного реагування [8]. А. Обухівська та Т. Ілляшенко зосередилися на вивченні специфіки проявів СДУГ у дітей молодшого шкільного віку, зокрема серед першокласників [3; 5].

Метою статті є визначення характеристик дітей молодшого шкільного віку з СДУГ та оцінка їх поведінкових і когнітивних особливостей за допомогою стандартизованої методики Conners-3.

Виклад основного матеріалу дослідження. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) це не просто дитячі примхи чи недостатнє виховання, а значний нейророзвитковий розлад, який відкладає помітний відбиток на навчання, соціальну адаптацію та емоційне самопочуття дитини. Для мільйонів родин по всьому світу СДУГ є щоденним викликом, який потребує глибокого розуміння та кваліфікованої підтримки. Особливої актуальності набуває вивчення СДУГ у молодшому шкільному віці. Саме цей період є критично важливим для формування базових навчальних навичок, соціалізації та розвитку саморегуляції. Діти, які на цьому етапі стикаються з недіагнованим або некомпенсованим СДУГ, часто демонструють значні труднощі у засвоєнні шкільної програми, мають проблеми з адаптацією до правил класу, взаємодією з однолітками та дорослими. Дослідження показують, що діти зі СДУГ часто мають труднощі з організацією, робочою пам'яттю, саморегуляцією, соціальною взаємодією. Нерозуміння цих особливостей може призвести до хибних висновків щодо лінії, нездатності чи поганого виховання дитини, тоді як корінь проблеми лежить у нейробіологічних механізмах.

Крім того, СДУГ рідко виступає ізольовано. Він часто супроводжується коморбідними розладами, такими як опозиційно-зухвалий розлад, тривожні розлади, депресія, специфічні навчальні труднощі (дислексія, дисграфія, дискалькулія). Ігнорування цих супутніх проблем ускладнює ефективний психолого-педагогічний вплив і може призвести до поглиблення вторинних психологічних проблем, зниження мотивації до навчання та формування негативного ставлення до школи.

Діагностичні критерії СДУГ викладені у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10, а згодом МКХ-11) та Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5). Вони описують три основні групи симптомів: неуважність, гіперактивність та імпульсивність. Важливо, що симптоми повинні бути стійкими, проявлятися у двох і більше середовищах (наприклад, вдома

і в школі) та суттєво порушувати функціонування дитини (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019) [10].

У цьому контексті методика Conners-3 постає як надійний інструмент, що дозволяє не лише виявити характерні симптоми СДУГ, але й оцінити супутні труднощі, які часто супроводжують цей розлад. Методика Conners-3 є оновленою та розширеною версією попередніх опитувальників Conners. Вона широко використовується у світі для скринінгу, діагностики та моніторингу ефективності втручань при СДУГ та супутніх розладах (Conners et al., 2008) [11]. Її переваги полягають у мультиінформативності, комплексності, нормативній базі, психометричній надійності та валідності. Тобто, збір даних від кількох респондентів (батьки, вчителі) дозволяє отримати об'єктивнішу картину поведінки дитини в різних контекстах. Оцінка не лише симптомів СДУГ, а й супутніх проблем (наприклад, розлади поведінки, тривога, депресія, навчальні труднощі), що дозволяє виявити коморбідні стани, які часто вимагають окремого втручання. Наявність стандартизованих норм для різних вікових груп дає можливість порівнювати показники конкретної дитини з показниками її однолітків. Дослідження підтверджують високу внутрішню узгодженість, надійність та валідність шкал Conners-3 (Conners, 2008)[]. Методика Conners-3 є високо оціненим та адекватним інструментом для такого комплексного оцінювання, що робить її вибір для нашого дослідження цілком обґрунтованим. Методика дозволяє отримати об'єктивні дані про рівень уваги, імпульсивності, гіперактивності та інших характеристик, які є ключовими для діагностики СДУГ.

Наше дослідження спрямоване на виявлення ключових труднощів, з якими стикаються діти та їхні педагоги, а також на формування рекомендацій щодо підвищення ефективності навчального процесу. Ми прагнемо не просто виявити, а й порівняти їхній профіль симптомів з показниками нейротипових однолітків, що дозволить отримати повнішу картину впливу СДУГ на розвиток дитини. У дослідженні взяли участь 43 дитини молодшого шкільного віку (6–10 років), які мають діагноз СДУГ. Крім того, було залучено їхніх батьків та педагогів для заповнення відповідних анкет Conners-3. Це дозволило отримати багатовимірний погляд на поведінкові прояви дітей у різних соціальних контекстах.

Задля можливості порівняння профілів симптомів було створено дві групи – експериментальна та контрольна. У експериментальну групу включено 19 дітей, яким вже встановлено клінічний діагноз синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем неврологом. Контрольна група складається з 24 нейротипових дітей. Вони відповідають дітям

з експериментальної групи за віком, але не мають діагностованих нейророзвиткових розладів.

Методика Conners-3 є комплексним інструментом, що дозволяє отримати інформацію з різних джерел: від батьків, вчителів та самої дитини (для старших вікових груп). У контексті нашого дослідження для молодшого шкільного віку найбільш релевантними будуть батьківські та вчительські форми опитувальника. Батькам та вчителям, які заповнюватимуть опитувальники, слід провести чіткий і зрозумілий інструктаж. Важливо пояснити, що їхні відповіді мають ґрунтуватися на постійних спостереженнях за поведінкою дитини протягом останнього місяця, а не на поодиноких випадках чи припущеннях. Підкреслити важливість чесних та об'єктивних відповідей. Батьки (або один з батьків, який проводить більше часу з дитиною і краще знає її поведінку вдома) заповнюють опитувальник, оцінюючи різні аспекти поведінки дитини в домашніх умовах та у повсякденному житті. Вони оцінюють частоту та інтенсивність проявів поведінки за певною шкалою (наприклад, «Ніколи або дуже рідко», «Іноді», «Часто», «Дуже часто»). Вчителі, які щодня взаємодіють з дитиною в класі та спостерігають за її поведінкою під час навчальної діяльності, заповнюють відповідну форму. Це дозволяє отримати цінну інформацію про функціонування дитини в академічному середовищі, її здатність до концентрації, рівень активності та взаємодії з однолітками та дорослими в шкільному контексті. Діти з 8 років заповнюють форму самозвіту.

Система Conners-3 дозволяє розрахувати Т-бали для кожної шкали змісту (Неуважність, Гіперактивність/Імпульсивність, Проблеми з поведінкою, Проблеми з навчанням, Симптоми тривоги, Симптоми депресії) та індексів СДУГ. Т-бали є стандартизованими показниками, які дозволяють порівнювати індивідуальні результати з нормативними даними для відповідної вікової групи та статі. Зазвичай, Т-бали понад 65 (або 70, залежно від інтерпретації) вважаються клінічно значущими і свідчать про наявність значних труднощів у цій сфері. На основі Т-балів формується індивідуальний профіль симптомів дитини, який відображає її сильні та слабкі сторони, а також потенційні сфери для втручання.

В ході дослідження виявлено специфічні особливості поведінки, уваги та когнітивно-емоційного функціонування дітей молодшого шкільного віку з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) та порівняно з нейротиповими однолітками за допомогою шкал Conners-3. Дані занесено в порівняльну таблицю результатів.

За результатами аналізу виявлено, що гіперактивність та труднощі з концентрацією – основні відмінності між групами. Бал 78–82 у СДУГ порівняно зі 45–48 у контролі чітко підтверджує

Таблиця 1

Шкала Conners-3	СДУГ (n=19) – середній бал (SD)	Контроль (n=24) – середній бал (SD)	Корекція (p value)	Коментар
Гіперактивність / імпульсивність	78 (±8)	45 (±7)	< 0.001 – значуща	Очікувано значно вища у СДУГ
Дефіцит уваги / неухважність	82 (±9)	48 (±8)	< 0.001 – дуже високий рівень	знак СДУГ
Поведінкові порушення	62 (±10)	38 (±6)	< 0.01 – висока різниця	Вища агресивна/опозиційна тенденція
Агресивність / суїцидальні думки	55 (±9)	40 (±5)	< 0.05 – помірно значуща	Помітно зростає при СДУГ
Тривожність / емоційні скарги	60 (±8)	42 (±6)	< 0.01 – середній рівень	Часто додається тривожний компонент
Проблеми з навчанням / академічні	75 (±11)	46 (±7)	< 0.001 – високий ступінь	Помітне порушення навчального процесу
Соціальна компетентність	43 (±7)	65 (±8)	< 0.001 – значне зниження	Соціальна дезадаптація проявляється

ці домінуючі ознаки. Виявлено поведінкову дисфункцію: опозиційність, агресія – статистично достовірно вища не лише проте, що зазвичай несе супутній характер при СДУГ. Академічні труднощі: діти з СДУГ значно відстають у навчанні, потребують підтримки, компенсації дефіциту уваги. Тривожність і емоційні порушення мають місце – переважання середнього рівня тривоги вказує на мультифакторний характер симптомів. За шкалою соціальна компетентність низькі бали у виконанні соціальних норм вказують на потребу розвивати комунікативні навички й емпатію.

Т-бали є клінічно значущими і свідчать про наявність значних труднощів, порівняємо отримані дані у зведеній таблиці 2.

Дослідження, проведене за допомогою шкали Conners-3, дозволило виявити суттєві відмінності між дітьми з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) та контрольною групою.

Результати тестування засвідчили, що рівень неухважності у дітей із СДУГ значно перевищує показники контрольної групи (80 ± 7 проти

48 ± 6, $p < 0.001$). Це свідчить про надзвичайно виражений дефіцит уваги в експериментальній групі, що є типовим проявом СДУГ. Діти з таким розладом часто стикаються з труднощами у зосередженні на завданнях, швидко відволікаються та не можуть утримувати увагу протягом тривалого часу.

Показники гіперактивності та імпульсивності також значно вищі у дітей із СДУГ (77 ± 8 у порівнянні з 45 ± 5 у контрольній групі, $p < 0.001$). Це вказує на виражену поведінкову дезорганізацію та швидке виснаження самоконтролю. У таких дітей часто спостерігається надмірна рухова активність, неможливість залишатися на місці, а також імпульсивні дії, які заважають виконанню завдань і взаємодії з оточенням.

Загальний показник проблем у навчанні та виконавчих функціях у дітей із СДУГ склав 74 ± 9, що значно перевищує аналогічний показник у контрольній групі (50 ± 5, $p < 0.001$). Цей результат свідчить про серйозні труднощі в плануванні, організації та виконанні завдань.

Таблиця 2

Таблиця результатів за шкалами (Т-бали)

Шкала Conners-3	СДУГ (n=19)	Контроль (n=24)	p-value	Коментар
Неухважність	80 (±7)	48 (±6)	< 0.001	Надзвичайно виражена в експериментальній групі, типовий прояв СДУГ
Гіперактивність/ Імпульсивність	77 (±8)	45 (±5)	< 0.001	Поведінкова дезорганізація, швидке виснаження контролю
Проблеми у навчанні / Виконавчі функції (загальна)	74 (±9)	50 (±5)	< 0.001	У дітей із СДУГ значне порушення планування, організації
Проблеми у навчанні	76 (±10)	49 (±6)	< 0.001	Відображають труднощі засвоєння через увагу
Порушення виконавчих функцій	73 (±7)	51 (±7)	< 0.001	Проблеми з послідовністю, завершенням завдань
Агресивно-викликаюча поведінка (опозиційність)	65 (±8)	40 (±5)	< 0.01	Поведінкові вибухи, неприйняття правил
Стосунки з однолітками (соціальна адаптація)	45 (±6)	66 (±7)	< 0.001	СДУГ-діти мають утруднене прийняття в групі

Рівень проблем у навчанні у дітей із СДУГ становить 76 ± 10 , тоді як у контрольній групі цей показник значно нижчий – 49 ± 6 ($p < 0.001$). Ці труднощі переважно пов'язані з дефіцитом уваги, що ускладнює засвоєння нової інформації та виконання навчальних завдань.

Показник порушення виконавчих функцій у дітей із СДУГ дорівнює 73 ± 7 , що також значно перевищує результат контрольної групи (51 ± 7 , $p < 0.001$). Це відображає проблеми з послідовністю дій, завершенням завдань і самоконтролем.

Рівень агресивно-викликаючої поведінки у дітей із СДУГ становить 65 ± 8 , тоді як у контрольній групі цей показник значно нижчий – 40 ± 5 ($p < 0.01$). Такий результат свідчить про схильність до поведінкових вибухів, неприйняття правил і конфліктів із дорослими та однолітками.

Оцінка соціальної адаптації дітей із СДУГ значно нижча (45 ± 6) порівняно з контрольною групою (66 ± 7 , $p < 0.001$). Це свідчить про утруднення у прийнятті таких дітей у соціальних групах. Вони часто стикаються з труднощами в налагодженні стосунків через імпульсивну поведінку, низький рівень самоконтролю та проблеми з дотриманням соціальних норм.

Отримані результати яскраво демонструють значні відмінності між дітьми із СДУГ і контрольною групою за всіма досліджуваними параметрами. Найбільш вираженими є проблеми з увагою, гіперактивністю, імпульсивністю та виконавчими функціями. Крім того, діти із СДУГ мають труднощі в навчанні, соціальній адаптації та часто проявляють агресивно-викликаючу поведінку. Ці результати підтверджують необхідність комплексного підходу до діагностики та корекції СДУГ із залученням педагогів, психологів і медичних працівників для забезпечення ефективної допомоги дітям із цим розладом.

Таким чином, неухважність та гіперактивність/імпульсивність виступають основними симптомокомплексами у більшості дітей експериментальної групи. РДУГ комбінованого типу виявлено у понад 60% учасників експерименту. Проблеми з виконавчими функціями є системними, що пояснює труднощі у навчанні та самоорганізації. Агресивно-викликаюча поведінка й опозиційність характерна лише для окремої підгрупи з емоційною нестабільністю. В дітей із СДУГ значно знижена здатність встановлювати й підтримувати ефективні стосунки з однолітками.

Висновки. Застосування Conners-3 дозволило отримати об'єктивну кількісну та якісну оцінку проявів СДУГ за багатьма параметрами. Результати дослідження виявили, що діти з СДУГ демонструють виражену когнітивно-поведінкову симптоматику, де переважають такі характеристики, як неухважність, гіперактивність, імпульсивність та труднощі із саморегуляцією. У них помітно

знижену здатність до концентрації, особливо під час тривалого або монотонного завдання, що суттєво впливає на їхню академічну успішність.

Значні дефіцити у виконавчих функціях, зафіксовані в експериментальній групі, виявляються у труднощах з організацією дій, завершенням завдань, збереженням послідовності та мотивації до виконання навчальних обов'язків. Це вказує на потребу впровадження спеціалізованих педагогічних стратегій і модифікацій освітнього середовища. Діти з СДУГ продемонстрували значно нижчі результати у шкалах, що вимірюють навчальні досягнення. Це свідчить про вторинний характер академічних труднощів, обумовлених первинними порушеннями регуляції поведінки та уваги, а не інтелектуальним дефіцитом.

У дослідженні зафіксовано знижену здатність встановлювати стабільні міжособистісні контакти, високу вразливість до соціального стресу, конфлікти з ровесниками, що пояснюється імпульсивністю та недостатнім контролем емоцій. Це знижує інтеграційні можливості таких дітей у шкільному середовищі. У понад 40% дітей з СДУГ виявлено опозиційно-зухвалу поведінку, що вимагає корекції не лише з боку педагога, а й психотерапевтичної підтримки, навчання батьків поведінковим інтервенціям, орієнтованим на формування позитивної поведінки. Методика є цінним засобом у системі комплексної діагностики та моніторингу динаміки психоемоційного стану дітей. Аналіз результатів засвідчує, що діти з СДУГ мають високий ступінь вираженості не лише основної симптоматики, а й значні труднощі в емоційно-поведінковій регуляції, навчальній діяльності та соціальній взаємодії. Отримані дані підкреслюють необхідність індивідуалізованого супроводу, комплексної психолого-педагогічної підтримки та участі фахівців ІРЦ у моделюванні адаптивного середовища.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Васильєва Г. В., Степанова В. В. Дитячо-батьківські відносини в сім'ях з гіперактивними дітьми. *Габітус*. 2021. № 30. С. 1–5.
2. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Випуск 9. С. 73–78.
3. Ілляшенко Т. Як допомогти дитині з гіперактивними розладами. *Початкова школа*. 2013. № 2. С. 44–46.
4. Левченко В., Левченко О. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей. *Освіта на Луганщині*. 2013. № 1. С. 67–72.
5. Обухівська А. Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі: посібник. К: Редакція загальнопедагогічних газет. 2021. 126 с.
6. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників. *Психологія особистості*. 2023. № 1. С. 149–156.

7. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів : «Джерело», 2018. 326 с.

8. Шкара В. А. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей та підлітків: теорія, діагностика, корекція : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія / наук. керівник І. М. Грицюк ; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 86 с.

9. ADHD in children. Positive effects of ADHD in children. 2023. URL: <https://www.helpguide.org>. (дата звернення: 15.06.25).

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R).

Washington, DC: American Psychiatric Association. 2017. 856 p.

11. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 3-rd. Edition. N.Y: Guilford Press. 2016. P. 18–24

12. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory, of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharm. Bull.* 2017. Vol. 121. № 1. P. 65–94.

13. Linnet K. M. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *Am J Psychiatry.* 2013. Vol. 160. P. 1028–1040.