

УДК 159.952: 616.89-008.47-053.2-009.2

С.В. Грищенко

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю в дітей віком 6–8 років як медико-соціальна проблема

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2024). 1(137): 143–152. doi: 10.15574/SP.2024.137.143

For citation: Hryshchenko SV. (2024). Attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6–8 as a medical and social problem. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(137): 143–152. doi: 10.15574/SP.2024.137.143.

Однією з медико-соціальних проблем, що на сьогодні вважаються актуальними, є необхідність поліпшення здоров'я дітей із порушеннями психічного розвитку, у тому числі із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ).

Мета — провести систематичний аналіз наукових джерел щодо етіопатогенезу, клінічних проявів та спільної практичної роботи лікарів, соціальних працівників і педагогів щодо СДУГ у дітей віком 6–8 років.

Вітчизняні та світові дослідження доводять, що лікування СДУГ у дітей має бути комплексним, включати рекомендації з режиму та способу життя, медикаментозну терапію та практичні рекомендації з освітньої складової.

Актуальним є мультидисциплінарний підхід для визначення клініко-психопатологічних і клініко-психологічних закономірностей психічного розвитку дітей зі СДУГ. Особливістю таких дітей є висока активність, неможливість зосередитися на чомусь одному, запальність. Але такий стан можна відкоригувати, якщо почати лікування якомога раніше.

Причиною розвитку порушення можуть бути: ускладнення під час вагітності (ранній токсикоз, гестоз, внутрішньоутробна гіпоксія плода), ускладнення під час пологів (передчасні, стрімкі); низька маса тіла дитини при народженні або перенесені тяжкі захворювання протягом першого року життя; наявність у вагітної шкідливих звичок, тяжка праця або робота в шкідливих умовах у період виношування плода.

Основними ознаками СДУГ у дітей віком 6–8 років визначені: неувважність; гіперактивність; імпульсивність. До основних ознак СДУГ також можуть доєднатися й супутні симптоми: складності в навчанні, незважаючи на високі інтелектуальні здібності; тики; швидка стомлюваність; наявність фобій, тривожного і депресивного стану; аутизм; проблеми зі сном; порушення мовлення або поведінки.

Особливостями інтелектуального розвитку дітей зі СДУГ вчені вважають довільну регуляцію психічної діяльності, когнітивних функцій, мовлення, довільну рухову активність, недостатній розвиток перцептивно-гностичної та емоційної сфер.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, порушення психічного розвитку, профілактика.

Attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6–8 as a medical and social problem

S.V. Hryshchenko

T.H. Shevchenko National University «Chernihiv Colehium», Ukraine

One of the medical and social problems that are considered urgent today is the need to improve the health of children with disorders of mental development, including attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Purpose — to conduct a systematic analysis of scientific sources regarding the etiopathogenesis, clinical manifestations, and joint practical work of doctors, social workers, and teachers regarding ADHD in children 6–8 years old.

Domestic and international studies prove that the treatment of ADHD in children should be comprehensive, include recommendations on regime and lifestyle, drug therapy, and practical recommendations from an educational component.

A multidisciplinary approach to determine clinical-psycho-pathological and clinical-psychological regularities of the mental development of children with ADHD is relevant. A feature of such children is high activity, inability to focus on one thing, short-temperedness. But such a condition can be corrected if treatment is started as early as possible.

The cause of the development of the disorder can be: complications during pregnancy (this includes early toxicosis, preeclampsia, intrauterine hypoxia of the fetus), complications during childbirth (premature, rapid); low body weight of the child at birth or suffered serious diseases during the first year of life; the presence of bad habits in a pregnant woman, hard work or work in harmful conditions during the period of bearing the fetus.

The main signs of attention deficit hyperactivity disorder in children 6–8 years old are as follows: inattention; hyperactivity; impulsiveness. The main symptoms of ADHD can also be accompanied by accompanying symptoms: difficulties in learning, even despite high intellectual abilities; tics; quick fatigue; the presence of phobias, anxiety and depression; autism; sleep problems; speech or behavior disorders.

Scientists consider the features of intellectual development of children with ADHD to be voluntary regulation of mental activity, cognitive functions, speech, voluntary motor activity, insufficient development of perceptual-gnostic and emotional spheres.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: children, attention deficit hyperactivity disorder, disorders of mental development, prevention.

Вступ

Проблеми вивчення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дітей хвилювали лікарів і педагогів із середини XIX ст. У 1845 р. німецький лікар Генріх Гофман у поетичній формі описав надзвичайно рухливу дитину і дав їй прізвисько «непосида Філіп» [4].

Показники поширеності СДУГ варіюють. Вітчизняні науковці вважають, що критерії діагностики синдрому в цьому процесі мають провідну роль. Аналітичний огляд 120 досліджень із різних країн обґрунтував належність 5% дітей віком до 18 років до СДУГ (діти віком 6–8 років належать до цієї категорії). Теоретичні дослідження О. Осітківської та О. Баєра визначають статеві відмінності в розладі дефі-

циту уваги з гіперактивністю та підтверджують більшу кількісну поширеність серед хлопчиків порівняно з дівчатками (визнане клінічне спостереження) [23]. Як вітчизняні, так і зарубіжні вчені (В. Зливков та канадська дослідниця Вірджинія Дуглас; 1980, 1983) у наукових розвідках звертають увагу на теорію «великих дефіцитів» в основі захворювання: 1) зниження можливості утримувати увагу, 2) слабкість гальмування імпульсивної поведінки [30].

Вітчизняні науковці зазначають, що більшість дітей віком 6–8 років зі СДУГ мають низький рівень шкільної успішності у зв'язку з недостатністю довільної регуляції психічної діяльності та процесів довільної уваги. На практиці це означає, що існує зв'язок між рівнем і структурою недостатності психічних функцій та віком дітей зі СДУГ. На тлі нормативних показників інтелекту в цих дітей спостерігається недостатність деяких інших психічних функцій, передусім довільної регуляції психічної діяльності, довільної уваги, мовлення, перцептивно-гностичної та емоційної сфер. Дітям віком 6–8 років зі СДУГ притаманні емоційна лабільність, емоційна збудливість і дратівливість. Чим старше дитина, тим більш прискорено відбувається редукція недостатності довільної регуляції психічної діяльності, вербальної пам'яті, довільної рухової активності, просторового гнозису та розвитку мовлення. Праці вітчизняних і зарубіжних науковців наголошують на порушенні довільної уваги, що стають стійкішими і домінують у структурі проявів психічного дизонтогенезу в дітей незалежно від їхнього віку. На основі цих даних нами визначено мету дослідження.

Мета дослідження — провести систематичний аналіз наукових джерел щодо етіопатогенезу, клінічних проявів та спільної практичної роботи лікарів, соціальних працівників і педагогів щодо СДУГ у дітей віком 6–8 років.

Слід звернути увагу, що J.J.S. Коої зі співавт. обґрунтовують більшу вербальну агресію дівчат зі СДУГ порівняно з дівчатами без розладу [28]. Проблеми поганої самоефективності та порушення структури соціальної підтримки (специфічні більше для дівчат, ніж для хлопців, віком 6–8 років зі СДУГ) є актуальними для вивчення в напрямі практичної соціальної роботи [28].

Теоретичні і практичні дослідження висвітлюють процес максимальних проявів гіперактивності, яка проявляється саме в дітей віком 6–8 років (причому як у хлопчиків, так і в дів-

чаток). Після 8 років активність цієї групи дітей змінюється з хаотичної біганини на невтомність. Важливими проявами гіперактивності, на нашу думку та відповідно до наукових розвідок І. Марценковської, є: рухання руками й ногами, совання на стільці, постукування пальцями по столу, постійне тримання якоїсь речі в руках, розмови, розхитування на стільці, вставання з місця — типова характеристика гіперактивних учнів початкових класів [17]. Слід наголосити на потребі коригування гіперактивності за допомогою рухової активності та функціональних терапевтичних вправ. І. Марценковська визначає деякі види терапевтичних вправ для дітей зі СДУГ віком 6–8 років, які, на нашу думку, слід використовувати: розвиток уваги, довільності і самоконтролю; елімінація гіперактивності й імпульсивності; елімінація гніву та агресії [17].

Аналізуючи праці А. Михальського зі співавт., можна констатувати, що важливо зважувати на актуальність і необхідність терапевтичних вправ для дітей віком 6–8 років зі СДУГ. Ефект цих вправ помітний під час комунікації з дітьми. Важливим висновком, на нашу думку, є те, що діти стають більш керованими, зосередженими, стійкими та стараннішими до завдань, які їм дають виконати. У процесі досліджень ця група вчених доводить, що для подальшого розвитку дітей важливо, що вони починають дослухатися до звернень як батьків, так і лікарів і педагогів, які з ними працюють. Після терапевтичних вправ діти значно простіше виконують завдання [22].

Однією з тенденцій розвитку сучасної неврології та психіатрії, за даними Л. Шестопалової зі співавт. (2015), є перенесення дослідницьких пріоритетів із виражених форм патологічних станів, що супроводжуються грубими дефектами різних органів і функціональних систем, на вивчення різноманітних стертих, легких, малодиференційованих варіантів тих або інших хворобливих станів. Ця тенденція підкріплюється тим, що питома вага таких захворювань постійно збільшується. До них належить і мінімальна мозкова дисфункція (ММД). За дослідженнями деяких вчених, термін «мінімальна мозкова дисфункція» з 60-х років ХХ ст. вживають для позначення в дітей і підлітків різних клінічних проявів, зумовлених резидуальними мозковими ураженнями [18,26]. При цьому до ММД належать найлегші форми церебральної патології, що виникають унаслідок різноманітних шкідливих дій на мозок у пре-, пери- і

постнатальний періоди, але мають однотипну, невиражену стертую неврологічну та психопатологічну симптоматику, які проявляються у вигляді функціональних порушень і можуть бути зворотними у міру дозрівання мозку [18,26]. Слід зазначити, що трактування цього розладу досі не однозначне. Мультидисциплінарне його вивчення має особливе значення для теорії і практики медицини, оскільки синдром ММД, за різними даними, виявляється у 20–30% дітей шкільного віку [18].

Значна кількість вчених вважає, що СДУГ є одним із найчастіших проявів ММД. За даними досліджень як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників, СДУГ спостерігається у 4–20% дітей із різних країн, при цьому у 2–9 разів частіше серед хлопчиків порівняно з дівчатками [1,25]. Уявлення щодо етіопатогенезу СДУГ залишаються недостатньо конкретизованими, незважаючи на значну кількість досліджень. Для виявлення можливих механізмів його розвитку запропоновано генетичні, нейроморфологічні, нейрофізіологічні, біохімічні, соціальні-психологічні та інші концепції [1,25].

Аналіз досліджень зарубіжних науковців F. Çelebi, D. Ünal та вітчизняної вченої В. Годлевської дає змогу констатувати, що на початок другого десятиліття XXI ст. СДУГ є найпоширенішим поведінковим розладом у дитячому віці. Для синдрому характерна триада симптомів: розлади уваги, гіперактивність, імпульсивність, проте, на нашу думку, вона спирається на попередні дослідження, не має єдиного інструменту для діагностування СДУГ [6,9].

Реалізуючи дослідження, вітчизняні вчені (Л. Дзюбо та С. Грищенко зі співавт.) обґрунтовують, що СДУГ характеризується: надмірною фізичною активністю; постійним відчуттям занепокоєння, яке призводить до того, що пацієнти не можуть залишатися нерухомими навіть у тих ситуаціях, коли від них цього чекають; моторною активністю, не спрямованою на досягнення мети; тобто діяльність безцільна і негативно впливає на оточення (часто встають на місці, або рухають руками та маніпулюють дрібними предметами, коли слід залишатися нерухомими); частими неспокійними рухами та сованням на стільці; нездатністю гратися тихо; недоречною балакучістю, безцільною біганиною». Л. Дзюбо та С. Грищенко зі співавт. констатують, що під час занять у закладах освіти для дітей віком 6–8 років зі СДУГ важливо

створити дружню і позитивну атмосферу, яка сприятиме підтриманню продуктивного освітнього середовища [8,11].

За результатами вивчення порушення мнестичних функцій у дітей віком 6–8 років (Л. Шестопалова зі співавт.) доведено, що при СДУГ є порушення активуючих систем лобних відділів головного мозку, що проявляється в недостатності керуючих функцій. Нами також проаналізовано такі порушення, що дає змогу вважати доволі шкідливими дефекти регуляції психічних процесів [25]. Дефекти уваги, на нашу думку, пов'язані з порушенням мнестичних функцій. Саме в дітей зі СДУГ віком 6–8 років обсяг оперативної пам'яті дещо знижений порівняно з дітьми групи «норм» такого ж віку. За даними Л. Шестопалової та співавт., нейропсихологічне обстеження молодших школярів зі СДУГ показало в них порушення дій, що потребують послідовного здійснення декількох операцій, та збереження довільних дій, які складаються з однієї операції [25]. Цікавим і важливим є те, що процес вивчення відмінностей у проявах залежить від віку дітей зі СДУГ. Клінічна картина відрізняється залежно від стадії розвитку. Гіперактивність, неухважність та імпульсивність особливо складно оцінювати в переддошкільному віці, оскільки така поведінка є нормальною для цього віку; її можна вважати відхиленням тільки тоді, коли вона набуває тяжких форм, стає домінуючою та призводить до суттєвого порушення функціонування. У шкільному віці (з 6 років) діти зі СДУГ часто привертають до себе увагу поганою успішністю та проблемами з увагою; тому їх виявити значно легше, ніж дошкільнят. Гіперактивність має тенденцію до слабшання в підлітковому віці або може змінюватися суб'єктивним почуттям внутрішнього занепокоєння. Діти зі СДУГ часто страждають на інші психічні розлади, тому дуже важливо проводити систематичний скринінг на наявність інших психічних захворювань [3].

Аналізуючи характерні риси розумової діяльності дітей зі СДУГ, як вітчизняні, так і зарубіжні вчені вказують на наявність циклічності. Брак довільної уваги і дефіцит довільної оперативної пам'яті, неможливість дитини примусити себе діяти, відсутність самостимуляції до дії позбавляють дитину зі СДУГ можливості здійснити довільну дію. У цьому процесі важливу роль відіграє соціальне оточення дитини. Саме соціальне оточення спонукає дитину

віком 6–8 років до відповідної дії та стимулює до виконання вимог загальноприйнятих норм поведінки. Медичним працівникам, соціальним працівникам і педагогам, які працюють із дитиною, слід пам'ятати, що гіперактивність часто зберігається протягом усього дня. Є фактичне цьому підтвердження, отримане нами під час експерименту в закладах загальної середньої освіти (початкові класи) м. Чернігова, Україна [14].

Що особливо важливо для дослідження, науковцям як медичної, так і соціальної сфери необхідно брати до уваги специфіку формування комунікативних навичок у дітей із різними психологічними проблемами. На сьогодні цих проблем доволі багато через умови воєнного стану в Україні. Під час обстеження дітей віком 6–8 років важливо оцінювати сімейне оточення; у тому разі, коли має місце хаотичне або непослідовне виховання, насильство або занедбаність, діти дуже часто реагують поведінкою, дуже схожою на СДУГ (М. Мушкевич) [21]. Діагностика буде хибною за ігнорування цього факту. Л. Доцюк, І. Кушнір, О. Гауряк обґрунтовують потребу застосування методики комплексного впливу на дітей із гіперактивністю з використанням лікувальної гімнастики, ігор та аутогенного тренування. На нашу думку, цей комплексний вплив є ефективним, він поліпшує концентрацію уваги, нормалізацію рухової активності, зниження імпульсивності, що вкрай важливо для дітей віком 6–8 років зі СДУГ. Як батьки таких дітей, так і педагоги констатують, що існує потреба в самостійності виконання завдань та систематичності [7].

У наукових працях О. Клименко дає таке визначення СДУГ. Це – неврологічний, поведінково-віковий розлад, що призводить до порушення в роботі механізмів, які керують діапазоном уваги, умінням сконцентруватися, контролем над спонуканнями [12]. На нашу думку, важливо довести, що розлад визначається як віковий, оскільки виявляється у віці 6–8 років і зазнає змін упродовж життя. Нашим дослідженням доведено, що основні прояви СДУГ виявляють порушення уваги (дефіцит уваги), ознаки імпульсивності та гіперактивності (заклади загальної середньої освіти м. Чернігів, Україна). Також важливими є наукові розвідки вітчизняного науковця (О. Перепала). У цих роботах акцентована увага на тому, що симптоми гіперактивності зазвичай зменшуються в процесі дорослішання дитини,

а порушення уваги, відволікання та імпульсивність можуть залишатися в людини, у подальшому стають сприятливим підґрунтям для неврозів, соціальної дезадаптації. Також більшість вітчизняних вчених доводять, що діагностика СДУГ має передбачати: первинний скринінг вчителями і психологами закладів загальної середньої освіти (особливо початкових класів), корекційними педагогами; первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги дітям, дитячими неврологами; остаточну діагностику дитячими лікарями-психіатрами; за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження [24].

Аналізуючи дані вітчизняних вчених, слід зазначити, що виражені неврологічні порушення в дітей зі СДУГ спостерігаються досить рідко. Однак практично в усіх відзначаються легкі неврологічні стигми, дифузна органічна симптоматика, порушення у вигляді асиметрії рефлексів, змішаної латеральності, легкої недостатності зору або слуху, цефалгії. Педіатри, педагоги, соціальні працівники, які працюють із такою категорією дітей, мають організовувати успішний виховний вплив на гіперактивних дітей шляхом створення в освітньому процесі початкової школи відповідних педагогічних умов (забезпечення адаптації дитини до умов закладу загальної середньої освіти, створення освітнього середовища, у якому гіперактивні діти почуватимуться комфортно, спиратися на педагогіку партнерства, забезпечувати підвищення мотивації, самооцінки та зацікавленості учнів у навчанні, сприяти тісному взаємозв'язку вчителя та батьків учнів) [10].

На початку 2000-х років вітчизняні та зарубіжні науковці доводили, що незалежно від критерію поширеності під час діагностування слід звертатися більше ніж до одного джерела інформації. Зазвичай це батьки та вчителі. Інформанти (як батьки, так і вчителі) спостерігають дитину в різних контекстах, що може впливати на виникнення симптомів, вони є сприйнятливими до озвучування різних відхилень. Батьки спостерігають дитину протягом тривалого часу і можуть надавати цінну інформацію про нейропсихологічний розвиток дитини. Ще слід зауважити, що часто батьки не вірять у те, що в їхньої дитини є проблеми нейропсихологічного розвитку. У психолого-педагогічній літературі описано характерне для дітей зі СДУГ зниження адаптаційних ресурсів. Нашим дослідженням підтверджено тезу Л. Ширяєвої,

що, незважаючи на достатній інтелектуальний рівень, у цих дітей спостерігається низька шкільна успішність, труднощі в організації роботи, засвоєнні, виконанні та застосуванні освітнього матеріалу. Мотиваційні складові діяльності, шкільні навички та навички спілкування, що є парціальними затримками розвитку, як на думку Л. Ширяєвої, так і на нашу думку, також присутні [27].

Зі збільшенням вимог сучасного способу життя вже у віці 6–8 років ці діти стають постійними об'єктами спостережень педіатрів, психотерапевтів, неврологів і батьків. Підвищена активність дитини, порушення уваги, сприйняття і дрібної моторики, виражена лабільність у спілкуванні та діяльності найчастіше приводить батьків до невролога або психотерапевта. Важливо пам'ятати, що дитина зі СДУГ має нормальні здібності, проте неспроможна набувати необхідних знань, відстає в розвитку, що особливо яскраво виражено в молодшому шкільному віці. Нервово-психічний розвиток у ранньому віці часто йде із запізненням, і тому дитина в багатьох розуміннях залежить від навколишнього середовища, у неї не сформовані адекватні реакції на будь-яку дію. За різними даними дослідників проблеми СДУГ встановлено, що дефіцит уваги зберігається у 50%, а ознаки гіперактивності – у 30% хворих, навіть у дорослому віці [15]. Тривалі зарубіжні дослідження свідчать, що у 18–21% юнаків (які страждали на СДУГ у віці 6–8 років) у віці 18–25 років виникає антисоціальний розлад особистості, можливий ризик алкоголізації та вживання інших психоактивних речовин, що призводить до розвитку делінквентної поведінки. Одним із важливих факторів, що може сприяти поганому прогнозу СДУГ із вираженою соціальною дезадаптацією і трансформацією в особистісні аномалії, є психічний інфантилізм, який спостерігається в переважній більшості хворих на СДУГ. Слід констатувати, що з часом синдром зникає або трансформується в іншу симптоматику, однак легка недостатність функцій довільної регуляції та довільної уваги може спостерігатися протягом усього життя. Маємо змогу продовжувати дане дослідження в закладах загальної середньої освіти (м. Чернігів, Україна) та обґрунтувати цю тезу [29].

У більшості наукових дослідженнях акцентовано на соціальній ролі матері у ставленні до дитини від народження. Діти з порушенням психофізичного розвитку часто мають затрим-

ку нервово-психічного розвитку в ранньому віці. Специфічні прояви, характерні для дитини зі СДУГ, дуже ускладнюють формування в матері рівного емоційного ставлення до неї. Навіть незначні відхилення в поведінці немовляти порушують ставлення до нього матері; так дитина сама, своєю поведінкою, створює собі певну атмосферу. Зарубіжні науковці (X. Zhao, T.F. Page, A.R. Altszuler, W.E. Pelham, H. Kipp, E.M. Gnagy та ін.) обґрунтовують, що саме в цей період матері потрібна допомога психолога або психотерапевта для того, щоб вона зрозуміла причини поведінки дитини і правильно ставилася до проблем, що виникли. Як правило, така допомога не надається. Особливості поведінки дитини пояснюються віковими факторами, вважається, що вони з часом зникнуть. На першому році життя дитини порушення рухового розвитку, її рухливість, імпульсивність у поєднанні з незручністю є джерелом нервової напруги матері, яка намагається її заспокоїти [29].

Зарубіжними вченими (P. Molavi зі співавт. та Orangi B. Mohammadi зі співавт.) доведено, що гіперактивні діти є імпульсивними, неухважними, вони бігають, стрибають, розкидають і збирають, розвалюють і будують, б'ються, галасують, танцюють, співають – усе це майже одночасно. Але, як стверджують корекційні педагоги, єдиною думкою щодо корекційних заходів щодо цього явища ще не вироблено [19,20].

Реалізуючи наше дослідження в процесі вивчення типових проявів СДУГ, слід звернути увагу, що досі недостатньо вивченим є процес взаємозв'язку самооцінки дітей із СДУГ з їхньою неуспішністю в школі та з проблемами в розвитку психічних процесів. Нами виявлено, що в дітей віком 6–8 років зі СДУГ переважає дещо завищена самооцінка. Наполягаємо на необхідності корекційної допомоги цій групі дітей. Це сприяло б формуванню адекватної самооцінки кожного хлопчика та дівчинки. Проте в закладах загальної середньої освіти на сьогодні є посади соціальних педагогів, однак практично немає посад корекційних педагогів із фаховою магістерською освітою. Це значно ускладнює поліпшення результативності освітнього процесу здобувачів початкової освіти (учнів 1–3-х класів) [13].

Для нашого дослідження необхідно більш системно вивчити типові прояви СДУГ у дітей віком 5–6 років, які тільки збираються до школи. У дошкільному віці такі типові прояви СДУГ виявляються як нерівномір-

ний розвиток дитини та відставання у формуванні окремих функцій. Отримані вітчизняними дослідниками дані свідчать, що вікові етапи дозрівання окремих вищих мозкових функцій у здорових та хворих дітей зі СДУГ різні, і у хворих їхній розвиток носить дещо відтермінований характер. Нами доведено, що найбільш важливим у дітей зі СДУГ щодо виявлення та коригування порушень є період 5–6 років, коли розвиток вищих мозкових функцій проходить найінтенсивніше. Проте група дітей, що склала вибірку, була недостатньо великою (15, із них 7 хлопчиків і 8 дівчаток).

Важливо наголосити, що повноцінна допомога дитині зі СДУГ має охоплювати комплексну психолого-медико-педагогічну роботу з побудови комфортного середовища. Чим раніше дитина зі СДУГ матиме змогу активно діяти в адекватно організованому просторі, тим кращий буде результат для її подальшого розвитку. На сьогодні навантаження в закладах загальної середньої освіти для здобувачів 1–3-х класів систематично великі. Такі навантаження в школі, як правило, призводять у цієї групи дітей до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи та розвитку дезадаптаційного шкільного синдрому. Тому питання про готовність дитини зі СДУГ до школи слід вирішувати індивідуально, враховуючи кількісну та якісну оцінку наявних порушень [7].

Розглядаючи важливість опанування ролі школяра дітьми віком 6–8 років зі СДУГ, О. Клименко доводить потребу коригування загального недорозвинення мовлення. На жаль, у нашому дослідженні таке недорозвинення виявлено в 58% дітей. Слід зазначити, що більшість цих дітей із недорозвиненням мовлення та зі СДУГ практично не отримують як медичної, так і корекційної допомоги, а це значно ускладнює подальшу корекційну та педіатричну роботу з такою групою дітей. У разі поєднання СДУГ із загальним мовленнєвим недорозвиненням картина мовленнєвого порушення доповнюється комплексом недоліків психологічного характеру, що визначає труднощі в діагностуванні та коригуванні мовленнєвих порушень. Саме тому, на нашу думку, роль школяра діти зі СДУГ віком 6–8 років освоюють зі значними труднощами, а це зменшує успішність цієї групи дітей у подальшому освітньому процесі [12].

Аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень із цієї проблеми свідчить, що діти зі СДУГ характеризуються зниженим рівнем праце-

здатності. Вони стомлюються значно швидше за дітей віком 6–8 років групи «норм», не здатні до тривалої та цілеспрямованої роботи. Загальна лабільність, зміна настроїв дитини протягом коротких інтервалів часу, низька емоційна стійкість, що призводить до реакцій типу афекту, так само як і переважання імпульсивних, некерованих реакцій, відсутність контролю за власними діями характеризують дітей зі СДУГ як невідготовлених до школи. Існують також певні проблеми в адаптації до шкільних умов і вимог дітей 6–8 років зі СДУГ. Усі вищезазначені відхилення спостерігаються в окремих дітей неоднаковою мірою, але достатньо прояву хоча б деяких із них, щоб виникли труднощі, які згодом вплинуть на його подальше перебування в школі. Дітям, які страждають на СДУГ, особливо у віковій групі 6–8 років, властива підвищена схильність до нещасних випадків, недисциплінованість у всіх ситуаціях — удома, в іграх, у школі, на що вказують як педагоги, так і соціальні працівники й батьки. Дослідженням доведено, що наслідками недисциплінованості є проблеми в шкільному навчанні в цієї групи дітей. Раннє розпізнавання специфічних труднощів навчання дуже важливе. Якщо не вживати заходів, то в дітей можуть розвинутися вторинні емоційні та поведінкові проблеми. Перед вступом до школи комплексне обстеження дітей зі СДУГ має стати обов'язковим, щоб батьки та вчителі були вчасно поінформовані про ймовірність складних ситуацій і могли б від початку працювати з дитиною так, щоб це відповідало її можливостям і недолікам. Вітчизняні дослідники проблеми СДУГ зазначають, що до мультидисциплінарної команди обов'язково мають входити педіатри, неврологи, психотерапевти, корекційні педагоги, вчителі початкових класів. У деяких випадках вони можуть рекомендувати і пізніший вступ до школи, систематичне, індивідуальне навчання, що впливає на розвиток дитини в потрібному напрямку. Постійна погана успішність, знання власних недоліків призводять до створення в дитини негативного ставлення до себе. У зв'язку з цим можливі кілька типів реагування дитини. На нашу думку, це значно ускладнює подальше навчання дитини в школі не тільки в початкових класах, але й у подальшому [16,19].

У дітей зі СДУГ віком 6–8 років часто виникають агресивні реакції під час освітнього процесу, ігор. Така реакція притаманна нижчій стадії розвитку, як примітивних реакцій, оскільки

ки знайти вихід зі складної ситуації дитина сама ще не спроможна. Другою можливістю є втеча. Дитина тікає від ситуації, з якою вона може успішно впоратися. Регресія або повернення на нижчий рівень розвитку також є досить частою реакцією дитини зі СДУГ. Дитина віком 6–8 років зі СДУГ не хоче бути великою і самостійною, тому що це приносить їй лише неприємності. Частою захисною реакцією дітей зі СДУГ є заперечення труднощів і неадекватне оцінювання реальної ситуації. Слід зазначити, що сама дитина ще не може адекватно оцінювати ситуацію. Дитина витісняє зі своєї свідомості надто травматичну дійсність, у якій вона завжди зазнає невдач і якої не може уникнути. Навіть на запитання з цієї проблеми діти, які брали участь у нашому дослідженні, не відповідали зовсім або говорили, що не знають, як відповісти.

На сьогодні висунута нова теорія, що пояснює патологічні прояви СДУГ. На думку доктора Барклея (США), проблема СДУГ полягає в тому, що хворі роблять те, що й інші діти, а тому, що інші діти мають здатність до придушення подібних варіантів поведінки, тобто те, що діти зі СДУГ зробити не можуть. У своїх роботах він описує чотири основні психологічні характеристики, на які слід звертати увагу в діагностуванні та лікуванні СДУГ. Перша — це здатність довго утримувати подію в мозку, що дає змогу людині вивчати і згадувати минулий досвід. Це дозволяє передбачити ситуацію в майбутньому. Діти зі СДУГ не можуть довго утримувати подію в мозку, порівнювати її з минулим досвідом і передбачати майбутнє розгортання подій, вони живуть цим моментом. Друга особливість — це нездатність придушувати емоційну відповідь та імпульс. Третя здатність — використання мови як засобу спілкування. Люди обмінюються інформацією, дають інструкції, плани перед тим, як щось зробити. Діти зі СДУГ не мають внутрішньої комунікаційної спроможності. Четверта характеристика — це здатність до аналізу та синтезу інформації, яка порушена у хворих [1].

На думку вітчизняних вчених, сучасні педіатри мають тісно співпрацювати із соціальними працівниками та психологами щодо практичної роботи з дітьми зі СДУГ. Одним із перспективних напрямів є застосування казкотерапії. Особливо дієвим це є для дітей віком 6–8 років. Казки в роботі з дітьми зі СДУГ дошкільного віку мають функціональні переваги [5]: казка дає змогу мати спільну мову для дорослого,

який працює з дитиною. О. Бурчик зауважує, що мова казки їх природно зближує; казка ближча дитині, ніж звичайна мова; казка несе свободу дитині в діях і словах; сприяє пробудженню креативності в дітей, які страждають на СДУГ.

Процес роботи з казкою стає ефективнішим, якщо дитина є не просто пасивним слухачем, а безпосереднім учасником казкового сюжету. Вона може мандрувати казковими дорогами, переживати дивовижні пригоди та перетворення, зустрічатися з казковими істотами. Потрапляючи в казку, дитина легко сприймає «казкові закони» — норми і правила поведінки, які іноді складно прищепити дітям батьками та педагогами. У процесі кожного заняття педагог може вирішувати певні завдання. Наприклад: відпрацювання довільної уваги або згуртування групи, розвиток почуття взаємодопомоги і підтримки, або розвиток пам'яті, корекції особистості, розширення емоційно-поведінкових реакцій тощо. Казка слугує дитині посередником між реальністю та внутрішнім світом. Вона долучає її до життя, і до тисячолітньої людської культури. На прикладах казкових героїв діти вчаться розбиратися в людських характерах. Адже в казкових ситуаціях, за всієї їхньої фантастичності, багато вельми життєвих, легко розпізнаваних дитиною моментів. Вибір дітей у розвивальні та корекційні групи зазвичай ґрунтується на їхніх малюнках, бесідах із ними та їхніми батьками, а також із вихователями [5].

Дуже часто тільки в казковій формі діти віком 6–8 років зі СДУГ можуть познайомитися з такими надскладними явищами і почуттями, як вірність і зрада, безкорисливість і жадібність, самовідданість і підлість. У казках це зображено цілком доступно для сприйняття дитини і водночас зовсім не примітивно.

І. Бех констатує, що основними формами роботи з казкою з дітьми віком 6–8 років є: переписання фіналу казок (має психокорекційний сенс); казкова лялькотерапія; постановка (розігрування) казки [2].

Застосування казкотерапевтичних технологій дає психотерапевту, психологу та педагогу змогу допомогти дитині зі СДУГ впоратися з її власними проблемами, відновити її емоційну рівновагу або усунути наявні в неї порушення поведінки, подолати дезадаптацію, сприяти інтелектуальному розвитку. У роботі з казками слід обов'язково враховувати тип застосування казок, оскільки в кожного типу є свої цілі [2].

Отже, казка, що лежить в основі казкотерапії, може широко використовуватися в психологічній, психокорекційній, психотерапевтичній роботі з дітьми віком 6–8 років зі СДУГ.

Висновки

Численні дослідження, присвячені СДУГ у рамках окремих галузей науки (медицини, психології, дефектології, педагогіки, соціальної роботи тощо), доводять, що актуальним є мультидисциплінарний підхід для визначення клініко-психопатологічних і клініко-психологічних закономірностей психічного розвитку цих дітей.

Вітчизняні та зарубіжні вчені визначають СДУГ як стан, пов'язаний із порушенням психоемоційного розвитку дитини. Особливість таких дітей полягає в їхній високій активності, неможливості зосередитися на чомусь одному, у запальності. Але такий стан можна відкоригувати, якщо почати лікування якомога раніше.

Причиною розвитку порушення можуть стати: ускладнення під час вагітності (ранній токсикоз, гестоз, внутрішньоутробна гіпоксія плода), ускладнення під час пологів (передчасні, стрімкі); низька маса тіла дитини при народженні або перенесені тяжкі захворювання протягом першого року життя; наявність у вагітної шкідливих звичок, тяжка праця або робота в шкідливих умовах у період виношування плода.

Основними ознаками синдрому дефіциту уваги, що супроводжується гіперактивністю дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, визначені: неухважність (дитині складно на чомусь зосередити увагу, вона постійно відкладає рішення проблем, ніколи не доводить розпочату справу до кінця); гіперактивність (дитина постійно перебуває в русі, їй складно утриматися на одному місці, дуже складно висидіти урок, вона постійно совається, хвилюється, відволікається в ході уроку); імпульсивність (дитина ніколи не замислюється над запитанням, відповідаючи перше, що спадає на думку).

Особливостями інтелектуального розвитку дітей зі СДУГ вчені вважають довільну регуляцію психічної діяльності, когнітивних функцій, мовлення, довільну рухову активність, недостатній розвиток перцептивно-гностичної та емоційної сфер.

Наслідками СДУГ можуть бути випадкові травми, складності адаптації в колективі, конфлікти з однолітками, регулярні перепади настрою.

До основних ознак СДУГ також можуть доєднатися й супутні симптоми: складності в навчанні, незважаючи на високі інтелектуальні здібності; тики; швидка стомлюваність; наявність фобій, тривожного і депресивного стану; аутизм; проблеми зі сном; порушення мовлення або поведінки.

Вік 6–8 років є критично важливим етапом розвитку дітей зі СДУГ, коли вони набувають важливих соціальних та емоційних навичок. Однак деякі діти можуть мати емоційні та поведінкові проблеми, які впливають на їхній розвиток. Ігрова терапія, зокрема казкотерапія, застосовується, щоб допомогти таким дітям подолати ці проблеми в безпечному та сприятливому середовищі та вирішити емоційні та поведінкові проблеми. Для дітей зі СДУГ характерні емоційна лабільність та емоційна збудливість, дратівливість. Також у них спостерігається виражена виснажливості розумової працездатності.

Раннє розпізнавання специфічних труднощів навчання дітей зі СДУГ є необхідним. Лікарі, соціальні працівники та педагоги в спільній практичній роботі доводять, якщо не вживати заходів, то в дітей можуть з'явитися вторинні емоційні та поведінкові проблеми. Перед вступом до школи комплексне обстеження дітей зі СДУГ має стати обов'язковим. Після 8 років відбувається певна редукція недостатності довільної регуляції психічної діяльності, вербальної пам'яті, довільної рухової активності.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Barkley RA. (2008). Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Arch. Gen. Psychiatry. 6: 186–207.
2. Bekh ID. (1998). Osobystisno zopiientovane vykhovannia: nauk.-metod. posib. Kyiv: IZMN: 204. [Бех ІД. (1998). Особистісно зорієнтоване виховання: наук.-метод. посіб. Київ: ІЗМН: 204].
3. Boriak O, Ladynchenko L. (2020). Molodshi shkoliari z hiperaktyvnym rozladom iz defitsytom uvahy v umovakh suchasnoho inkluzivnoho prostoru. Pedahohichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnologii: 5–6: 99–100. [Боряк О, Ладинченко Л. (2020). Молодші школярі з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги в умовах сучасного інклюзивного простору. Педа-

- гогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: 5–6: 99–100].
4. Вуєраґ. (2011). Теоретичні аспекти проблеми формування властивостей уваги у молодших школярів з розумовою відсталістю. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова: збірник наукових праць*. Серія 19: «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія». Київ: 17: 318–322. [Бурґа Ю.Ю. (2011). Теоретичні аспекти проблеми формування властивостей уваги у молодших школярів з розумовою відсталістю. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова: зб. наук. пр.* Серія 19: «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія». Київ: 17: 318–322].
 5. Burchyk OV. (2005). Hrupova kazkoterapiia v osobystisno-orientovanomu vykhovanni ditei. *Visnyk Zhytomyrskoho derzhavnoho universytetu imeni Ivana Franka*. 25: 203–205. [Бурчик ОВ. (2005). Групова казкотерапія в особистісно-орієнтованому вихованні дітей. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*. 25: 203–205].
 6. Çelebi F, Ünal D. (2021). Self esteem and clinical features in a clinical sample of children with ADHD and social anxiety disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*: 75(4): 286–291.
 7. Dotsiuk LH, Kushnir IH, Hauriak OD. (2021). Efektyvnist vykorystannia terapevtychnykh vprav u ditei z syndromom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnistiu. *Naukovyi chasopys NPU imeni MP. Drahomanova*: 4 (132): 76–79. [Доцюк ЛГ, Кушнір ІГ, Гауряк ОД. (2021). Ефективність використання терапевтичних вправ у дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*: 4 (132): 76–79].
 8. Dziubko LV. (2019). Ekolohichnist dopomohy molodshomu shkoliaru z SDUH. Aktualni problemy psykholohii. [Дзюбка ЛВ. (2019). Екологічність допомоги молодшому школяру з СДУГ. *Актуальні проблеми психології*. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i3/9.pdf>.]
 9. Hodlevska V. (2021). Syndrom defitsytu uvahy z hiperaktyvnistiu u ditei molodshoho shkilnoho viku: sutnist, diahnozyka, korektsiia. *Visnyk Lvivskoho universytetu. Seriia psykholohichni nauky*: 9: 73–78. [Годлевська В. (2021). Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*: 9: 73–78].
 10. Holub OV, Lesyk AS, Shcherbakova NM. (2022). Pedagogichni umovy vykhovannia hiperaktyvnykh ditei u pochatkovii shkoli. *Naukovi zapysky NDU im. M. Hoholia. Psykholohopedagogichni nauky*: 1: 46–53. [Голуб ОВ, Лесик АС, Щербаківа НМ. (2022). Педагогічні умови виховання гіперактивних дітей у початковій школі. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки*: 1: 46–53].
 11. Hryshchenko S, Beseda N, Slobodianyk V, Kulesha–Liubinetes M, Bashtovenko O, Tryfonova O. (2022). Neuropsychological Health Technologies. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 13(3): 166–180. <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/360>.
 12. Klymenko OI. (2022). Osoblyvosti provedennia lohopedychnoi roboty z ditmy z syndromom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnistiu. *Zbirnyk tez III Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii «Pryrodnycha nauka u osvita: suchasnyi stan i perspektyvy rozvytku»*, (22–23 veresnia 2022 r.). Kharkiv: KhNPU imeni HS. Skovorody: 115–118. [Клименко ОІ. (2022). Особливості проведення логопедичної роботи з дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції «Природничка наука й освіта: сучасний стан і перспективи розвитку»*, (22–23 вересня 2022 р.). Харків: ХНПУ імені ГС. Сковороди: 115–118].
 13. Kniaziev VM. (2023). Osoblyvosti samoostinky ta rozvytku osobystosti u ditei iz rozladom defitsytu uvahy z hiperaktyvnistiu. *Vcheni zapysky TNU imeni V.I. Vernadskoho. Seriia: Psykholohiia*: 34 (73): 3: 34–39. [Князєв ВМ. (2023). Особливості самооцінки та розвитку особистості у дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю. *Вчені записки ТНУ імені ВІ. Вернадського. Серія: Психологія*: 34 (73): 3: 34–39].
 14. Kompanets N. (2020). Osoblyvosti dovilnoi povedinky u ditei iz rozladamy hiperaktyvnosti z defitsytom uvahy. *Osoblyva dytyna: navchannia i vykhovannia*: 4: 7–18. [Компанець Н. (2020). Особливості довільної поведінки у дітей із розладами гіперактивності з дефіцитом уваги. *Особлива дитина: навчання і виховання*: 4: 7–18].
 15. Krisch J. (2019). How to Draw Conclusions About What Children’s Art Really Means. URL: <https://www.fatherly.com/health-science/kid-art-what-children-are-thinking>.
 16. Krutii KL, Zdanevych LV. (2021). Neobkhdnist multydstysplinarnoho pidkhodu do rozroblennia osvityvnykh pidhotovky bakalavriv do abilitatsiinoi diialnosti. *Pedahohika formuvannia tvorchoi osobystosti u vyshchii i zahalnoosvitnii shkolakh*: 74; 3: 35–39. [Крутії КЛ., Зданевич ЛВ. (2021). Необхідність мультидисциплінарного підходу до розроблення освітніх програм підготовки бакалаврів до абілітаційної діяльності. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*: 74; 3: 35–39].
 17. Martsenkovska II. (2020). Dytyna z rozladom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnistiu v ukrainskii shkoli: korotko pro holovne. *NeiroNews: psykhonevrolohiia ta neiropsykhiiatriia*: 4 (115): 17–19. [Марценковська ІІ. (2020). Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*: 4 (115): 17–19].
 18. Martyniuk Vlu, Zinchenko SM. (2011). Minimalna mozкова dysfunktsiia: navchalnyi posibnyk. Kyiv: Intermed: 168. [Мартинюк ВЮ, Зінченко СМ. (2011). Мінімальна мозкова дисфункція: навчальний посібник. Київ: Інтермед: 168].
 19. Mohammadi Orangi B, Yaali R, Ackah–Jnr FR, Bahram A, Ghadiri F. (2021). The effect of nonlinear and linear methods and inclusive education on self-esteem and motor proficiency of ordinary and overactive children. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research*: 8(2): 69–78.
 20. Molavi P, Nadermohammadi M, Salvat Ghojehbeiglou H, Vicario CM, Nitsche MA, Salehinejad MA. (2020). ADHD subtype-specific cognitive correlates and association with self-esteem: A quantitative difference. *BMC psychiatry*: 20(1): 1–10.
 21. Mushkevych MI. (2020). Psykholohichni suprovod simei, shcho maiut problemnykh ditei. *Dysertatsiia doktora psykholohichnykh nauk*: 19.00.07 – Pedagogichna ta vikova psykholohiia. Kyiv: 40. [Мушкевич МІ. (2020). Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей. *Дисертація доктора психологічних наук*: 19.00.07 – Педагогічна та вікова психологія. Київ: 40].
 22. Mykhalskyi AV, Zhyhulova EO, Mykhalska YuA. (2020). Zdoroviazberihaiuchi tekhnolohii pry roboti z ditmy iz osoblyvymy osvitnimy potrebamy: navchalnyi posibnyk. *Kamianets–Podilskyi: Vydavets Kovalchuk OV*: 228. [Ми-

- хальський АВ, Жигульова ЕО, Михальська ЮА. (2020). Здоров'язберігаючі технології при роботі з дітьми із особливими освітніми потребами: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук ОВ.: 228].
23. Ositkovska O, Baiier O. (2020). Statevi vidminnosti v rozladi defitsytu uvahy z hiperaktyvnistiu: styslyi literaturnyi ohliad. *Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka. Psykholohiia*: 2(12): 72–76. [Осітковська О, Байер О. (2020). Статеві відмінності в розладі дефіциту уваги з гіперактивністю: стислий літературний огляд. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*: 2(12): 72–76. [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).13](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).13)].
24. Perepada OM. (2010). Syndrom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnosti yak medyko-psykholohichna problema. *Zbirnyk naukovykh prats KPNU imeni Ivana Ohienka, Instytutu psykholohii im. H.S. Kostiuka APN Ukrainy «Problemy suchasnoi psykholohii»*: 10: 591–601. [Перепада ОМ. (2010). Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема. *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України «Проблеми сучасної психології»*: 10: 591–601].
25. Shestopalova LF, Borodavko OO, Kozivkina NV, Kozivkina OV, Hordiievych MS. (2015). Osoblyvosti psykhičnoho rozvytku ditei z syndromom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnosti. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 23; 4 (85): 97–100. [Шестопалова ЛФ, Бородавко ОО, Козявкіна НВ, Козявкіна ОВ, Гордієвич МС. (2015). Особливості психічного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Український вісник психоневрології*. 23; 4 (85): 97–100].
26. Shestopalova LF. (2000). Minimalna mozкова dysfunktsiia: kliniko-psykholohichni aspekty. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 8; 2(24): 84–87. [Шестопалова ЛФ. (2000). Мінімальна мозкова дисфункція: клініко-психологічні аспекти. *Український вісник психоневрології*. 8; 2(24): 84–87].
27. Shyriaiieva L. (2020). Osoblyvosti spryiniattia simeinykh vzaiemostosunkiv i svoho mistsia v simi dytynoiu iz syndromom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnosti. *Problemy suchasnoi psykholohii*: 50: 328–352. [Ширяєва Л. (2020). Особливості сприйняття сімейних взаємостосунків і свого місця в сім'ї дитиною із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Проблеми сучасної психології*: 50: 328–352].
28. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. (2019). Kooij JJS., Bijaenga D., Salerno L. et al. *European psychiatry*: 56(1):14–34.
29. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE, Kipp H, Gnagy EM et al. (2019). Family Burden of Raising a Child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*: 1–12. doi: 10.1007/s10802-019-00518-5.
30. Zlyvko VL. (2016). *Psyhodiagnostyka osobystosti u kryzovykh zhyttievyykh situatsiakh*. Kyiv: Pedagogichna dumka: 219. [Злишков ВЛ. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. Київ: Педагогічна думка: 219].

Відомості про авторів:

Грищенко Світлана Владиславівна — д.пед.н., проф., проф. каф. соціальної роботи та освітніх і педагогічних наук НУЧК ім. Т.Г. Шевченка.

Адреса: м. Чернігів, вул. Гетьмана Полуботка, 53. <https://orcid.org/0000-0002-7981-3578>.

Стаття надійшла до редакції 28.11.2023 р., прийнята до друку 12.02.2024 р.