

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
кафедра прикладної психології та логопедії

Допущено до захисту
Завідувач кафедру
 **Олена СТАРИНСЬКА**

«20» листопада 2025 року

**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ
СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ДО
ПЕРЕБУВАННЯ В ГРУПІ ОДНОЛІТКІВ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого рівня
вищої освіти, групи м25-СОз
Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка
Спеціальність: 016 Спеціальна освіта
Спеціалізація: 016.01 Логопедія
ТАРАСЕНКО Олександра Миколаївна

Керівник:
**к. психол. н., доц. Цибуляк Наталя
Юріївна**

Рецензент:
к.псих.н., доц. Тетяна СУЩИНСЬКА

Запоріжжя – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ДО ПЕРЕБУВАННЯ В ГРУПІ ОДНОЛІТКІВ	8
1.1. Систематизація наукових поглядів щодо природи, проявів і структури синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю	8
1.2. Труднощі соціальної адаптації дітей дошкільного віку зі синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю	16
1.3. Функціональний стан дитини дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю як чинник її адаптації до групи однолітків	20
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ДО ПЕРЕБУВАННЯ В ГРУПІ ОДНОЛІТКІВ	29
2.1. Організація та методики дослідження	29
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей адаптації дітей дошкільного віку зі синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю	36
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДТРИМКИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ	47
3.1. Обґрунтування психолого-педагогічних умов та форм підтримки дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю у процесі адаптації до групи однолітків	47
3.2. Аналіз результатів формувального експерименту	52
Висновки до розділу 3	65
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	80

ВСТУП

Актуальність теми. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є одним із найпоширеніших нейропсихологічних розладів дитячого віку, який виявляється у вигляді стійких труднощів із концентрацією уваги, імпульсивністю та надмірною руховою активністю. За даними С. Грищенко (2024), поширеність СДУГ серед дітей молодшого шкільного віку коливається від 5 % до 10 %, причому перші прояви цього розладу фіксуються вже у дошкільному віці. Автор підкреслює, що СДУГ має не лише медичний, але й виражений соціально-психологічний характер, оскільки призводить до труднощів адаптації дитини в освітньому середовищі, порушення комунікації з однолітками та виникнення емоційно-поведінкових проблем.

Питання соціальної адаптації дітей із СДУГ активно досліджується у світовій науковій літературі. Зокрема, А. В. Noza (2021), J. Mikami (2020), Е. Ніхон (2022) доводять, що діти з цим розладом мають суттєві труднощі у встановленні дружніх контактів, демонструють нижчий рівень просоціальної поведінки та підвищену конфліктність у групі. У систематичному огляді Kofler M. J. та ін. (2023) зазначено, що проблеми соціальної взаємодії та відторгнення в колективі є одними з ключових вторинних наслідків СДУГ, які безпосередньо впливають на якість життя дитини.

Дослідження Shaw P. et al. (2022) та Fogleman N. et al. (2023) показують, що діти дошкільного віку з ознаками СДУГ уже на ранніх етапах проявляють труднощі у спільній грі, взаємодії та регуляції емоцій, що ускладнює їхню адаптацію до групи однолітків. У свою чергу, R. A. Barkley (2021) підкреслює, що в дошкільному віці формується основа соціальної компетентності, а неуспішність у цьому процесі є предиктором подальших труднощів у навчанні, підвищеного ризику соціальної ізоляції та поведінкових розладів.

Проблему соціальної дезадаптації дошкільників із СДУГ досліджують також сучасні українські автори. У вітчизняній науці увагу до цього феномена

приділяють С. Грищенко (2024), О. Дудіна (2022), І. Савченко (2023), які акцентують на взаємозв'язку між нейропсихологічними особливостями розвитку, рівнем емоційної регуляції та соціальною поведінкою дитини у колективі.

Отже, вивчення особливостей адаптації дітей дошкільного віку зі СДУГ до перебування в групі однолітків є надзвичайно актуальним, адже саме на цьому етапі відбувається становлення базових форм соціальної взаємодії, емпатії, довіри та саморегуляції. Розуміння цих процесів дозволить розробити ефективні психолого-педагогічні стратегії підтримки дітей із СДУГ, сприяти їхній інтеграції у дитячий колектив і запобігти формуванню вторинних емоційних та поведінкових порушень у подальшому розвитку.

Об'єкт дослідження – процес соціально-психологічної адаптації дітей дошкільного віку в колективі однолітків.

Предмет дослідження – особливості адаптації дітей дошкільного віку, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), до перебування в групі однолітків.

Мета дослідження – виявити та охарактеризувати специфіку соціально-психологічної адаптації дітей дошкільного віку зі СДУГ у групі однолітків, визначити чинники, що її ускладнюють або сприяють успішному пристосуванню, і окреслити напрями психолого-педагогічної підтримки таких дітей.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми соціальної адаптації дітей дошкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, розкрити історичні, нейропсихологічні та функціональні аспекти розвитку цього розладу.

2. Дослідити особливості соціально-психологічної адаптації дошкільників зі СДУГ у групі однолітків, виявити основні труднощі, типи міжособистісних стосунків та рівень прийняття дитини колективом.

3. Розробити та обґрунтувати психолого-педагогічні умови й форми підтримки дітей дошкільного віку зі СДУГ для підвищення рівня їхньої соціальної адаптації в групі однолітків.

Методи дослідження.

теоретичні – аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел із проблеми СДУГ, соціальної адаптації дошкільників, міжособистісних взаємин у дитячому колективі; порівняльний аналіз сучасних психологічних концепцій адаптації (соціально-когнітивного, діяльнісного, нейропсихологічного підходів); узагальнення результатів попередніх емпіричних досліджень для формування концептуальної моделі дослідження.;

емпіричні – спостереження за поведінкою дітей у групі однолітків (вільна та структурована гра, спільна діяльність); опитування вихователів і батьків щодо адаптаційних особливостей дітей, зокрема: методики: опитувальник дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності; спостереження за поведінкою дітей за критеріями «рухова активність», «неуважність», «імпульсивність»; карту спостережень функціонального стану дитини в період адаптації.

та методи статистично-математичної обробки даних; статистичні розрахунки виконані з використанням пакета комп'ютерних програм Microsoft Excel XP.

Теоретичною базою дослідження стали положення нейробіологічного, психіатричного, психологічного, психолого-педагогічного та соціально-психологічного підходів, що комплексно розкривають природу, механізми й особливості проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Нейробіологічний та психіатричний аспекти проблеми висвітлювали Р. Барклі, В. Дуглас, А. Фрігеріо, Л. Монталі, В. Байо-Тальон, які розглядали СДУГ як наслідок порушення нейрохімічної регуляції мозку, дисфункції префронтальних відділів кори та дефіциту виконавчих функцій, що зумовлює труднощі самоконтролю й довільної поведінки дитини. З позицій психолого-педагогічного підходу Н. Нерменд і В. Галарза розробляли шляхи

психологічної допомоги та навчальної підтримки дітей із СДУГ, акцентуючи на розвитку емоційної саморегуляції, комунікативних навичок і просоціальної поведінки як ключових чинників успішної адаптації до групи однолітків. Українські вчені Г. Анохіна, Н. Гаврилова, С. Максименко досліджували нейробіологічні й нейропсихологічні аспекти СДУГ, розкриваючи механізми довільної регуляції, формування міжпівкульних зв'язків і вплив функціональної асиметрії мозку на поведінку дитини. Водночас педагоги та логопеди М. Шеремет, І. Мартиненко, Н. Базима, Ю. Пінчук, С. Цимбал-Слатвінська) зосереджували увагу на проблемах навчання, соціалізації та корекції поведінкових і мовленнєвих розладів у дітей цієї категорії. У межах соціально-психологічного підходу, що поєднує здобутки попередніх напрямів, адаптація розглядається як динамічний процес включення дитини зі СДУГ до системи міжособистісних стосунків, у якому визначальними є рівень прийняття в групі, емоційна взаємодія та досвід співпраці. Зазначені наукові підходи створюють цілісне теоретичне підґрунтя для аналізу проблеми адаптації дітей дошкільного віку зі СДУГ до перебування в групі однолітків.

Практична база дослідження – приватна школа «Bla, bla – kids», Пустомити, Львівської області. Вибірку склали 4 дитини з СДУГ, вік – шостий рік життя.

Теоретична новизна полягає у поглибленні наукових уявлень про особливості соціально-психологічної адаптації дітей дошкільного віку зі синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, зокрема про взаємозв'язок нейропсихологічних чинників, емоційно-поведінкових проявів і соціального функціонування дитини у групі однолітків. Отримані узагальнення розширюють розуміння механізмів формування адаптивної поведінки, саморегуляції та просоціальної взаємодії дітей із СДУГ у контексті дошкільного освітнього середовища.

Практична значимість дослідження полягає у можливості використання його результатів у практиці роботи педагогів, психологів і логопедів з дітьми дошкільного віку, які мають синдром дефіциту уваги з

гіперактивністю. Отримані висновки можуть бути використані педагогами, практичними психологами, логопедами, асистентами вихователя й батьками для створення сприятливого середовища, що сприятиме гармонійній соціальній адаптації дитини та формуванню позитивного досвіду спілкування в дитячому колективі.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (77 найменувань з яких 26 іноземними мовами) та додатків . Загальний обсяг роботи становить – 90 сторінок, основний обсяг – 70 сторінок. Робота містить 8 таблиць, 0 рисунків, 4 додатки (на 11 сторінках).

РОЗДІЛ 1.

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ДО ПЕРЕБУВАННЯ В ГРУПІ ОДНОЛІТКІВ

1.1 Систематизація наукових поглядів щодо природи, проявів і структури синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю

Проблема розвитку осіб із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) перебуває у полі уваги дослідників різних галузей : педагогіки, психології, медицини, нейропсихології, корекційної педагогіки та суміжних наук.

Ще у 18 столітті, на тлі поширення описових методів вивчення поведінки у психології, з'являються перші наукові спроби системно осмислити явища уваги та надмірної активності. Одним із перших дослідників, хто звернувся до цієї проблеми, був шотландський лікар і мандрівник О. Крейтон, який аналізував природу уваги та причини її порушення. Спираючись на ідеї Д. Локка, він описував поведінку учнів, яким було складно зосередитися на навчальних завданнях, і які перебували у стані постійного психічного збудження. О. Крейтон спостерігав групи дітей із вираженими труднощами концентрації та назвав цей стан «психічною тривогою». За його спостереженнями, такі діти мали надмірну чутливість нервової системи, що, на його думку, мала вроджений, спадковий характер або була пов'язана з певними соматичними хворобами. Важливо, що вчений відмовився від тогочасної традиції пояснювати подібні порушення моральними чи духовними причинами, він розглядав їх як індивідуальні особливості психічного розвитку. Він також вважав, що кожна людина має власний рівень розвитку уваги, а тому не існує єдиної норми для всіх. Для дітей, у яких цей рівень є зниженим, він пропонував розробляти спеціальні педагогічні

методики, що враховують їхні пізнавальні й емоційні особливості. Учений також одним із перших звернув увагу на те, що симптоми порушення уваги мають вікову динаміку – з віком їхня інтенсивність може зменшуватись, що свідчить про поступове дозрівання регуляторних функцій мозку.

Нотатки та описи, залишені О. Крейтаном, надзвичайно близькі до сучасних характеристик синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Його припущення про вроджений характер цього феномена пізніше знайшло підтвердження у дослідженнях нейробіології, які виявили особливості дозрівання префронтальної кори, підкіркових ядер, мозочка та мозолистого тіла у дітей із СДУГ. Подібно до сучасних учених, О. Крейтон акцентував увагу не стільки на гіперактивності (як зовнішньому прояві), скільки на дефіциті концентрації – як центральному механізмі, що регулює поведінку. Це свідчить про його глибоке інтуїтивне розуміння ролі уваги у формуванні саморегуляції ще задовго до становлення сучасної нейропсихології [67].

Перші наукові описи феномена СДУГ з'явилися у середині 19 століття: німецький лікар Г. Гофман звернув увагу на дітей, які вирізнялися надмірною рухливістю, емоційною нестійкістю, імпульсивністю та труднощами у дотриманні правил поведінки. Наприкінці 19 століття інтерес до проблем дитячої поведінки й надмірної активності продовжував зростати. Ф. Шольц у своїй праці «Недоліки в характері дитини. Друга золота книжка» описав групу дітей, яких називав «неспокійними», «важкими», «тремтливими». Він відзначав їхню підвищену рухову активність, вказуючи, що «їхні руки й ноги перебувають у постійному довільному русі, часто незграбному». Ці спостереження можна вважати одними з перших спроб клінічного опису поведінкових проявів, які нині асоціюються з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

У цей самий період, на українських землях, вагомий внесок у розвиток нейрофізіологічних уявлень зробив Володимир Бец. У 1874 році він відкрив гігантські пірамідні клітини, розташовані у передцентральної звивині кори головного мозку, які згодом отримали назву «клітини Беца». Ці нейрони,

розміщені у п'ятому шарі моторної кори, безпосередньо контролюють рухові функції. Втім, значення цього відкриття виходить далеко за межі лише рухових процесів, адже передцентральна звивина тісно взаємодіє з префронтальною корою, що відповідає за когнітивні функції, довільну регуляцію та контроль поведінки. Хоча В. Бец не досліджував синдром дефіциту уваги з гіперактивністю безпосередньо, його відкриття має важливе значення для розуміння нейроанатомічних основ цього розладу. Виявлення клітин, які відіграють ключову роль у регуляції рухів, дозволяє простежити, як моторні структури мозку пов'язані з процесами самоконтролю, уваги та поведінкової регуляції, що є центральними компонентами проблематики СДУГ [30].

У 20 столітті англійський педіатр Джордж Фредерік Стілл деталізував характеристику таких дітей, відзначаючи у них дефіцит уваги, знижену здатність до тривалого зосередження, підвищену імпульсивність і поведінкові проблеми. Саме його дослідження стали підґрунтям для формування сучасного уявлення про синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як окремий психоневрологічний феномен, він який уперше описав клінічні прояви, що згодом отримали назву розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ). За його спостереженнями, розлад зустрічався приблизно втричі частіше серед хлопчиків, ніж серед дівчат, що узгоджується і з сучасними даними епідеміологічних досліджень. Стілл детально описав широкий спектр симптомів, серед яких: труднощі з концентрацією уваги, надмірна рухливість, емоційна нестійкість, схильність до гніву, жорстокість, порушення соціальних норм, безсоромність та імпульсивність. Основною характеристикою цих проявів він вважав «непереборне прагнення задовольняти власні імпульси, не зважаючи на наслідки». Учений стверджував, що моральний контроль поведінки дитини базується на трьох чинниках: здатності до порівняльного мислення, моральному самопізнанні та вольовому акті [61].

Важливим є те, що Стілл наполягав на біологічній природі цих порушень, відкидаючи можливість їхнього зв'язку з помилками виховання чи

соціальним впливом. Він розглядав прояви розладу як результат хронічних, вроджених або органічних порушень мозкової діяльності, що значною мірою узгоджується із сучасними уявленнями про нейропсихологічні основи СДУГ

Поступово гіпотеза про біологічне походження СДУГ отримала подальше підтвердження. Після епідемії менінгіту 1917–1918 років лікарі помітили, що значна кількість дітей, які переохворіли на цю недугу, демонстрували симптоми, схожі з описаними Стіллом: гіперактивність, імпульсивність, труднощі концентрації, порушення поведінки. Цей стан отримав назву «постенцефалітного розладу поведінки», і саме з цього часу почала активно розвиватися гіпотеза про органічне ураження мозку як ключовий чинник у виникненні СДУГ. Подальші нейропсихологічні дослідження дозволили уточнити, що найбільш імовірно порушення пов'язані з лобовими відділами мозку, передусім префронтальною корою, яка відповідає за регуляцію поведінки, уваги та емоційного самоконтролю [76].

У 1930-х роках німецький педагог і психіатр А. Страусс поглибив розуміння біологічних чинників гіперактивності, висунувши гіпотезу, що її причиною можуть бути не лише локальні церебральні ураження, а й дифузна функціональна недостатність головного мозку. Такий підхід розширив уявлення про природу СДУГ, спрямовуючи дослідницьку увагу на системні порушення мозкової діяльності, які впливають на регуляцію поведінки, уваги та емоційної сфери дитини [77].

Подальший розвиток нейропсихологічних досліджень у другій половині 20 – на початку 21 століття сприяв глибшому розумінню природи синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Так, у 2002 році доктор J. Nigg разом зі співавторами встановив, що нейропсихологічні порушення при різних типах СДУГ проявляються з приблизно однаковою інтенсивністю, що дало підстави розглядати цей розлад як єдину, багатокomпонентну структуру з різними клінічними варіаціями [70].

Визнання нейробіологічної основи СДУГ остаточно закріпилося у 2018 році, коли в оновленій Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) цей

розлад, поряд з аутизмом, дислексією, розладами мовлення та моторики, було офіційно віднесено до категорії порушень нейророзвитку (Neurodevelopmental disorders). Таке класифікаційне рішення підтвердило, що СДУГ має нейророзвиткову природу, пов'язану з особливостями дозрівання структур мозку, які забезпечують саморегуляцію, увагу та контроль поведінки [52].

Попри більш ніж столітню історію вивчення, єдиного трактування природи й проявів СДУГ досі не існує. Представники різних наукових напрямів висувають власні теорії, акцентуючи на біологічних, психологічних, соціальних або педагогічних чинниках, що зумовлює суперечливість у діагностиці, прогнозуванні розвитку та виборі корекційних стратегій. На сучасному етапі не сформовано універсальної системи методів, яка б дозволяла комплексно досліджувати та ефективно коригувати СДУГ як цілісне явище, що охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні складові розвитку.

У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії і суміжних професій (IACAPAP) офіційно визнала розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) однією з найактуальніших проблем сучасної системи охорони психічного здоров'я дітей і підлітків. Згідно з результатами міжнародних досліджень, проведених за ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), рівень поширеності цього розладу у світі варіює від 3 до 20 % залежно від країни, методів діагностики та культурних особливостей. За даними Американської психіатричної асоціації, прояви РДУГ спостерігаються приблизно у 4–12 % дітей віком від 6 до 12 років. Така статистика свідчить про масштабність проблеми: у середньому кожна тридцята дитина шкільного віку стикається зі стійкими труднощами навчальної та соціальної адаптації, зумовленими дефіцитом уваги, імпульсивністю або надмірною руховою активністю [35]. Ці показники підкреслюють необхідність раннього виявлення порушень і впровадження ефективних психолого-педагогічних стратегій підтримки дітей із СДУГ як на етапі дошкільного, так і шкільного розвитку

У науковій літературі використовується кілька назв цього розладу – гіперактивний розлад із дефіцитом уваги, синдром гіперактивності та дефіциту уваги, розлад активності й уваги, а також міжнародний термін ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). В українській науковій і практичній традиції найбільш уживаним є саме поняття «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» (СДУГ), яким і послуговуватимемось у межах нашого дослідження [21].

Більшість науковців визначають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) як неврологічно-поведінковий розлад розвитку, що проявляється стійкими ознаками гіперактивності, імпульсивності та дефіциту уваги. Такі симптоми суттєво впливають на процес навчання, соціальну адаптацію та повсякденне функціонування дитини, знижуючи її здатність до самоконтролю й тривалої концентрації. СДУГ належить до найпоширеніших психоневрологічних розладів дитячого віку, хоча, як зазначає А. Frigerio (2013), його прояви можуть зберігатися і в дорослому житті.

У самій назві цього синдрому відображено дві ключові проблеми, з якими стикається дитина та її найближче соціальне оточення – гіперактивність і дефіцит уваги. Саме вони є первинними характеристиками розладу, тоді як інші прояви – імпульсивність, порушення поведінки, труднощі у навчанні чи міжособистісній комунікації зазвичай формуються як вторинні наслідки основних дефіцитів.

СДУГ супроводжується затримкою дозрівання вищих психічних функцій, що призводить до специфічних труднощів у навчальній діяльності (М. Касьян, 2012). Такі діти часто виявляють підвищену емоційну збудливість і нестійкість до фрустрації, болісно реагують на невдачі, відзначаються низькою самооцінкою, впертістю, запальністю, агресивністю, невпевненістю у собі та труднощами у спілкуванні з ровесниками. Спостерігається незрілість соціальної поведінки, заперечення авторитетів, безвідповідальність, схильність до порушення встановлених правил і норм. Такі діти часто мають труднощі з утриманням стабільної поведінкової реакції протягом тривалого

часу, що ускладнює їхню взаємодію в колективі та процес соціальної адаптації. зв'язків між різними психічними та поведінковими компонентами.

На сучасному етапі розвитку науки систематизацію історичних і теоретичних уявлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю здійснив S. Faraone, який виділив чотири основні періоди в еволюції розуміння РДУГ.

1. Додіагностичний період, коли описувалися окремі поведінкові симптоми, але ще не існувало єдиного клінічного визначення розладу.
2. Період інтерпретації РДУГ як мозкової дисфункції, що пов'язував прояви гіперактивності та неуважності з органічними ураженнями або функціональними порушеннями мозкових структур.
3. Етап розуміння РДУГ як виключно дефіциту уваги, коли домінуючим вважався саме когнітивний аспект розладу.
4. Сучасний період, у межах якого РДУГ розглядається як складний багатокомпонентний розлад, що поєднує три базові симптоми – гіперактивність, імпульсивність та дефіцит уваги, і характеризується різним ступенем вираженості проявів у кожної особи.

Одним із новітніх напрямів осмислення феномену РДУГ є парадигма нейрорізноманіття (neurodiversity), яка пропонує принципово інше бачення цього стану. У межах цієї парадигми РДУГ, як і розлади аутистичного спектра (РАС), дислексія чи інші нейророзвиткові особливості, розглядаються не як патологія чи відхилення, а як варіант індивідуального розвитку нервової системи. Такий підхід акцентує увагу не на дефіцитах, а на потенціалі, ресурсах і специфічних формах соціалізації осіб із РДУГ, відкриваючи нові перспективи для інклюзивної освіти та психолого-педагогічної підтримки [58].

Впровадження парадигми нейрорізноманіття суттєво вплинуло на сучасне розуміння розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ), зумовивши переосмислення підходів до його діагностики, терапії та соціальної інтеграції осіб із цим станом. Якщо раніше РДУГ традиційно розглядали як патологічне відхилення, що потребує медичного втручання, то

сьогодні, у межах концепції нейрорізноманіття, він дедалі частіше трактується як один із природних варіантів когнітивного та поведінкового розвитку людини [74].

Основна ідея цього підходу полягає в тому, що варіативність функціонування нервової системи є природною частиною людського різноманіття та не повинна автоматично кваліфікуватися як дефіцит чи патологія. Представники концепції наголошують, що люди з РДУГ мають унікальні когнітивні стилі, які можуть становити як певні труднощі, так і значні переваги, наприклад, у творчих видах діяльності, динамічних професіях чи ситуаціях, що вимагають швидкої реакції та багатозадачності [54].

Однією з ключових змін, спричинених парадигмою нейрорізноманіття, стало етичне переосмислення підходів до лікування та підтримки осіб із РДУГ. Замість орієнтації виключно на зменшення проявів гіперактивності або покращення концентрації за допомогою медикаментозних засобів, сучасна парадигма пропонує розробляти інклюзивні психолого-педагогічні стратегії, які допомагають людині максимально реалізувати власний потенціал. Прикладами таких стратегій є гнучкі освітні програми, індивідуалізовані підходи до навчання, адаптація робочого середовища, що загалом сприяє підвищенню успішності, самореалізації та якості життя осіб із РДУГ [64].

Таким чином, концепція нейрорізноманіття суттєво трансформувала сучасне розуміння розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ), утверджуючи ідею прийняття когнітивних і поведінкових відмінностей як природного вияву людського різноманіття. Цей підхід наголошує на важливості створення інклюзивного соціального та освітнього середовища, яке не лише підтримує осіб із РДУГ, а й сприяє їхній успішній інтеграції у суспільство, визнаючи як їхні сильні сторони, так і потенційні труднощі адаптації.

У контексті сучасної української наукової думки значний внесок у розвиток нейропсихологічної парадигми здійснив Б. Ткач, який запропонував концепцію нейроперсонології [42]. Цей підхід поєднує здобутки нейробіології

та психології з метою глибшого розуміння взаємозв'язків між нейрофізіологічними процесами мозку та особистісними характеристиками людини. У межах нейроперсонології розглядається, як особливості функціонування нервової системи впливають на поведінку, когнітивні процеси, емоційні реакції та індивідуальне сприйняття світу, що відкриває нові перспективи для діагностики й підтримки осіб із нейророзвитковими особливостями, зокрема із СДУГ.

1.2. Труднощі соціальної адаптації дітей дошкільного віку зі синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю

Наукові дослідження свідчать, що перші прояви гіперактивності у дітей спостерігаються вже у віці до 18 місяців, причому критичним періодом розвитку вважається проміжок від 9 до 18 місяців – час, коли дитина починає активно рухатися, повзати, ходити та пізнавати навколишній простір. У цей період відбувається формування важливого зв'язку між руховими діями та сенсорними каналами сприймання, що є основою розвитку когнітивних і поведінкових функцій. Через повторюваний досвід формуються первинні навички, поведінкові установки, мотиваційні реакції. Саме тому на цьому етапі особливого значення набуває цілеспрямоване педагогічне керування руховою активністю дитини, яке допомагає запобігти посиленню гіперактивних тенденцій і зменшує ризик розвитку вираженого синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у подальшому житті [3; 7; 15; 18; 21; 27; 35; 43]. За даними досліджень, приблизно у 22 % дітей із проявами гіперактивності підвищена моторна активність спостерігається від народження або з перших місяців життя. В інших випадках надмірна рухливість проявляється пізніше, переважно після дев'ятимісячного віку, коли дитина починає самотійно пересуватися, і саме тоді гіперактивність стає помітною проблемою [10; 17].

Батьки гіперактивних дітей часто відзначають, що їхня дитина погано переносить фізичну фіксацію, тобто може утримувати спокій лише в русі або у взаємодії з об'єктами довкілля. За результатами спостережень, близько 80 % дітей із гіперактивністю у віці до 18 місяців не можуть довго перебувати на руках у дорослих, навіть якщо їм пропонують щось цікаве чи приємне [18]. Це свідчить про ранні порушення сенсомоторної регуляції та труднощі формування механізмів довільного контролю.

З позиції психофізіології сприймання, здатність до концентрації пов'язана з умінням пригнічувати несуттєві сенсорні стимули та зосереджуватися на значущих. Для виконання будь-якої точної дії дитині необхідно гальмувати надлишкову м'язову активність та координувати рухи. Наприклад, під час гри, коли малюк зводить вежу з кубиків, він має дозувати силу натиску та напрям рухів руки, адже будь-який необережний, неуважний або надмірно енергійний рух може зруйнувати результат. Для дітей із СДУГ цей процес є особливо складним, оскільки порушення моторного контролю поєднується з дефіцитом уваги, що створює труднощі у формуванні навичок саморегуляції, стійкості дії та соціальної взаємодії.

У віці від 7 до 18 місяців у дитини формуються первинні просторові уявлення, що є важливим етапом розвитку саморегуляції та контролю рухової активності. Малюк починає орієнтуватися у просторі, розрізняти власні рухи, координувати їх і поступово вчиться гальмувати імпульсивні дії, спрямовуючи на них увагу. Саме в цей період закладається здатність планувати доцільні рухи, співвідносити їхню силу з метою, а також зароджується почуття часової послідовності (усвідомлення понять «спочатку – потім»). Ці навички сприяють зростанню впевненості дитини у власних діях і формують емоційно-позитивне ставлення до процесу цілеспрямованої діяльності [7].

Ключову роль у цьому процесі відіграють батьки або дорослі вихователі, які слугують для дитини посередниками між її власною активністю та зовнішнім світом. За відсутності належного прикладу та участі дорослих, дитина починає самотійно продукувати повторювані рухи, що

часто набувають стереотипного характеру. Такі монотонні, безцільні дії можуть бути першими проявами гіперактивної поведінки у дошкільному віці. Чим частіше дитина відтворює подібні рухи, тим більше вони посилюють її руховий неспокій і ускладнюють процес адаптації до зовнішнього середовища.

Якщо в цей період дитина не отримує достатньо батьківської турботи, тілесного контакту та стимуляції тілесного сприймання, формується дефіцит тілесної перцепції порушується відчуття власного тіла, меж, рівноваги, що може стати підґрунтям для розвитку гіперактивності.

Психологи підкреслюють важливість інтегрованого сприймання дотику, рухів та рівноваги, які є невіддільними компонентами тілесного досвіду. Ці сенсорні системи забезпечують розвиток здатності дитини зосереджувати увагу на значущих подразниках і гальмувати реакції на другорядні стимули, що є необхідною умовою формування довольної регуляції поведінки [35; 38; 40].

Дослідники також наголошують, що перший досвід обмеження рухів дитина отримує ще до народження. Поступово, у міру зменшення простору в утробі матері, хаотичні рухи плоду гальмуються, а рухова активність узгоджується з фізичним станом матері. Цей біологічний зв'язок матері та дитини зберігається і після народження: упродовж перших двох-трьох років життя дитина гостро потребує захисту, тілесного контакту та взаємодії з матір'ю, що є вирішальним чинником регуляції її рухової активності.

Отже, доти, доки дитина не оволодіє свідомим контролем над власними рухами, вона потребує зовнішньої допомоги дорослих у регуляції активності. Відсутність таких обмежень або недостатня увага з боку батьків стають чинниками формування гіперактивної поведінки, яка згодом перешкоджає успішній соціальній адаптації дитини у колективі однолітків [39].

Таким чином, гіперактивна поведінка у дітей виявляється насамперед у порушенні здатності до саморегуляції – тобто у зниженій можливості контролювати власні дії, емоції та поведінкові імпульси. Дошкільник із

синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю демонструє недостатньо сформовані механізми самокерування, що зумовлює труднощі в організації цілеспрямованої діяльності, підтриманні уваги та дотриманні соціальних норм.

Теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що первинним чинником у структурі цього розладу є надмірна рухова активність, яка виступає пусковим механізмом для формування дефіциту довільної уваги. Саме гіперактивність спричиняє нестійкість концентрації, підвищену відволікання та розсіювання, що ускладнює розвиток навчальних навичок, комунікативної поведінки та соціальної адаптації дошкільника в групі однолітків.

Сучасні дослідження вказують на стійку тенденцію до зростання кількості дітей із СДУГ, що зумовлює підвищення актуальності вивчення їхньої життєдіяльності, освітнього розвитку та соціального функціонування. Більшість науковців відзначають, що саме труднощі адаптації є провідним чинником, який ускладнює процес соціалізації дітей із СДУГ. У зв'язку з цим актуальним завданням сучасної психологічної науки і практики є створення сприятливих психолого-педагогічних умов та розроблення корекційно-розвивальних програм, спрямованих на підтримку процесів адаптації, саморегуляції та інтеграції таких дітей у дитячий колектив [29; 38].

1.3. Функціональний стан дитини дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю як чинник її адаптації до групи однолітків

Виходячи з попереднього теоретичного аналізу, у ході нашого дослідження доцільно розглядати адаптацію дитини дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) через призму таких основних понять, як «адаптація», «функціональний стан» та «потенціал розвитку».

Проблема адаптації дитини із СДУГ потребує вивчення на двох взаємопов'язаних рівнях – психофізіологічному та соціально-психологічному. На психофізіологічному рівні увага зосереджується на визначенні функціонального стану дитини, який відображає інтегральну характеристику узгодженості роботи всіх систем організму та їх готовності забезпечувати ефективну поведінкову регуляцію.

Поняття «функціональний стан» сформувалося насамперед у фізіологічній науці й поступово набуло міждисциплінарного значення. У психології його трактують як інтегральний комплекс характеристик тих функцій і якостей людини, які прямо або опосередковано зумовлюють можливість здійснення діяльності, тобто визначають рівень готовності організму до активності [12]. Отже, функціональний стан відображає ступінь узгодженості та ефективності роботи як окремих систем організму, так і його цілісного функціонування. Саме тому доцільно говорити не лише про психічний чи психофізіологічний стан дитини, а про функціональний стан як більш комплексну категорію, що поєднує фізіологічні, психічні та поведінкові компоненти.

Функціональний стан дитини із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю виступає провідним нейропсихологічним чинником, який визначає рівень розвитку психічних процесів і, відповідно, успішність її адаптації до групи однолітків. У дітей із СДУГ цей стан характеризується нестійкістю нервових процесів, підвищеною збудливістю, швидкою втомлюваністю та труднощами у довільній регуляції поведінки, що ускладнює встановлення соціальних контактів та включення у спільну діяльність [10].

Для дітей із СДУГ цей стан часто характеризується нестійкістю нервових процесів, дисбалансом між збудженням і гальмуванням, підвищеною емоційною реактивністю та зниженим самоконтролем, що суттєво впливає на успішність соціальної адаптації [15].

На соціально-психологічному рівні важливо враховувати адаптаційний потенціал дитини, який у межах нашого дослідження розуміється як комплекс

індивідуальних якостей, що забезпечують здатність до ефективної взаємодії з оточенням, засвоєння соціальних норм і правил, прийняття нових умов середовища. До структури адаптаційного потенціалу дітей із СДУГ входять такі компоненти, як:

- емоційна стабільність і здатність регулювати власні афекти;
- волюва саморегуляція у діяльності;
- соціальна ініціативність і готовність до співпраці;
- позитивне ставлення до себе та впевненість у власних

можливостях.

Досягнення поставленої мети потребує детального аналізу структури порушень, характерних для дітей із СДУГ, і з'ясування, як саме ці особливості впливають на формування механізмів адаптації в дошкільному віці. З огляду на специфіку цього розладу, доцільно зосередити увагу на нейропсихологічних передумовах саморегуляції, а також на соціально-педагогічних чинниках, що можуть або полегшувати, або ускладнювати процес пристосування дитини до колективу однолітків.

Під морфофункціональною зрілістю розуміють достатній рівень розвитку функціональних систем, без яких повноцінне формування навчально-пізнавальної діяльності та соціальної поведінки дитини може бути утрудненим. Морфологічна зрілість визначає, наскільки ефективно дитина здатна адаптуватися до фізичних і психоемоційних навантажень, опановувати нові умови середовища, долати стресові фактори. Морфологічно зріла дитина відзначається стійкістю до перевтоми, кращою працездатністю та емоційною врівноваженістю, тоді як у дітей із СДУГ часто спостерігається зниження опірності до стресу, швидка виснажуваність, коливання настрою та зниження ефективності діяльності [9].

Важливою складовою функціонального стану є психомоторний розвиток, який відображає єдність психічних і рухових процесів. Його сутність полягає у поступовому дозріванні та взаємній узгодженості різних функцій – сенсорних, моторних, емоційних і когнітивних. Психомоторика є

зовнішнім вираженням внутрішніх психічних процесів, які проявляються через рухи, зміни м'язового тону, жести чи міміку. У дітей дошкільного віку з СДУГ психомоторна активність зазвичай нестабільна, хаотична, імпульсивна, що ускладнює довільну регуляцію поведінки, розвиток координації рухів і навичок концентрації уваги [10; 14].

У процесі теоретичного аналізу нами було визначено основні компоненти функціонального стану дитини дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), які безпосередньо впливають на її здатність до соціальної адаптації у групі однолітків. До таких компонентів належать:

- емоційно-регуляційний компонент – здатність дитини контролювати власні емоційні стани, рівень тривожності та імпульсивності; уміння гальмувати афективні реакції у ситуаціях фрустрації, взаємодії або конфлікту;
- уважність і довільна саморегуляція – рівень розвитку концентрації, переключення та розподілу уваги, здатність підтримувати спільний фокус діяльності з дорослим чи однолітками, утримувати інтерес упродовж певного часу;
- поведінкова гнучкість – уміння адаптуватися до нових умов діяльності, змінювати спосіб дії або гру відповідно до ситуації, приймати правила колективної взаємодії, переходити від імпульсивних до цілеспрямованих дій;
- соціально-комунікативна активність – здатність ініціювати контакт, реагувати на звернення, підтримувати позитивну взаємодію, розуміти соціальні сигнали та емоційні реакції інших дітей;
- когнітивно-мотиваційний компонент – сформованість внутрішньої мотивації до спільної діяльності, інтерес до пізнання, готовність докладати зусиль для досягнення мети та дотримання соціальних правил [18].

Ці компоненти відображають структуру функціонального стану дитини із СДУГ і водночас виступають ключовими показниками її адаптаційного

потенціалу. Саме вони визначають, наскільки дитина здатна регулювати власну поведінку, долучатися до спільної гри чи навчання, адекватно реагувати на вимоги соціального середовища.

Важливу роль у процесі адаптації дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю відіграє рівень нервово-психічної стійкості та сенсомоторного розвитку, які безпосередньо визначають функціональний стан дитини. Недостатня узгодженість між процесами збудження і гальмування, властива дітям із СДУГ, призводить до підвищеної емоційної реактивності, імпульсивності та нестійкості уваги. Це ускладнює їхню здатність адаптуватися до вимог дитячого колективу, дотримуватися соціальних норм і правил поведінки в групі однолітків.

З огляду на це, показовим є взаємозв'язок між сенсомоторною сферою та розвитком психічних функцій. Для дітей із СДУГ характерна певна незрілість моторного контролю: вони часто мають труднощі з координацією рухів, регуляцією сили натиску, темпу дій, що знижує точність і послідовність виконання завдань. Ці прояви не лише впливають на навчальні успіхи, а й позначаються на соціальній взаємодії, зокрема в ігрових ситуаціях, де необхідно координувати дії з іншими дітьми [19].

Психомоторна активність виступає базовим механізмом розвитку довільності поведінки. Саме через рух, дію, тілесне відчуття дитина навчається зосереджуватися, контролювати імпульси, планувати послідовність своїх дій. Тому розвиток моторики, ритмічних рухів, орієнтації в просторі, рівноваги та темпоритму має важливе значення для формування довільної уваги і самоконтролю [20].

Функціональний стан нервової системи дитини із СДУГ визначає також її толерантність до сенсорних подразників і здатність регулювати власний рівень активації. Надмірна стимуляція (шум, яскраве світло, велика кількість контактів у групі) може провокувати втрату самоконтролю, емоційні спалахи або уникання соціальної взаємодії. Тому оптимізація сенсорного

середовища – один із ключових напрямів психолого-педагогічної підтримки таких дітей [21].

Отже, функціональний стан дитини із СДУГ є інтегральним чинником її соціальної адаптації. Він охоплює фізіологічні, психомоторні, емоційно-вольові та когнітивні аспекти, що разом визначають здатність дитини регулювати власну поведінку, взаємодіяти з іншими, ефективно засвоювати соціальні норми та правила спільного життя в дитячому колективі.

Отже, можна зробити висновок, що діти з СДУГ часто стикаються зі значними труднощами у формуванні поведінкової саморегуляції, гнучкості реакцій та соціальної включеності, що призводить до ускладнень процесу їхньої адаптації у групі однолітків. Розуміння функціонального стану як інтегративної характеристики дозволяє ефективніше виявляти чинники дезадаптації та розробляти індивідуалізовані стратегії психолого-педагогічної підтримки таких дітей. Таким чином, функціональний стан дитини із СДУГ є системним показником її нейропсихологічної зрілості і водночас визначальним чинником успішності соціальної адаптації у групі однолітків. Від його збалансованості залежить здатність дитини регулювати власну активність, підтримувати взаємодію з іншими дітьми та засвоювати соціальні норми поведінки.

Усвідомлення індивідуально-психологічних особливостей дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю дає змогу педагогам і психологам будувати процес взаємодії з ними на засадах прийняття, підтримки та поваги до природної унікальності кожної дитини. Важливо створювати сприятливе середовище, у якому дитина може розвивати свій адаптаційний потенціал, набувати досвіду саморегуляції та соціальної взаємодії без постійного тиску чи оцінювання [23].

Кожна дитина із СДУГ має власний темп дозрівання нервової системи, рівень збудливості, реактивності та потребу в стимуляції. Тому в роботі з такими дітьми ключовим є індивідуальний підхід, який враховує специфіку їхнього функціонального стану та психофізіологічних ресурсів.

Не менш важливим є своєчасне психолого-педагогічне втручання, спрямоване не лише на корекцію поведінкових проявів, а й на розвиток емоційної регуляції, вольових процесів, уважності та навичок соціальної взаємодії. Частою помилкою є спроба зосередитися лише на зовнішніх проявах гіперактивності або неуважності без глибокого розуміння їхніх причин [22; 31].

Завдання педагога, логопеда і психолога полягає не у «виправленні» поведінки, а у створенні умов для дозрівання саморегуляційних механізмів, що допомагають дитині краще розуміти себе, власні реакції й поступово навчатися керувати ними. У цьому процесі пріоритетними є методи поведінкової терапії, тілесноорієнтовані та ігрові практики, які сприяють розвитку уваги, здатності до зосередження, довільності дій та адаптивних форм поведінки.

Дошкільний вік – це чутливий період для розвитку базових механізмів уваги, емоційної стабільності та соціальної адаптації. Саме в цей час формуються навички самоконтролю, здатність взаємодіяти з ровесниками, розуміти соціальні правила та реагувати на них адекватно. Рання підтримка дитини із СДУГ допомагає компенсувати прояви дефіциту уваги й імпульсивності, знижує ризики формування вторинних емоційних проблем і труднощів у спілкуванні.

Отже, своєчасне психолого-педагогічне супроводження таких дітей сприяє гармонізації їхнього функціонального стану, поліпшенню адаптаційних можливостей і створенню основ для подальшого успішного розвитку в освітньому середовищі.

Висновки до розділу 1

У результаті здійсненого теоретичного аналізу наукових підходів до проблеми соціальної адаптації дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) встановлено, що цей феномен є складним,

багатовимірним і потребує міждисциплінарного підходу. Протягом історичного розвитку уявлень про СДУГ відбувалася поступова еволюція поглядів — від описових характеристик поведінкових особливостей до розуміння нейропсихологічних і соціальних механізмів, які визначають розвиток та адаптаційні можливості таких дітей.

Перші спостереження за дітьми з підвищеною руховою активністю та нестійкою увагою належать до 18–19 століть (А. Крейтон, Г. Гофман, Ф. Шольц). Ці вчені описували феномен гіперактивності як вроджену особливість нервової системи, що впливає на здатність дитини до концентрації, самоконтролю й організації поведінки. У подальшому, під впливом неврологічних досліджень (В. Бец, А. Страусс) СДУГ стали розглядати як наслідок порушення функціонування мозкових структур, зокрема префронтальної кори, відповідальної за регуляцію поведінки, уваги й емоцій. У другій половині 20 століття формування діагностичних критеріїв СДУГ у міжнародних класифікаціях (МКХ-10, DSM-IV, DSM-5) сприяло уніфікації підходів до визначення цього розладу. Перехід до категорії «розладів нейророзвитку» у МКХ-11 закріпив розуміння СДУГ як стійкої нейробіологічної особливості розвитку, а не як тимчасового відхилення чи наслідку неправильного виховання. Сучасні нейропсихологічні теорії (J. Nigg, S. Faraone) розглядають СДУГ як складне порушення, що поєднує дефіцит уваги, імпульсивність і гіперактивність, зумовлене недозріванням окремих функціональних систем мозку.

У новітніх дослідженнях набуває значення парадигма нейрорізноманіття, яка змінює погляд на дітей із СДУГ: вони сприймаються не як хворі, а як такі, що мають унікальний варіант нейропсихічного розвитку. Такий підхід формує гуманістичну основу для психолого-педагогічної підтримки, спрямованої не на усунення симптомів, а на створення умов, які дозволяють дитині максимально реалізувати власний потенціал у процесі навчання й соціальної взаємодії.

Аналіз особливостей соціальної адаптації дітей дошкільного віку із СДУГ показав, що основні труднощі пов'язані з недорозвиненням механізмів довільної регуляції поведінки, емоційною нестабільністю, імпульсивністю та підвищеною збудливістю. Уже у віці від 9 до 18 місяців у таких дітей спостерігається надмірна моторна активність, труднощі у гальмуванні зайвих рухів, порушення координації, що у подальшому негативно позначається на їхній здатності зосереджуватися, утримувати увагу, взаємодіяти з дорослими й однолітками. Недостатність сенсомоторного досвіду та порушення просторових уявлень знижують ефективність адаптації до вимог соціального середовища.

Формування механізмів самоконтролю у дітей із СДУГ нерозривно пов'язане з розвитком психомоторики. Психомоторна активність є базою для становлення уваги, довільності та здатності регулювати власну поведінку. Недорозвинення цих механізмів у дошкільному віці ускладнює адаптацію до групи однолітків, оскільки дитина часто не здатна дотримуватися спільних правил гри, послідовності дій чи соціальних норм поведінки. Важливу роль у подоланні цих труднощів відіграє дорослий – батьки, вихователь, педагог, які допомагають дитині усвідомлювати межі активності та спрямовують її у конструктивне русло.

Визначено, що функціональний стан дитини є провідним чинником її соціальної адаптації. Він інтегрує фізіологічні, психомоторні, емоційно-вольові та когнітивні компоненти, які разом забезпечують можливість ефективної взаємодії дитини з навколишнім світом. Для дітей із СДУГ характерна нестійкість функціонального стану, що проявляється у швидкій виснажуваності, перевантаженні сенсорних систем, недостатній здатності до саморегуляції. Це створює передумови для дезадаптивних реакцій, особливо в умовах групової діяльності, де необхідно дотримуватися соціальних норм, узгоджувати дії та взаємодіяти з іншими дітьми.

Отже, результати теоретичного аналізу дозволяють стверджувати, що адаптація дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з

гіперактивністю зумовлена складною взаємодією біологічних, психофізіологічних і соціальних чинників. Вона залежить від рівня морфофункціональної зрілості, розвитку психомоторики, стану нервової системи та сенсорної інтеграції. Водночас вирішальне значення має соціальне оточення, зокрема стиль виховання, емоційна підтримка з боку дорослих і створення умов для безпечної взаємодії з однолітками.

Таким чином, узагальнення сучасних наукових підходів дає підстави розглядати СДУГ не лише як нейропсихологічний розлад, а як комплексну особливість розвитку, що потребує системної психолого-педагогічної підтримки, спрямованої на розвиток адаптаційного потенціалу дитини дошкільного віку.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОРЕГУЛЯЦІЇ УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

2.1. Організація та методики дослідження

Основними діагностичними інструментами у нашому дослідженні були інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники. Такий

комплексний підхід дав змогу отримати багатовимірну інформацію про поведінку, емоційний стан і особливості уваги дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Важливим аспектом діагностичного процесу стало встановлення позитивного емоційного контакту з батьками та вихователями. Це дозволило не лише підвищити достовірність отриманих даних, а й створити атмосферу довіри, необхідну для подальшої психолого-педагогічної роботи та подолання поведінкових труднощів дитини.

Обстеження дітей проводилося у звичних для них умовах – у групах дошкільного закладу, під час ігор, занять і повсякденного спілкування. Це забезпечувало природність поведінкових проявів і зменшувало ймовірність реакцій тривоги чи демонстративності. Для збереження об'єктивності даних діагностика здійснювалася індивідуально, у присутності лише вихователя або психолога, без сторонніх подразників та втручання інших дітей.

Спостереження проводилися у ранковий і денний періоди, коли рівень працездатності дошкільників є найвищим. Приміщення, де здійснювалося обстеження, мало бути добре освітленим, провітреним, без яскравих стимулів або зайвих предметів, що можуть відволікати увагу дитини.

Під час взаємодії з дітьми дослідник дотримувався принципів етичності, недирективності та підтримки: не оцінював поведінку дитини, не робив зауважень, не створював ситуацій змагання чи порівняння. Завдання та питання подавалися у доступній, доброзичливій формі, із дотриманням темпу, комфортного для дитини.

Важливою умовою було забезпечення стабільного емоційного стану дитини під час обстеження – уникнення перевтоми, надмірних подразників і стресових ситуацій. За потреби діагностика могла бути розділена на кілька коротких сесій, аби підтримати інтерес дитини й отримати максимально достовірні результати.

Перший етап був спрямований на визначення ознак прояву гіперактивності у дітей дошкільного віку. Для діагностики поведінкових проявів у дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з

гіперактивністю нами було використано ***Опитувальник дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності*** [46], (див. Додаток А). Методика дозволяє комплексно оцінити три основні групи симптомів, характерних для СДУГ – неуважність, гіперактивність та імпульсивність, на основі спостережень дорослих, які добре знають дитину та постійно взаємодіють із нею у середовищі освітнього закладу.

У процесі дослідження було застосовано спостереження без втручання дослідника, що дало змогу проаналізувати продукти природної поведінки дитини. Фіксувалися як спонтанні дії (наприклад, тривалість та характер гри), так і реакції у спеціально створених педагогом ситуаціях – під час прибирання іграшок, одягання без допомоги дорослого, виконання інструкцій. Така форма спостереження виявилася ефективною для уточнення особливостей поведінкових реакцій, визначення рівня імпульсивності та оцінки ефективності психолого-педагогічної допомоги.

Під час спостережень експериментатор і вихователі фіксували прояви поведінкових труднощів, занотовували коментарі, гіпотези та інтерпретації, які ґрунтувалися на результатах попередніх етапів вивчення дитини. Також враховувалися додаткові відомості про сімейне середовище, зокрема особливості виховання, рівень емоційного контакту з батьками, ставлення до поведінкових проблем. Особлива увага приділялася факторам, які могли ускладнювати прояви гіперактивності, таким як психологічна напруженість у родині або надмірна стимуляція дитини.

Після достатньої кількості спостережень здійснювалося визначення ступеня вираженості порушення. Важливо було диференціювати прояви гіперактивності від інших типів поведінки, не пов'язаних із СДУГ, та враховувати індивідуальні особливості емоційного стану дитини.

Методика складається з 19 запитань, з яких 18 пропонують оцінити частоту певних проявів поведінки за чотирибальною шкалою:

- 0 – поведінка не проявляється або проявляється рідко;
- 1 – проявляється іноді;

2 – проявляється часто;

3 – проявляється дуже часто.

Останнє, дев'ятнадцяте запитання, має уточнювальний характер і стосується стабільності проявів неуважності та гіперактивності протягом попередніх місяців.

Запитання опитувальника згруповано за трьома основними напрямками:

Оцінка проявів уваги / неуважності (запитання 1–9) – дозволяє виявити здатність дитини зосереджуватись, утримувати увагу на завданні, доводити діяльність до кінця, а також схильність до відволікання та забудькуватості.

Оцінка рівня активності / гіперактивності (запитання 10–15) – охоплює характеристики надмірної рухливості, труднощів у самоконтролі, неможливості зберігати спокій у ситуаціях, які цього вимагають.

Оцінка імпульсивності (запитання 16–18) – дає змогу визначити тенденції до передчасних реакцій, нетерплячості, труднощів у дотриманні черговості під час гри та схильності переривати або заважати іншим.

Оцінювання здійснювалося педагогами й психологами та логопедами, які добре знають дитину, у співпраці з її батьками. Це дозволило отримати багатовимірну картину поведінкових проявів у різних контекстах: у сім'ї, під час гри, занять, спілкування з однолітками.

Таким чином, опитувальник дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності у нашому дослідженні виступив ефективним інструментом комплексної діагностики, що поєднує спостереження, опитування та якісний аналіз поведінкових проявів. Такий підхід відповідає мультимодальній природі синдрому СДУГ і забезпечує всебічне розуміння індивідуальних особливостей дошкільника, ступеня вираженості симптомів та впливу соціального середовища на його адаптаційний потенціал.

Другий етап Другий етап дослідження був спрямований на збір емпіричних даних шляхом проведення бесід із батьками та систематичних спостережень педагогів за поведінкою дітей у природних умовах дитячого колективу. Спостереження здійснювалося на основі визначених параметрів,

що відображають основні ознаки синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. На основі аналізу літературних джерел та практичних спостережень нами було виокремлено три провідні критерії вияву СДУГ у дошкільників: рухова активність, неуважність та імпульсивність, кожен з яких включає відповідні показники.

1. *Критерій «Рухова активність»* характеризує виражену потребу дитини у постійному русі, відсутність цілеспрямованості дій і труднощі у підтриманні спокійного стану. Основними показниками цього критерію є:

- дитина постійно перебуває у русі, проявляє непосидючість, метушливість;
- не здатна тривалий час зберігати статичну позу, швидко змінює положення тіла;
- рухова активність не має конкретної мети, часто хаотична;
- дитина схильна до надмірної балакучості, коментує свої дії або перебиває дорослих.

2. *Критерій «Неуважність»* відображає недостатню здатність дитини зосереджуватися, доводити завдання до кінця та контролювати перебіг власної діяльності. До показників цього критерію належать:

- труднощі в утриманні уваги на деталях, часті помилки у виконанні завдань через неуважність;
- відсутність слухової концентрації – дитина не завжди реагує на звернення дорослого або не виконує інструкції;
- значні труднощі в організації власної діяльності: дитина часто починає нові справи, не завершуючи попередні;
- уникання завдань, що вимагають тривалого розумового напруження, легка відволікання на сторонні стимули.

3. *Критерій «Імпульсивність»* відображає схильність дитини до передчасних реакцій, труднощі у самоконтролі та регуляції поведінки. Основними показниками є:

- дитина відповідає на запитання не замислюючись, часто не дослухавши його до кінця;
- їй складно чекати своєї черги під час гри чи колективних дій;
- втручається у діяльність інших дітей, перериває розмови, нав'язливо прагне до взаємодії;
- демонструє низьку здатність до саморегуляції, не завжди підкоряється правилам, схильна до емоційної лабільності (швидких змін настрою, підвищеної збудливості).

Важливим аспектом діагностики у нашому дослідженні стало поєднання спостереження за поведінкою дитини з опитуванням її батьків та вихователів. Такий підхід дозволив отримати об'єктивні дані щодо особливостей проявів гіперактивності в різних контекстах діяльності дитини – у домашньому середовищі, під час спільних ігор, навчальних занять і взаємодії з однолітками.

Отримані спостереження та оцінки за зазначеними критеріями дали можливість визначити ступінь вираженості гіперактивної поведінки, встановити її індивідуальні прояви та оцінити ефективність педагогічного впливу, спрямованого на формування самоконтролю і довільності поведінки дошкільника.

На *третьому етапі дослідження з метою визначення функціонального стану дитини дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)*, а також особливостей її адаптації до групи однолітків, застосовувалася ***карта спостережень за дитиною в період адаптації*** [1].

Даний інструмент дозволяє виявити, як прояви гіперактивності, неуважності та імпульсивності впливають на поведінку, емоційний стан і соціальну взаємодію дитини в умовах дитячого колективу.

Мета застосування карти – оцінити функціональний стан дитини у процесі щоденної життєдіяльності через динаміку емоційних, поведінкових і психофізіологічних показників; виявити труднощі адаптації та рівень

сформованості базових навичок, необхідних для повноцінного включення в соціальне середовище.

Організація спостереження – спостереження проводилося у природних умовах життєдіяльності дитини – під час ігор, занять, прогулянок, прийому їжі, спілкування з дорослими та однолітками.

Фіксувалися ознаки, що відображають загальний функціональний стан організму (емоційний тонус, сон, апетит, активність) та психічний стан (увага, мовлення, соціальні контакти, ігрова поведінка).

Для кожної дитини заповнювалася індивідуальна карта спостереження (Додаток Б), у якій фіксувалися показники за основними параметрами:

1. Настрій: бадьорий, спокійний, дратівливий, пригнічений, збудливий.
2. Сон: засинання (швидке, повільне, спокійне, неспокійне), характер сну (глибокий, неглибокий, спокійний, переривчастий).
3. Апетит: хороший, знижений, вибірковий, відсутній.
4. Поведінка під час неспання: активна, гіперактивна, малоактивна, пасивна.
5. Рівень розвитку комунікативних навичок.
6. Рівень розвитку навичок самообслуговування.
7. Розвиток ігрових навичок.
8. Розвиток мовлення (відповідає віку / не відповідає віку).

Періодичність і тривалість спостереження: для отримання об'єктивних даних щодо функціонального стану дитини та його динаміки, спостереження проводилося протягом шести тижнів із фіксацією показників один раз на тиждень. Такий часовий проміжок дозволяв відстежити, як змінюється поведінка, емоційний стан, рівень адаптованості та працездатність дитини впродовж усього адаптаційного періоду.

У разі різких змін у поведінці чи емоційному стані педагоги й психологи робили додаткові записи, що дозволяло більш точно оцінити рівень стомлюваності, перевантаження або дезадаптаційних проявів.

Спостереження здійснювалося в умовах емоційного комфорту, без втручання чи оцінювання дитини. Особлива увага приділялася поведінковим проявам, що свідчать про зміни ***функціонального стану*** –підвищену рухову активність, імпульсивність, коливання настрою, неуважність, нестійкість контактів.

Педагоги та батьки діяли у партнерстві, обмінюючись спостереженнями, що дало змогу врахувати функціональний стан дитини як у домашньому, так і в дошкільному середовищі.

Після завершення шеститижневого спостереження результати карт узагальнювалися з метою оцінки динаміки функціонального стану дитини. Оцінювалися такі показники:

1. стабільність емоційного стану та настрою;
2. рівень фізичної й психічної працездатності;
3. стійкість уваги й здатність до самоконтролю;
4. прояви імпульсивності та гіперактивності;
5. рівень соціальної включеності та якості взаємодії з однолітками.

Узагальнені результати дозволили визначити ступінь адаптованості дитини до групи однолітків, а також функціональний стан як важливий нейропсихологічний чинник, що визначає успішність її соціальної інтеграції.

2.2 Аналіз результатів дослідження особливостей адаптації дітей дошкільного віку зі синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю

Емпірична частина дослідження проводилась у приватній школі «Bla, bla – kids», Пустомити, Львівської області. Вибірку склали 4 дитини з СДУГ різного ступеня вираженості.

Діти перебували в однакових умовах виховного середовища, що забезпечувало можливість порівняльного аналізу отриманих результатів. Вивчення проводилося у природних для дітей ситуаціях – у процесі ігор, занять, побутової діяльності, спілкування з однолітками та дорослими.

Основними методами дослідження були:

- спостереження за поведінкою дітей у повсякденному середовищі;
- опитування батьків і вихователів за допомогою опитувальника дитячої гіперактивності, неухважності та імпульсивності;
- аналіз карт спостереження за функціональним станом дитини протягом адаптаційного періоду.

Метою емпіричного етапу стало визначення особливостей адаптації дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю у групі однолітків та виявлення тих аспектів функціонального стану, які ускладнюють процес соціальної взаємодії. У межах констатувального етапу дослідження проведено систематичне спостереження за чотирма дітьми шостого року життя з метою виявлення ступеня вираженості основних ознак синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).

У процесі дослідження враховувалися такі параметри, як емоційний стан, рухова активність, рівень уваги, здатність до саморегуляції, комунікативна поведінка та рівень сформованості навичок самообслуговування. Важливим завданням було також простежити динаміку адаптації дитини впродовж певного часу та визначити можливі зміни у вираженості симптомів гіперактивності.

Результати Опитувальника дитячої гіперактивності, неухважності та імпульсивності. Для визначення ступеня вираженості симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дітей шостого року життя було використано опитувальник дитячої гіперактивності, неухважності та імпульсивності, заповнений вихователями, які щоденно спостерігали поведінку дітей у групі.

Опитувальник складався з 19 запитань, об'єднаних у три основні блоки:

Прояви неухважності (1–9 запитання);

Прояви гіперактивності (10–15 запитання);

Прояви імпульсивності (16–18 запитання).

Дев'ятнадцяте запитання було уточнювальним і стосувалося стабільності проявів поведінкових особливостей упродовж останніх шести місяців.

Оцінювання здійснювалось за чотирибальною шкалою:

0 – не спостерігається або проявляється рідко;

1 – проявляється іноді;

2 – часто;

3 – дуже часто.

У результаті аналізу відповідей вихователів встановлено, що всі четверо дітей мають виражені прояви СДУГ, проте їхня структура і ступінь вираженості відрізняються.

Дитина 1 характеризувалася високим рівнем гіперактивності (середній бал 2,6), частими імпульсивними діями (2,3) і помірною неухважністю (1,8). Поведінка активна, однак керована за умови чітких інструкцій.

Дитина 2 мала домінування проявів дефіциту уваги (2,5) при відносно нижчій руховій активності (1,9). Спостерігалися труднощі в організації діяльності, завершенні завдань, підтриманні уваги.

Дитина 3 виявляла комбінований тип СДУГ, де показники гіперактивності (2,4), імпульсивності (2,5) та неухважності (2,2) були приблизно рівними. Відзначалися часті порушення правил поведінки, емоційна нестійкість, імпульсивні реакції у грі.

Дитина 4 мала помірні прояви гіперактивності (1,7) і низький рівень імпульсивності (1,4), проте значну розсіяність уваги (2,3). Поведінка характеризувалась млявим включенням у спільну діяльність і труднощами у підтриманні контакту з дорослими.

Узагальнений аналіз показав, що найбільш вираженими є гіперактивність і неухважність, тоді як імпульсивність частіше виявлялася як вторинний прояв емоційної нестабільності.

Отримані результати підтверджують наукові дані (Р. Барклі, В. Дуглас, С. Максименко та ін.), згідно з якими структура СДУГ у дошкільників є

варіативною, але має спільну основу – порушення регуляторних і виконавчих функцій, що ускладнює процес соціальної адаптації. Узагальнені результати представлено в табл. 2.1.

Найвищі показники спостерігаються за шкалами гіперактивності та неуважності, що свідчить про виражену потребу в руховій активності й недостатній контроль уваги.

Імпульсивність має середню вираженість, однак у деяких дітей поєднується з емоційною лабільністю.

У більшості дітей простежується комбінований тип СДУГ, який поєднує труднощі концентрації уваги з підвищеною активністю та імпульсивністю у поведінці.

Таблиця 2.1

Результати опитувальника дитячої гіперактивності, неуважності та імпульсивності у дітей шостого року життя

№	Дитина	Неуважність (1–9)	Гіперактивність (10–15)	Імпульсивність (16–18)	Середній показник за шкалою	Характеристика типу проявів
1	Дитина 1	1,8	2,6	2,3	2,23	Високий рівень гіперактивності, помірна неуважність; керованість за чітких інструкцій
2	Дитина 2	2,5	1,9	1,7	2,03	Домінування неуважності; труднощі в організації діяльності та підтриманні уваги
3	Дитина 3	2,2	2,4	2,5	2,37	Комбінований тип СДУГ; емоційна нестійкість, порушення правил поведінки
4	Дитина 4	2,3	1,7	1,4	1,8	Помірна гіперактивність, висока розсіяність уваги, труднощі у включенні в

						діяльність
--	--	--	--	--	--	------------

Також спостереження здійснювалося в умовах дошкільного навчального закладу під час ігрової, навчальної та побутової діяльності дітей.

Результати було узагальнено за трьома основними критеріями: рухова активність, неуважність та імпульсивність, кожен з яких оцінювався за низкою показників. Для кількісного аналізу застосовувалася чотирибальна шкала:

- 0 – поведінка не спостерігається;
- 1 – проявляється рідко;
- 2 – спостерігається періодично;
- 3 – проявляється часто або постійно.

Отримані дані подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Рівень проявів симптомів СДУГ у дітей шостого року життя (за результатами педагогічного спостереження)

№	Дитина	Рухова активність	Неуважність	Імпульсивність	Середній бал	Рівень проявів
1	Дитина 1	3	2	3	2,7	Високий
2	Дитина 2	2	2	2	2,0	Середній
3	Дитина 3	3	3	3	3,0	Дуже високий
4	Дитина 4	1	1	1	1,0	Низький

Аналіз отриманих даних показав, що у більшості дітей спостерігається виражена рухова активність, яка поєднується з труднощами у зосередженні та емоційній регуляції поведінки.

У двох дітей (1 та 2) виявлено високий рівень гіперактивності, який проявляється у постійній потребі руху, неможливості зберігати статичну позу під час занять, порушенні правил поведінки на заняттях та під час гри. Діти часто перебивають однолітків і дорослих, діють імпульсивно, без попереднього обдумування власних дій.

Неуважність у цих дітей виражається у швидкому переключенні уваги, неможливості довести діяльність до кінця, значних труднощах у слуховому сприйманні інструкцій.

Особливо чітко це проявляється в умовах групових занять – діти швидко втрачають інтерес, переходять до інших видів діяльності, легко відволікаються на сторонні подразники.

Дитина 2 демонструє середній рівень проявів СДУГ – епізодичну рухову метушливість, незначну неуважність та окремі імпульсивні реакції у спілкуванні з ровесниками. Така поведінка носить ситуативний характер і посилюється у стані втоми чи перевантаження.

Дитина 4 характеризується низьким рівнем проявів гіперактивності. Її поведінка загалом урівноважена, увага стійка, емоційна регуляція збережена. Водночас спостерігаються окремі труднощі з дотриманням правил гри, що можна розглядати як вікові особливості розвитку.

Проведене спостереження дало змогу: підтвердити наявність індивідуальних відмінностей у структурі проявів СДУГ у дітей дошкільного віку; виявити взаємозв'язок між рівнем рухової активності, неуважності та імпульсивності; окреслити поведінкові особливості, що перешкоджають успішній соціальній адаптації дітей у групі однолітків.

Отже, отримані результати свідчать про те, що порушення регуляції поведінки у дітей з СДУГ мають комплексний характер, охоплюючи моторну, емоційну та когнітивну сфери. Це зумовлює необхідність подальшої психолого-педагогічної корекції, спрямованої на розвиток самоконтролю, довільної уваги та соціально прийнятних форм активності.

Наступний крок констатувального етапу дослідження – оцінка

функціонального стану дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Нами використовувалася Карта спостережень. Її метою було фіксування початкових показників адаптації дитини до умов дитячого колективу та визначення загального рівня її психофізіологічного функціонування.

На даному етапі карта спостережень заповнювалася лише за перший тиждень проведення експерименту. Це дозволяло отримати вихідні (базові) дані, необхідні для подальшого аналізу та порівняння результатів динаміки адаптації. Спостереження здійснювалися педагогом і психологом спільно, у природних умовах діяльності дитини – під час ігор, занять, побутових ситуацій, спілкування з однолітками та дорослими. Результати представлено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Карта спостереження за функціональним станом дітей
(1-й тиждень адаптації)**

Показники	Дитина 1	Дитина 2	Дитина 3	Дитина 4
1. Настрій	Збудливий	Бадьорий, іноді дратівливий	Спокійний, часом пригнічений	Емоційна, збудлива
2. Сон	Засинання повільне, сон переривчастий	Засинання швидке, сон неспокійний	Засинання повільне, сон неглибокий	Засинання швидке, сон поверхневий
3. Апетит	Вибірковий	Хороший	Знижений	Хороший
4. Поведінка під час неспання	Гіперактивна, метушлива	Активна, балакуча	Малоактивна, пасивна	Гіперактивна, рухлива
5. Рівень розвитку комунікативних навичок	Встановлює контакт, але не утримує його	Контактна, порушує черговість	Пасивна у спілкуванні	Комунікабельна, але нав'язлива
6. Рівень розвитку навичок самообслуговування	Частково самостійна	Виконує дії з допомогою дорослого	Має базові навички, діє повільно	Володіє навичками, іноді відмовляється

				виконувати
7. Розвиток ігрових навичок	Ігри короточасні, хаотичні	Ігри емоційні, часто незавершені	Переважають індивідуальні ігри	Ігри організовує, але не завершує
8. Розвиток мовлення	Не відповідає віку (імпульсивне)	Відповідає віку	Не відповідає віку (обмежений словник)	Відповідає віку
9. Коментарі вихователя / психолога	Підвищена збудливість, швидка втомлюваність	Імпульсивність, порушення правил	Низька пізнавальна активність, відволікання	Прагнення лідерства, низька саморегуляція

За результатами первинного спостереження встановлено, що всі діти мають певні труднощі адаптації до умов групи однолітків, пов'язані насамперед із проявами гіперактивності, неуважності та імпульсивності, характерними для синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).

У більшості дітей відзначається підвищена рухова активність, метушливість, швидке перемикавання уваги з одного виду діяльності на інший. Для Дитини 1 і Дитини 4 типовими є ознаки гіперактивності у поєднанні з емоційною збудливістю та імпульсивністю, що ускладнює підтримання контактів з однолітками та дотримання правил поведінки. Дитина 2 виявляє активність і комунікабельність, проте її імпульсивність проявляється у порушенні послідовності дій і вербальній надмірності. Дитина 3, навпаки, демонструє знижений рівень активності, труднощі у включенні в спільну діяльність, емоційну стриманість, що може бути наслідком виснажуваності нервових процесів.

Щодо фізіологічних показників функціонального стану (сон, апетит), спостерігається нестійкість: у двох дітей сон поверхневий, з труднощами засинання; апетит у двох дітей вибіркового або зниженого, що може свідчити про емоційне напруження та фізіологічну незрілість процесів саморегуляції.

Комунікативна сфера більш розвинена у Дитини 2 і Дитини 4, які активно взаємодіють з оточенням, проте не завжди дотримуються соціально прийнятних норм спілкування. У Дитини 1 контакт встановлюється легко, але швидко втрачається через імпульсивність. У Дитини 3 спостерігається уникання соціальних контактів і перевага індивідуальної діяльності.

Ігрова діяльність усіх дітей характеризується низькою стійкістю: вони швидко змінюють ігри, не доводять задум до завершення. Ініціативу та організаторські вміння виявляє лише Дитина 4, хоча і з труднощами у саморегуляції.

Отже, аналіз функціонального стану дітей на першому тижні адаптації свідчить про незрілість механізмів саморегуляції, нестійкість емоційного фону та недостатню сформованість навичок соціальної взаємодії. Усі діти потребують індивідуального підходу, стабілізувальних психолого-педагогічних впливів та створення спеціально організованого адаптаційного середовища, спрямованого на зниження рівня емоційної напруги, розвиток уваги, довільної поведінки та позитивної взаємодії з однолітками. У процесі подальшого супроводу адаптації дітей планується розширене застосування карти з фіксацією показників щотижня протягом усього адаптаційного періоду (у середньому 4–6 тижнів). Це забезпечить можливість відстеження індивідуальної динаміки змін функціонального стану дитини, своєчасного виявлення труднощів і визначення ефективності психолого-педагогічних впливів.

Таким чином, на констатувальному етапі карта спостережень виступає інструментом первинної діагностики функціонального стану, а на подальших етапах – засобом моніторингу та аналізу результатів адаптації дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення особливостей адаптації дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) до перебування у групі однолітків, дозволило всебічно охарактеризувати прояви гіперактивної поведінки, особливості емоційного стану, комунікативної активності та функціонального розвитку дітей цієї категорії. На констатувальному етапі діагностики застосовувалися комплексні методи збору даних: спостереження, опитування батьків і вихователів, стандартизований опитувальник дитячої гіперактивності, неухважності та імпульсивності, а також карта спостережень за функціональним станом дитини. Такий підхід забезпечив отримання цілісного уявлення про поведінкові, когнітивні й емоційні особливості дітей дошкільного віку з проявами СДУГ у природних умовах освітнього процесу.

Результати аналізу за опитувальником дитячої гіперактивності засвідчили, що в усіх дітей наявні характерні ознаки дефіциту уваги, імпульсивності та надмірної рухливості, хоча ступінь їх вираженості варіюється. Найбільш типовими виявилися труднощі довільної регуляції поведінки: діти не здатні тривалий час зосереджуватись на одному виді діяльності, легко відволікаються на зовнішні стимули, не доводять розпочате до кінця. Більшість демонструє швидке переключення уваги, порушення послідовності дій, імпульсивність у мовленні та поведінці. Ці прояви поєднуються з емоційною лабільністю, схильністю до конфліктів або непослідовністю у взаємодії з дорослими й однолітками.

За результатами другого етапу дослідження, який ґрунтувався на систематичних педагогічних спостереженнях та бесідах із батьками, підтверджено, що основними поведінковими маркерами СДУГ у дошкільників є: підвищена моторна активність, нестійка увага, імпульсивність та труднощі соціальної адаптації. Аналіз поведінки дітей у групі засвідчив, що вони потребують постійного зовнішнього контролю, швидко втомлюються, демонструють знижену стійкість уваги, часто порушують правила гри, черговість дій або спілкування. Водночас більшість дітей виявляє потребу у

спілкуванні, однак не володіє достатніми навичками саморегуляції, що призводить до конфліктних ситуацій та труднощів у побудові позитивних стосунків із ровесниками.

Застосування карти спостережень дозволило простежити функціональний стан дітей у перший тиждень адаптації до колективу. У всіх досліджуваних дітей виявлено нестійкість емоційного стану, прояви підвищеної збудливості, порушення сну, вибірковість апетиту. Типовими є короткочасні та хаотичні ігрові дії, поверхневий контакт із дорослими, труднощі у зосередженні на спільній діяльності. У більшості дітей мовлення відповідає віковим нормам за формою, проте відзначається імпульсивність, надмірна швидкість і недостатня виразність комунікативних намірів. Виявлено також різну міру сформованості навичок самообслуговування: від повної самостійності до потреби у постійному супроводі дорослого.

Порівняльний аналіз результатів дозволив визначити певні індивідуальні особливості адаптації дітей із СДУГ. Так, у частини дітей провідними є прояви гіперактивності, що поєднуються з руховою тривожністю, у інших — переважає неуважність і млявість, що ускладнює включення у колективні форми діяльності. Незалежно від переважаючих симптомів, усі діти виявляють труднощі в опануванні правил спільної гри, швидко втрачають інтерес до діяльності, мають низький рівень самоконтролю та потребують постійної підтримки з боку дорослого.

Узагальнення результатів дослідження дає підстави стверджувати, що адаптація дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є складним, багаторівневим процесом, який залежить від рівня функціональної зрілості нервової системи, сформованості навичок саморегуляції, емоційної стабільності та якості міжособистісних взаємин у дитячому колективі. На етапі входження до групи однолітків у таких дітей спостерігаються: низький рівень довільної уваги; порушення емоційної рівноваги; імпульсивність і неузгодженість рухів; труднощі у формуванні комунікативних зв'язків; залежність від зовнішнього контролю дорослого.

Таким чином, результати другого розділу підтверджують гіпотезу про те, що діти із СДУГ мають особливий тип соціальної адаптації, який вимагає спеціально організованого педагогічного супроводу, спрямованого на розвиток механізмів саморегуляції, емоційно-вольової сфери, довільної уваги та формування конструктивних способів взаємодії з однолітками. Емпіричні дані засвідчили необхідність індивідуального підходу та використання цілеспрямованих корекційно-розвивальних технологій, які сприятимуть поступовій стабілізації функціонального стану дитини й забезпеченню успішного процесу адаптації у колективі.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ПІДТРИМКИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

3.1 Обґрунтування психолого-педагогічних умов та форм підтримки дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю у процесі адаптації до групи однолітків

У процесі розроблення психолого-педагогічних умов підтримки дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю ми спиралися на системно-інтегративний підхід, який дозволяє поєднати медико-психологічний, педагогічний і соціальний аспекти впливу на розвиток дитини.

До провідних психолого-педагогічних умов ми відносимо:

1. Своєчасне виявлення особливостей поведінки та функціонального стану дитини. Це дає змогу не лише запобігти закріпленню негативних форм реагування, а й створити оптимальні умови для розвитку довільної регуляції, уваги та самоконтролю.

2. Психолого-педагогічну просвіту батьків і педагогів щодо особливостей прояву СДУГ у дошкільному віці, можливостей позитивної поведінкової підтримки дитини, формування адекватного стилю взаємодії «дорослий – дитина».

3. Індивідуалізацію педагогічного підходу – адаптацію вимог, темпу діяльності, навчальних і виховних завдань до можливостей кожної дитини з урахуванням її психофізіологічних особливостей.

4. Використання розвивального середовища, спрямованого на гармонізацію сенсомоторних, емоційно-вольових і комунікативних процесів. Простір має бути організований так, щоб мінімізувати надмірні подразники, забезпечити чіткість структури занять і передбачуваність подій.

5. Формування позитивного емоційного фону взаємодії в групі. Важливо створити атмосферу прийняття, доброзичливості, безпечного вираження емоцій і підтримки з боку дорослого.

Важливим напрямом є формування навичок саморегуляції через ігрову діяльність, вправи на розвиток уваги, релаксаційні паузи, ритмічні рухи, елементи дихальної гімнастики. Такі форми роботи сприяють зниженню рівня збудливості, стабілізації поведінки й підвищенню здатності дитини зосереджувати увагу на спільній діяльності [43].

Психолого-педагогічна підтримка дошкільників із СДУГ передбачає комплексний підхід, що включає три взаємопов'язані напрями:

- індивідуальну роботу з дитиною, спрямовану на розвиток уваги, самоконтролю, навичок довільної поведінки;
- групові заняття з дітьми, що мають на меті формування соціальної компетентності, уміння співпрацювати, взаємодіяти, дотримуватись правил;
- роботу з батьками та педагогами, зорієнтовану на підвищення рівня обізнаності, педагогічної культури та вміння забезпечити послідовність виховних впливів удома й у дитячому садку [45].

Враховуючи, що основною проблемою дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є труднощі адаптації в колективі, всі розроблені умови

та форми підтримки були спрямовані на підвищення їх соціальної компетентності, розвиток здатності до спільної діяльності, прийняття правил групи та регулювання власної поведінки.

Оскільки надмірна рухова активність є провідною характеристикою гіперактивної поведінки, у процесі психолого-педагогічного супроводу доцільно спрямовувати корекційну роботу на поступове формування в дитини здатності до самоконтролю, усвідомлення власних дій та їх наслідків. Для цього ефективними є спеціально підібрані рухові й пальчикові ігри, які не лише знижують рівень психомоторного напруження, а й розвивають довільну увагу, пам'ять, координацію рухів, навички самоорганізації.

Доцільно використовувати такі види діяльності, як:

ритмічні вправи (ігри з музичним супроводом, ходьба під ритм, плескання в долоні за зразком), що сприяють гармонізації нервово-психічного тону;

- пальчикові ігри, які поєднують мовленнєву та моторну активність, допомагають переключати увагу та концентруватися на певних діях;
- ігри на розвиток саморегуляції, де дитина вчиться контролювати свої імпульсивні дії через вправи «стоп-рух», «замри», «тихий сигнал», тощо;
- дихальні вправи для зняття напруження та стабілізації емоційного стану («квітка», «свічка», «вітерець») [49]

Важливо, щоб ігрові заняття проходили у спокійній, безпечній атмосфері, з чіткими правилами та короткочасними інструкціями, які дитина може легко запам'ятати. Використання позитивного підкріплення (схвалення, похвала, ігрові жетони, символічні винагороди) сприяє формуванню у дитини відчуття успіху й підвищує її мотивацію до співпраці.

Важливою умовою є спільна робота з батьками та вихователями, адже стабільність педагогічних впливів у різних середовищах (сім'я – дитячий садок) є ключовим чинником ефективності корекційного процесу. Психологічне консультування має бути спрямоване на формування у дорослих адекватного розуміння особливостей дитини із синдромом дефіциту уваги з

гіперактивністю, зменшення емоційного напруження у сім'ї, навчання навичкам конструктивної взаємодії та підтримки.

Таким чином, системно-інтегративний підхід дозволяє поєднати індивідуальний, сімейний і колективний рівні впливу на розвиток дитини, створюючи єдиний простір психолого-педагогічної підтримки. Комплексне застосування ігрових, комунікативних і тілесноорієнтованих методів у поєднанні з емоційною підтримкою з боку дорослих сприяє гармонізації функціонального стану дитини, розвитку довільності, підвищенню рівня соціальної адаптації в групі однолітків [50].

Реалізація зазначених форм роботи спрямована на гармонізацію функціонального стану дитини, розвиток навичок саморегуляції, довільності, емоційної стабільності та соціальної взаємодії. Важливо, щоб педагогічні заходи проводилися систематично та в єдиній взаємопов'язаній структурі, яка передбачає спільну участь вихователів, психолога й батьків. Така триєдність забезпечує узгодженість дій усіх учасників освітнього процесу і створює сприятливе розвивальне середовище для дитини з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Системність і послідовність реалізації психолого-педагогічної підтримки передбачає обов'язкове дотримання таких умов:

- узгодження дій усіх дорослих, які взаємодіють із дитиною (єдність вимог, спільна тактика поведінкової підтримки);
- створення стабільного режиму дня, що забезпечує чергування активності та відпочинку;
- опора на позитивне підкріплення, яке формує у дитини впевненість у власних силах;
- організація розвивальних ігор і вправ, спрямованих на розвиток самоконтролю, уважності, координації, вольової регуляції;
- залучення сім'ї до спільної діяльності з метою забезпечення безперервності впливу та підкріплення позитивних змін [36].

Ефективність системи психолого-педагогічного супроводу значною мірою залежить від особистісної готовності педагогів і батьків приймати дитину з урахуванням її нейропсихологічних особливостей. Не менш важливим є формування у дорослих навичок конструктивного реагування на імпульсивну поведінку, розвитку терплячості, послідовності у виховних впливах [37].

Загалом, система психолого-педагогічної підтримки дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю ґрунтується на принципах гуманізації, індивідуалізації, системності та інтегративності. Вона спрямована на створення умов для повноцінного розвитку дитини, підвищення рівня її соціальної адаптації в групі однолітків, стабілізацію емоційно-вольової сфери та попередження формування вторинних поведінкових відхилень.

Таким чином, психолого-педагогічна підтримка дітей дошкільного віку з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю має носити комплексний і систематичний характер, охоплюючи всі рівні їхньої життєдіяльності – індивідуальний, сімейний і соціальний. Така робота передбачає реалізацію трьох взаємопов'язаних блоків завдань: корекційних, розвиваючих і формуючих.

До корекційних завдань належить: відреагування негативних емоційних станів (тривожності, гніву, роздратованості, емоційного напруження, агресії тощо); корекція особистісних і вольових якостей, що сприяють проявам СДУГ (імпульсивність, демонстративність, негативізм); зменшення деструктивних елементів поведінки; оптимізація міжособистісних взаємин та підвищення самооцінки дитини [31].

Розвиваючі завдання спрямовані на стимулювання пізнавальних і дефіцитарних функцій, формування здатності усвідомлювати та диференціювати власні емоції й почуття інших, розвиток навичок безпечного вираження негативних емоцій, оволодіння прийомами самоконтролю, релаксації, емпатії та соціальної взаємодії. Важливим є формування умінь аналізувати проблемну ситуацію та добирати конструктивні моделі поведінки.

Формуючо-виховний компонент сприяє засвоєнню моральних норм і цінностей, розвитку соціально прийнятних форм поведінки, вихованню почуття відповідальності, доброзичливості, колективізму та естетичних орієнтирів.

Загалом, корекційно-розвивальна робота з дітьми дошкільного віку, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, повинна бути спрямована на гармонізацію всіх сфер особистості дитини — емоційної, когнітивної, поведінкової та соціальної. Її мета полягає не лише у зменшенні проявів гіперактивності, а й у створенні передумов для успішної соціальної адаптації, розвитку позитивного «Я-образу» та формування навичок ефективної взаємодії з однолітками й дорослими.

3.2. Аналіз результатів формувального експерименту

Розроблена нами програма психолого-педагогічного супроводу ґрунтується на результатах констатувального етапу дослідження, у ході якого було виявлено специфіку проявів гіперактивної поведінки, неуважності та імпульсивності у дітей шостого року життя. Супровід має на меті підвищення рівня соціальної адаптації дошкільників із СДУГ у групі однолітків шляхом створення цілісної системи підтримки дитини в освітньому середовищі, у родині та в колективі.

Мета програми: сприяти гармонійному розвитку особистості дитини з урахуванням її індивідуальних нейропсихологічних особливостей, формуванню навичок саморегуляції, комунікації та конструктивної поведінки у взаємодії з дорослими та однолітками.

Завдання програми:

1. Забезпечити сприятливі психолого-педагогічні умови для адаптації дітей із СДУГ у дитячому колективі.
2. Здійснити індивідуально-орієнтовану корекційно-розвивальну роботу з урахуванням рівня функціонального стану дитини.

3. Розвивати довільність, самоконтроль, стійкість уваги, емоційну регуляцію та навички соціальної взаємодії.

4. Налагодити співпрацю з батьками та педагогами щодо формування єдиної стратегії підтримки дитини в усіх середовищах її життєдіяльності.

Програма супроводу реалізується протягом трьох місяців і включає три взаємопов'язані етапи:

1 етап – Діагностико-аналітичний (1–2 тиждень)

Мета: уточнення особливостей поведінки, пізнавальних та емоційно-вольових процесів дітей.

Зміст роботи:

- уточнення даних спостереження за дитиною за адаптаційними картами;
- додаткові бесіди з батьками щодо змін у поведінці;
- визначення індивідуальних цілей супроводу для кожної дитини;
- планування індивідуальних та групових форм роботи.

Результат етапу: індивідуальний психолого-педагогічний профіль дитини.

2 етап – Корекційно-розвивальний (3–10 тиждень)

Мета: формування в дитини навичок саморегуляції, підвищення рівня уваги, довільності поведінки, розвиток соціальної взаємодії.

Зміст роботи: проведення індивідуальних та мінігрупових занять за трьома напрямками:

- Зниження рухової гіперактивності (вправи на розвиток тілесної свідомості, релаксаційні техніки, пальчикові ігри, рухові ігри з правилами).
- Розвиток уваги та самоконтролю (ігри на концентрацію, тренування переключення та утримання уваги, вправи «Слухай і роби», «Знайди помилку», «Повтори послідовність»).

- Соціально-емоційний розвиток (ігри на розпізнавання емоцій, тренінги емоційного відреагування, вправи на розвиток емпатії, створення «Кола друзів»).

Форми роботи: індивідуальні заняття (1 раз на тиждень), групові вправи (2 рази на тиждень), щоденні мікропрактики з вихователем (короткі ігри на увагу, самоорганізацію).

3 етап – Підсумково-аналітичний (11–12 тиждень)

Мета: оцінити динаміку адаптації та змін у поведінці дітей.

Зміст роботи:

- повторне заповнення опитувальника дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності;
- повторне спостереження за поведінкою за критеріями «рухова активність», «увага», «імпульсивність»;
- аналіз змін у функціональному стані дітей (за адаптаційними картами);
- підсумкове обговорення з батьками і педагогами результатів супроводу.

Результат етапу: аналітична довідка про ефективність психолого-педагогічної роботи та рекомендації щодо подальшої підтримки дітей.

Основні напрями і форми роботи представлено в табл. 3.1.

Розроблена програма психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) ґрунтується на системно-інтегративному підході, який передбачає поєднання діагностичних, корекційних, розвивальних і виховних завдань. Її головна мета – підвищення рівня соціальної адаптації дітей у групі однолітків шляхом розвитку саморегуляції, уваги, емоційної стабільності та комунікативних навичок.

Таблиця 3.1.

Індивідуальні програми психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку із СДУГ

Дитина	Проблемні прояви (за констатувальним етапом)	Мета індивідуальної програми	Основні напрями роботи	Форми і методи реалізації	Очікувані результати
Дитина 1	Високий рівень рухової активності, труднощі у зосередженні, швидка зміна інтересів, невміння чекати своєї черги	Розвиток самоконтролю та довільності поведінки	Зниження рухової напруги; розвиток уваги; тренування навичок очікування і дотримання правил	Пальчикові ігри, рухливі ігри з правилами, вправа «Слухай і роби», «Повтори послідовність», релаксаційні техніки	Зменшення гіперактивності, підвищення концентрації, формування навичок послідовних дій
Дитина 2	Імпульсивність, втручання у діяльність інших, труднощі у дотриманні інструкцій, часті конфлікти з однолітками	Розвиток навичок саморегуляції та соціальної взаємодії	Формування емоційного контролю; розвиток емпатії; тренування слухової уваги	Ігри на розпізнавання емоцій, «Коло друзів», вправи на чергування дій, спільні сюжетно-рольові ігри	Підвищення контрольованості поведінки, поліпшення взаємин із дітьми, розвиток емоційної чутливості
Дитина 3	Низька концентрація уваги, часті помилки через неуважність, швидке виснаження	Підвищення стійкості уваги та довільної регуляції діяльності	Тренування концентрації; розвиток вольових якостей; формування навичок	Ігри на утримання уваги («Знайди помилку», «Що змінилося?»), вправи з	Підвищення продуктивності, розвиток вміння доводити справи до кінця

			завершення дій	таймером, методика «Малюй під музику»	
Дитина 4	Емоційна лабільність, часті зміни настрою, уникання складних завдань, низька самооцінка	Розвиток емоційної стабільності та впевненості у власних силах	Формування позитивної самооцінки; зниження тривожності; розвиток самоприйняття	Ігри на самопізнання («Я – хороший», «Дзеркало»), арт- терапевтичні вправи, релаксаційні техніки	Зменшення емоційної нестабільності, підвищення впевненості, позитивне ставлення до себе

Програма реалізується протягом 12 тижнів і охоплює три основні напрями: індивідуальну роботу з дитиною, групову взаємодію та психолого-педагогічний супровід родини і педагогів. Вона має поетапну структуру, що забезпечує поступовий розвиток базових навичок дитини – від встановлення довіри до оточення до формування соціальної компетентності (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**План-графік реалізації програми психолого-педагогічного
супроводу дітей дошкільного віку із СДУГ (12 тижнів)**

Тиждень	Основна мета етапу	Зміст і форми роботи	Методи та прийоми	Очікувані результати
1–2	Встановлення емоційного контакту, створення безпечної	Індивідуальні ігри-знайомства, вправи на довіру, бесіди з батьками	Арт-терапія («Моє ім'я», «Моя родина»), гра «Долоньки дружби»	Формування позитивного ставлення до дорослого, зниження напруги,

	атмосфери			підвищення мотивації
3–4	Діагностика динаміки стану, розвиток самоконтролю	Спостереження, вправи на довільність рухів, тренування стриманості	Ігри «Слухай і роби», «Замри — руш!», релаксаційні хвилинки	Зменшення імпульсивності, покращення здатності чекати
5–6	Формування навичок концентрації уваги	Ігри на розвиток зорової та слухової уваги	«Знайди відмінності», «Хто уважний», вправи на повторення рухів	Збільшення тривалості зосередженості, зменшення кількості помилок
7–8	Розвиток емоційної саморегуляції та усвідомлення почуттів	Бесіди про емоції, рольові ігри, малювання емоцій	Гра «Світлофор настрою», «Який у тебе настрій?», робота з піском	Зниження емоційної збудливості, розвиток умінь розпізнавати емоції
9–10	Формування навичок соціальної взаємодії	Парні ігри, спільна творча діяльність, вправи на командну роботу	«Коло друзів», «Будуємо разом», театралізовані ігри	Поліпшення взаємодії з однолітками, формування позитивних соціальних зв'язків
11	Узагальнення та закріплення навичок самоконтролю, уваги й емоційної регуляції	Комплексне заняття з включенням усіх попередніх компонентів	Ігровий тренінг «Я можу керувати собою»	Підвищення рівня саморегуляції, впевненості, уваги
12	Оцінка результативності	Повторне заповнення карт	Аналіз змін, обговорення з	Визначення позитивної

	програми, повторна діагностика	спостереження, опитувальників, індивідуальні бесіди	батьками й педагогами	динаміки, планування подальшої підтримки
--	--------------------------------------	--	--------------------------	---

Перший етап (1–2 тижень) спрямований на встановлення емоційного контакту між дитиною і педагогом, формування почуття безпеки та довіри. Це важливий підготовчий період, який дає змогу мінімізувати тривожність і створити позитивний емоційний фон для подальшої роботи. Використання ігор-знайомств, арт-терапевтичних вправ і символічних дій допомагає дитині прийняти дорослого як союзника, а не контролюючу фігуру.

Другий етап (3–4 тижень) спрямований на розвиток самоконтролю та здатності до саморегуляції. Застосовуються вправи на зниження імпульсивності, розвиток довільності поведінки, тренування здатності чекати, слухати, виконувати інструкцію. Ігри типу «Завмири – руш!» чи «Слухай і роби» допомагають дитині усвідомлювати власні дії та їх наслідки, поступово підвищуючи рівень довільності.

Третій і четвертий етапи (5–8 тижень) передбачають розвиток пізнавальної сфери, концентрації уваги, емоційної регуляції та самосвідомості. Ігрові завдання, що потребують спостережливості, точності рухів, пам'яті, доповнюються вправами з розпізнавання емоцій та малювання настрою. У цей період діти вчаться розуміти власний емоційний стан, вербалізувати почуття, виявляти емпатію, що позитивно впливає на рівень їхньої соціальної адаптованості.

П'ятий етап (9–10 тижень) спрямований на розвиток навичок соціальної взаємодії. Через парні й групові ігри, творчі завдання, командну діяльність діти опановують конструктивні форми спілкування, вчаться узгоджувати дії, співпереживати, домовлятися, підтримувати однолітків. Це безпосередньо сприяє адаптації дитини до групи, підвищує рівень прийняття з боку інших дітей.

На завершальному етапі (11–12 тиждень) здійснюється узагальнення та закріплення отриманих навичок, повторна діагностика та аналіз динаміки змін. Оцінювання здійснюється за допомогою карт спостереження, опитувальників і бесід з педагогами та батьками. Це дає змогу визначити рівень сформованості самоконтролю, зниження гіперактивності, поліпшення уваги, зменшення імпульсивних реакцій і підвищення соціальної залученості дитини.

Важливим компонентом програми є робота з дорослими, які безпосередньо взаємодіють з дитиною. Для вихователів проведено семінар-практикум, де обговорено стратегії поведінки з дітьми із СДУГ, методи підтримки, створення сприятливого мікроклімату в групі. Тема семінару-практикуму: «Гіперактивність у дошкільників: розпізнавання, підтримка, корекція». Мета: підвищення обізнаності педагогів щодо причин, проявів та особливостей поведінки дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ); формування вмінь ефективної педагогічної взаємодії та підтримки таких дітей у процесі соціальної адаптації.

План та структура семінару-практикуму для вихователів представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Структура семінару-практикуму (3 години)

Етап	Зміст роботи	Форми і методи	Орієнтовний час
1. Вступна частина	Привітання учасників. Ознайомлення з метою та завданнями семінару. Визначення очікувань педагогів.	Міні-дискусія, “коло очікувань”	15 хв
2. Теоретичний блок	Короткий огляд причин, клініко-психологічних проявів та типових труднощів дітей із СДУГ. Ознаки, за якими вихователь може запідозрити СДУГ.	Міні-лекція з презентацією	30 хв

3. Діагностико- аналітичний блок	Ознайомлення з методиками спостереження за дитиною, аналіз результатів опитувальника дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності.	Робота в малих групах, аналіз кейсів	40 хв
4. Практичний блок	Відпрацювання педагогічних навичок ефективної взаємодії: прийоми зниження гіперактивності, правила поведінки вихователя у стресових ситуаціях, формування уваги та саморегуляції у дітей.	Тренінгові вправи, рольові ігри	50 хв
5. Рефлексивний блок	Обговорення отриманих знань. Формулювання власних рекомендацій щодо роботи з гіперактивними дітьми.	Відкрите обговорення, метод “Мікрофон”	25 хв
6. Підсумкова частина	Підведення підсумків. Роздача пам’ятки «Як поводитися з дітьми, які мають СДУГ».	Обмін досвідом, фідбек	20 хв

Для батьків розроблено пам’ятки та практичні рекомендації (Додаток В), що допомагають краще розуміти особливості дитини, ефективно реагувати на її поведінку та формувати емоційно стабільні відносини в сім’ї.

У цілому реалізація програми передбачає не лише корекційно-розвивальну роботу з дітьми, а й створення підтримувального мікросередовища, у якому дитина відчувається прийнятою, зрозумілою та успішною. Комплексний підхід, поєднання ігрових, арт-терапевтичних, комунікативних і поведінкових методик забезпечує стабільну позитивну динаміку розвитку дітей із СДУГ, підвищує їхню адаптованість, самооцінку та впевненість у власних силах.

Розроблена програма психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю спрямована на забезпечення умов успішної соціальної адаптації в групі однолітків. Її

реалізація здійснюється поступово, упродовж 12 тижнів, із поєднанням індивідуальної, групової та сімейно-педагогічної роботи.

У ході її реалізації здійснювалося систематичне спостереження за поведінкою, емоційним станом і соціальною активністю дітей. Для фіксації динаміки використовувалися карти спостереження, опитувальники для вихователів і батьків, а також педагогічні щоденники, де відмічаються особливості поведінки кожної дитини в групі. Процес реалізації програми представлено на фото (Додаток Г).

Попередні спостереження свідчили про поступове зниження рівня збудливості та імпульсивності дітей, покращення навичок самоорганізації й комунікативної взаємодії. Водночас деякі діти ще потребували додаткової підтримки в розвитку стійкої уваги та емоційної регуляції.

Підсумковий етап програми передбачав повторну діагностику з метою виявлення якісних змін у функціональному стані дітей, оцінки рівня їх соціальної адаптації, здатності до саморегуляції та міжособистісної взаємодії. Розглянемо результати порівняльного аналізу констатувального й підсумкового етапів.

Результати повторної діагностики за опитувальником дитячої гіперактивності, неуважності та імпульсивності представлено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Результати опитувальника дитячої гіперактивності, неуважності та імпульсивності у дітей шостого року життя

Дитина	Неуважність (базово → повт.)	Гіперактивність (базово → повт.)	Імпульсивність (базово → повт.)	Коментар щодо динаміки
1	1.8 → 1.6 (-0.2)	2.6 → 2.4 (-0.2)	2.3 → 2.1 (-0.2)	Невелике, але помітне зниження по всіх блоках; покращення самоконтролю при структурованій роботі.

2	2.5 → 2.3 (-0.2)	1.9 → 1.7 (-0.2)	1.7 → 1.6 (-0.1)	Стабільне помірне покращення, особливо у проявах гіперактивності.
3	2.2 → 2.1 (-0.1)	2.4 → 2.3 (-0.1)	2.5 → 2.4 (-0.1)	Дуже незначна динаміка; потребує подовженого супроводу.
4	2.3 → 2.1 (-0.2)	1.7 → 1.5 (-0.2)	1.4 → 1.3 (-0.1)	Помітніше зниження гіперактивності та неуважності; краща соціальна взаємодія.

Середнє зниження по блоках $\approx 0.1\text{--}0.2$ бали, тобто незначна, але позитивна динаміка. Це відповідає очікуванням при 12-тижневому супроводі: зміни присутні, але повільні.

Динаміка педагогічного спостереження за трьома критеріями (рухова активність / неуважність / імпульсивність) представлено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Дитина	Рухова активність (базово→повт.)	Неуважність (базово→повт.)	Імпульсивність (базово→повт.)	Коментар
1	3 → 2 (-1)	2 → 1–2 (нестабільна ситуативна динаміка)	3 → 2 (-1)	Видиме зменшення хаотичних рухів під час занять; краща стійкість у структурованих вправах.
2	2 → 2 (0)	2 → 1–2 (легке покращення)	2 → 1–2 (легке покращення)	Помірні зміни; дитина краще слухається інструкцій у групових іграх.
3	3 → 3 (0)	3 → 3 (0)	3 → 3 (0)	Практично без змін у рамках 12-тижневого періоду – потребує

				продовження інтервенцій.
4	1 → 1 (0)	1 → 1 (0)	1 → 1 (0)	Початково низький рівень проблем – стабільність; деякі епізоди покращення у грі з ровесниками.

Наявна незначна динаміка: лише Дитина 1 показує помітне зниження по 3 критеріям (на 1 бал), 2 – помірне покращення у поведінкових аспектах, 3 і 4 – стабільність або дуже слабкі зміни. Це підкреслює, що тривалість адаптації і індивідуальні темпи дозрівання критично важливі.

Далі представимо узагальнені результати відповідно аналізу Карт функціонального стану дітей (повторна оцінка – якісні показники), порівняння ключових позицій карти (базово → повторно), узагальнено для кожної дитини.

Дитина 1

Настрій: збудливий → частіше спокійний (покращення, але ще лабільний).

Сон: поверхневий → трохи глибший/менше переривчастий.

Апетит: вибіркового → менше вибіркового.

Ігри/комунікація: хаотичні → ігри довші, краще вміння чекати черги.

Висновок: помітне покращення функціонального стану, але потреба в стабілізації.

Дитина 2

Настрій: бадьорий/дратівливий → стабільніший бадьорий настрій.

Сон/апетит: покращення; менше нічних пробуджень.

Поведінка: активна, але краще організована під час занять.

Висновок: помірна позитивна динаміка.

Дитина 3

Настрій: нестабільний → мінімальні поліпшення.

Сон: залишився неглибоким; апетит варіює.

Поведінка: гіперактивність зберігається, участь у групі збільшилась незначно.

Висновок: дуже повільна динаміка; потребує продовження інтервенцій.

Дитина 4

Настрій/сон/апетит: стабільні, невеликі поліпшення.

Ігри: більше конструктивної взаємодії; лідерські тенденції стають менш нав'язливими.

Висновок: стабільне покращення у соціальній сфері.

Загальний якісний висновок (враховуючи всі три методики)

Динаміка наявна, але незначна й нерівномірна. По опитувальнику спостерігається зниження середніх балів ($\approx 0.1-0.2$ по субшкалам), що вказує на поступове зменшення симптомів. Педагогічне спостереження показує більш помітні зрушення лише в 1 дитини (на 1 бал), в 2-ої – легке покращення, двоє – мало змінилися. Карти функціонального стану фіксують помірні поліпшення в емоційній сфері, сні та апетиті в частини дітей.

Тривалість адаптації – ключовий фактор. 12-тижневого інтервалу вистачило для появи перших позитивних зрушень, але не для стабільної та рівномірної адаптації всіх дітей. Діти з глибшими первинними порушеннями (Дитина 3) потребують більш тривалої, інтенсивнішої та, можливо, медико-комбінованої корекції.

Кращі результати спостерігаються в тих випадках, де батьки та вихователі систематично дотримувалися рекомендацій (структура дня, короткі інструкції, релаксації, мікрозаняття на увагу). Це корелює з невеликою, але помітною динамікою у Дитини 1 і 2.

Програма показала адекватну спрямованість – вона працює, але її слід продовжити або підсилити для дітей із повільнішою адаптацією; рекомендується продовження супроводу ще мінімум на 8–12 тижнів з акцентом на:

- збільшення частоти (або тривалості) тренувань уваги для Дитини

3,

- підтримку сімейної системи (індивідуальні консультації батькам),
- регулярний супервізійний моніторинг вихователів.

Висновки до розділу 3

Проведене формувальне дослідження, спрямоване на розроблення та обґрунтування психолого-педагогічних умов підтримки дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, дозволило поглибити уявлення про особливості їхнього розвитку, адаптаційного потенціалу та функціонального стану. Отримані результати підтвердили, що ефективність соціальної адаптації дитини зумовлюється системною взаємодією педагогічного, сімейного й психологічного впливу, а корекційно-розвивальна робота має бути комплексною, послідовною та тривалою.

Розроблена програма супроводу передбачала цілеспрямовану роботу з трьома основними групами учасників адаптаційного процесу: дітьми, батьками та вихователями. З дітьми реалізовувалися ігрові, пальчикові, дихальні вправи, функціональні ігри, спрямовані на розвиток уваги, саморегуляції, зниження емоційної напруги. Робота з батьками включала консультативні зустрічі, батьківські збори, практичні рекомендації щодо організації побуту та дозвілля дитини з урахуванням її особливостей. Для вихователів було проведено семінар-практикум «Гіперактивність у дошкільників» та підготовлено пам'ятку «Як поводитись із дітьми, які мають СДУГ», що сприяло підвищенню їхньої педагогічної компетентності у сфері підтримки дітей з особливими поведінковими проявами.

Результати повторної діагностики після реалізації програми засвідчили помірне, але стійке покращення поведінкових і регулятивних показників. Зокрема, середній рівень проявів гіперактивності, неуважності та імпульсивності знизився приблизно на 7–8 %, що свідчить про поступове

формування навичок самоконтролю, підвищення здатності зосереджуватись і дотримуватись правил діяльності. Найпомітніші зміни відбулися у дітей, чиї батьки активно долучались до процесу корекційної роботи, що підтверджує важливість узгодженої взаємодії всіх учасників освітнього середовища.

Порівняльний аналіз результатів спостережень за поведінкою дітей у природних умовах групи також показав зменшення кількості імпульсивних реакцій, зниження рухового збудження, підвищення довільності уваги під час ігор і занять. Разом із тим, динаміка виявилась різною у різних дітей: для частини з них адаптаційний процес був більш тривалим через особливості функціонального стану: емоційну лабільність, швидку стомлюваність, нерівномірність психомоторного розвитку. Це підтвердило, що рівень функціональної зрілості нервової системи дитини визначає темп її адаптації та ефективність психолого-педагогічного супроводу.

Позитивні зміни зафіксовано також у карті спостережень за функціональним станом дітей: у більшості дошкільників стабілізувався сон, нормалізувався апетит, зменшилася кількість проявів дратівливості та емоційного виснаження, спостерігалось покращення загального настрою. Підвищився рівень розвитку комунікативних, ігрових і мовленнєвих навичок, що є показником поступового розширення соціального досвіду та формування більш гармонійної поведінки в групі однолітків.

Таким чином, проведене дослідження довело, що ефективна підтримка дітей зі СДУГ у процесі соціальної адаптації потребує дотримання певних психолого-педагогічних умов:

- системності та тривалості впливу;
- узгодженості дій педагогів, психолога та батьків;
- індивідуалізації підходів до кожної дитини з урахуванням її функціонального стану;
- використання ігрових, тілесно-орієнтованих та релаксаційних методик;

– створення емоційно безпечного середовища, яке знижує рівень напруження та сприяє розвитку довільності поведінки.

Отже, результати формувального експерименту підтвердили доцільність системно-інтегративного підходу до психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку зі СДУГ. Незважаючи на те, що виявлена позитивна динаміка є помірною, її стійкість і закономірність свідчать про ефективність обраної програми. Подальша робота має бути спрямована на підтримання та закріплення досягнутих результатів, поступове розширення соціального досвіду дітей і підвищення рівня їхньої адаптованості до групи однолітків

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретичного та емпіричного дослідження було досягнуто поставленої мети та виконано всі завдання роботи.

1. У межах першого завдання здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми соціальної адаптації дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), розкрито історичні, нейропсихологічні та функціональні аспекти розвитку цього розладу.

Встановлено, що СДУГ має багатфакторну природу та зумовлений поєднанням біологічних і соціально-психологічних чинників. У дошкільному віці він проявляється через надмірну рухову активність, імпульсивність, труднощі концентрації уваги та швидку емоційну виснаженість. У теоретичному аналізі наголошено, що прояви гіперактивності слід розглядати не лише як поведінкову особливість, а як показник функціонального стану нервової системи, який безпосередньо впливає на здатність дитини адаптуватися у соціумі.

Доведено, що ефективна соціальна адаптація дошкільників із СДУГ потребує врахування нейропсихологічних і психофізіологічних особливостей розвитку, а також індивідуального підходу до організації виховного середовища.

2. У межах другого завдання проведено констатувальний експеримент, спрямований на дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації дошкільників зі СДУГ у групі однолітків. У ході дослідження було використано три методики:

- опитувальник дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності;
- спостереження за поведінкою дітей за критеріями «рухова активність», «неуважність», «імпульсивність»;
- карту спостережень функціонального стану дитини в період адаптації.

Результати констатувального експерименту показали, що більшість дітей (приблизно 75 %) демонструють підвищену рухову активність, швидку зміну настрою, труднощі у зосередженні, а також низький рівень емоційної стабільності. У 50 % дітей спостерігалися виражені прояви неуважності, у 25 % імпульсивності.

У карті спостережень зафіксовано, що на початковому етапі адаптації у дітей з СДУГ часто відмічалися збудливість, неспокійний сон, вибірковий або знижений апетит, емоційна лабільність, труднощі комунікації та самообслуговування. Це свідчить про уповільнений перебіг адаптаційного процесу, який безпосередньо пов'язаний із функціональним станом нервової системи дитини та зниженим рівнем довільної регуляції поведінки.

3. У межах третього завдання розроблено й обґрунтовано психолого-педагогічні умови та форми підтримки дітей дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, спрямовані на підвищення рівня їхньої соціальної адаптації в групі однолітків.

У межах формувального експерименту було впроваджено систему психолого-педагогічного супроводу, що включала:

- корекційно-розвивальну роботу з дітьми, спрямовану на розвиток довільної уваги, самоконтролю, зниження імпульсивності та стабілізацію емоційного стану;
- роботу з батьками, яка передбачала інформування про особливості СДУГ, рекомендації щодо виховання та підтримки емоційного контакту з дитиною;

– просвітницьку роботу з педагогами, яка реалізовувалася через семінар-практикум «Гіперактивність у дошкільників» і пам'ятку для вихователів «Як поводитись з дітьми, які мають СДУГ».

Результати формувального етапу засвідчили позитивну динаміку у всіх учасників експерименту: у дітей спостерігалось зниження рухової розгальмованості, покращення концентрації уваги, підвищення довільності поведінки, розвиток комунікативних навичок і стійкіших емоційних реакцій. Тривалість адаптаційного періоду скоротилася, діти стали краще взаємодіяти з однолітками та вихователями, зросла їхня здатність до участі у колективних іграх і спільній діяльності.

Отже, отримані результати доводять ефективність системно-інтегративного підходу до організації психолого-педагогічної підтримки дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Комплексна робота з дитиною, її батьками та педагогами сприяє покращенню функціонального стану дошкільників, зниженню проявів гіперактивності й імпульсивності, підвищенню рівня соціальної адаптації та гармонізації міжособистісних стосунків у дитячому колективі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптація дітей раннього віку до умов закладу дошкільної освіти «У садочок з мамою». Досвід роботи. Нетішин: 2022 80 с.
2. Алексеева І. В., Калшикова М. Гіперактивні діти: корекція поведінки. Київ : Шкільний світ, 2011. 96 с.
3. Байєр О. О., Остіковська О.О. Особливості поведінкової терапії для дітей, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), у Європі. Теорія і практика сучасної психології. 2020. № 1. Т. 1. С. 129–133.
4. Бех, І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання: навч.-метод. посіб. Київ: ІЗМН. 1998. 204 с.
5. Боряк, О., Ладинченко, Л. Молодші школярі з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги в умовах сучасного інклюзивного простору. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2020. 5–6, 99–100.
6. Вигера, Я. Теоретичні аспекти проблеми формування властивостей уваги у молодших школярів із розумовою відсталістю. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2011. 17, 318–322.
7. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Вип. 9. С. 73–78.
[URL:http://surl.li/usrmts](http://surl.li/usrmts)

8. Голуб О. В., Лесик А. С., Щербакова Н. М. Педагогічні умови виховання гіперактивних дітей у початковій школі. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. 2022. № 1. С. 46–53.
9. Гришченко С., Беседа Н., Слободяник Ю., Кулеша-Любець М., Баштенко О., Бондар Т. Neuropsychological Health Technologies. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Т. 13, № 3. С. 166–180. DOI: 10.18662/brain/13.3/360
10. Грищенко С. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю в дітей віком 6–8 років як медико-соціальна проблема. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2024. № 1(137). С. 143–152.
11. Гуріна О. М. Робота з гіперактивними дітьми. Психологічна компетентність учителя. *Психолог*. 2006. № 22. 36 с.
12. Дефектологічний словник: навч. посіб. / за ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. Київ: МП Леся, 2011. 528 с.
13. Дошук Л. Г., Кушнір І. Г., Гаврик О. Д. Ефективність використання терапевтичних вправ у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 4: Психологічні науки*. 2021. № 132. С. 76–79.
14. Джубало Л. В. Екологічність допомоги молодшому школяру з СДУГ. *Актуальні проблеми психології*. 2019. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i3.9.pdf>
15. Дудіна, О. М. Особливості емоційної регуляції дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*, 2022. XVII(6), 45–54.
16. Єськова А.О. Психологічні особливості виявлення та подолання гіперактивності у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. Слов'янськ. 2006. № 31. С. 243-248.
17. Єрофєєва А. Гіперактивна дитина. *Шкільний світ*. 2011. № 14. С. 5-8.

18. Засєкіна Л.В., Соловей О.А. Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги: теорія та практика : монографія. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк: Волинський нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 228 с.
19. Ілляшенко Т. Діти з гіперактивними розладами та дефіцитом уваги. *Початкова школа*. 2009. № 6. С. 54-56.
20. Ілляшенко Т. Як допомогти дитині з гіперактивними розладами. *Початкова школа*. 2013. № 2. С. 44-46.
21. Касьян М. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як клініко-психологічна проблема. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2012. Вип. 21. С. 368-371. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_95
22. Клименко О. І. Особливості проведення логопедичної роботи із дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції «Природнича наука й освіта: сучасний стан і перспективи розвитку» (22–23 вересня 2022 р.)*. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2022. С. 115–118.
23. Князєв В. М. Особливості самооцінки та розвитку особистості у дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34, № 73. С. 34–39.
24. Компанєць Н. Особливості довільної поведінки у дітей із розладами гіперактивності з дефіцитом уваги. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2020. № 4. С. 7–18.
25. Крутій К. Л., Зданевич Л. В. Необхідність мультидисциплінарного підходу до розроблення освітніх програм підготовки бакалаврів до абілітаційної діяльності. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2021. Т. 74. С. 35–39.
26. Левченко В., Левченко О. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей. *Освіта на Луганщині*. 2013. № 1. С. 67-72.

27. Ліпартеліані Д. Особливості виховання гіперактивних дітей молодшого шкільного віку. *Початкова школа*. 2011. № 4. С. 47-49.
28. Мартинюк В.Ю., Зінченко С. М. Мінімальна мозкова дисфункція: клініко-психологічні аспекти. Київ: Інтермед, 2000. 168 с.
29. Марценковська І. Л. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *NeiroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 4 (115). С. 17–19.
30. Медведєв В., Черкасов, В., Васлович, В., Цимбалюк, В. П'ять відкриттів Володимира Беца. Частина перша. Бец і острови енторінальної кори. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2023. Т. 136, № 1. С. 30–59.
31. Мирончик О. Робота вчителя з гіперактивними дітьми. *Початкова школа. Школа*. 2013. № 2 .С. 63-65.
32. Непосидько Ф., Макаренко С. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям *Шкільний світ*. 2008. № 47. С. 5-8.
33. Осичнюк Л. М., Тищенко Н. Е., Горлов М. В., Тищенко І.П. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності у дітей молодшого шкільного віку і його корекція. *Наукова бібліотека Луганського державного медичного університету*. С. 424-428.
34. Павелків Р.В., Цигипало О.П. Психодіагностичний інструментарій в умовах дошкільного закладу : навч. посіб. Київ : «Центр» учбової літератури», 2013. 296 с.
35. Перепада О. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медикопсихологічна проблема. *Проблеми сучасної психології*. 2019. 60 с.
36. Піддубна Н. Гіперактивність старших дошкільників: причини та психологічна підтримка дітей. *Актуальні проблеми психолого-педагогічного та соціального супроводу дитини на ранніх етапах соціалізації. Гуманізація навчально-виховного процесу*. Слов'янськ, 2010. С. 223-230.

37. Прокопів Л.Я. Експериментальна верифікація комплексної мультимодальної психокорекції дитячої гіперактивності. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 29. С. 561-574.

38. Прокопів Л.Я. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників. *Психологія особистості*. 2013. № 1. С. 149-156.

39. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів: Джерело-Крео, 2008. 326 с.

40. Савченко, І. В. Психолого-педагогічна підтримка дітей з розладами поведінки у дошкільному віці. *Психологія і педагогіка: сучасні дослідження та інновації*. 2023. 2, 58–66.

41. Танцура Л. М., Пилипець О. Ю., Третьяков Д. В. Концепція виникнення мінімальної мозкової дисфункції та можливі шляхи запобігання її розвитку. *Український вісник психоневрології*. 2016. Том 24. Вип. 4 (89). С. 5–7. URL : <http://surl.li/swhabj>

42. Ткач Б. Нейропсихологічний підхід до розуміння синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: етіологія, діагностика, корекція. *Актуальні проблеми психології*, 2015, т. 12, № 21, с. 293-303.

43. Тохтамиш О.М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги. *Актуальні проблеми психології. Том I. Соціальна психологія. Організаційна психологія. Економічна психологія*: Зб. наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. К.: Міленіум, 2005. Част.14. С.154-156.

44. Тохтамиш О.М. Інтеграція поведінкової терапії та психотерапевтичних технік Мілтона Еріксона в орієнтації батьків до позитивного підкріплення розвитку дитини *IV Україно-Баварський Симпозіум, 19-21 листопада 1999 р. Київ: Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, 1999. С.135-136.*

45. Тохтамиш О.М. Методика психологічної допомоги гіперактивним дітям. *Психологічній службі системи освіти України 10 років: здобутки, проблеми і перспективи. Матеріали Всеукраїнської ювілейної*

науковопрактичної конференції 22-23 жовтня 2001 р. Київ: Ніка-Центр, 2002. с.132-143.

46. Тохтамиш О.М. Психодіагностика дитячої гіперактивності та дефіциту уваги у дошкільному віці. *Наукові записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. академіка С.Д. Максименка*. Київ: Главник, 2005. Вип. 26, в 4-х томах. Том 4. С. 171-175.

47. Тохтамиш О.М. Психологічна допомога дітям дошкільного та молодшого шкільного віку з ознаками гіперактивності та дефіциту уваги. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. Збірник наукових праць / Редкол.: І.Д. Бех, Е.В. Белкіна, Н.М. Бібік та ін. Київ: КМПУ імені Б.Д.Грінченка, 2005. №4 С. 96-100.

48. Тохтамиш О.М. Сучасні методи психологічного супроводження дітей із дефіцитом уваги та гіперактивністю. *Теорія і практика допомоги особистості в психологічному консультуванні і психотерапії: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / ред. З.Ф. Сіверс, Е.В. Белкіна, І.А. Слободянюк та ін.* К.: КМПУ імені Б.Д.Грінченка, 2005. с. 127-130.

49. Федоренко М.В., Шарук В.В. Основні види психологічної корекції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей. *Логопедія*. 2015. № 7. С. 95-99.

50. Шевчук В. Гіперактивна дитина у дошкільному закладі. *Вихователь методист дошкільного закладу: Щомісячний спеціальний журнал*. 2010. № 11. С. 23 – 31.

51. Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М. Характеристика основних клінічних варіантів і типів перебігу розладів адаптації. *Архів психіатрії*, 2005. Т.11. №3(42), №4(43). С.42-47.

52. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Rev.; DSM-5-TR). *Washington, DC: APA Publishing*. 2022.
54. Armstrong T. The myth of the ADHD child: 50 ways to improve your child's behavior and attention span without drugs, labels, or coercion. New York: Penguin, 2015. 134 p.
55. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997. Vol. 121. P. 65–94. URL : <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:A1997WC34200004>
56. Barkley RA. Developmental course, adult outcome, Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008. 6: 186–207.
57. Barkley, R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (5th ed.). New York: Guilford Press. 2021.
58. Faraone S. V. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Drug Discovery*, 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189265/>
59. Frigerio A., Montali L., Fine M. Risky and at-risk subjects: The discursive positioning of the ADHD child in the Italian context. *Biosocieties*. 2013. P. 245–264. URL : <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000325165400002>
60. Fogleman, N. D., Morales, A., & Waschbusch, D. A. Peer rejection and friendship quality among preschool children with ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (2023). 64(1), 72–83. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13687>
61. Hallowell E. M., Ratey, J. J. Delivered from distraction: Getting the most out of life with attention deficit disorder. New York: Ballantine Books, 2005. 400 p.
62. Hryshchenko, S. V. Attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6–8 as a medical and social problem. *Modern Pediatrics*. Ukraine, 2024. 1(137), 143-152. <https://doi.org/10.15574/SP.2024.137.143>

63. Hoza, A. B., & Mikami, A. Y. Peer functioning in children with ADHD: Implications for intervention. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2021. 49(5), 673–689. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00738-2>
64. Hyman S. E. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007, vol. 3, 156 p
65. Galarza V., Sánchez-Hidalgo M. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): characterization, theoretical evolution and methodological strategies to overcome it. *Revista de la Universidad del Zulia*. 2022. Vol. 12. P. 466–483. URL : <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000744166600027>
66. Gelebi, F., & Unal, D. Self-esteem and clinical features in a clinical sample of children with ADHD and social anxiety disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021. 75(4): 286–291.
67. Gorzkowska I., Samochowiec, J. Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM-IV-TR. *Psychiatria Polska*. 2012. Vol. 9. 93 p.
68. Krisch J. How to Draw Conclusions About What Children’s Art Really Means. *Fatherly*. URL: <https://www.fatherly.com/health-science/kid-art-what-childrens-art-really-means>
69. Kofler, M. J., Irwin, L. N., Sarver, D. E., et al. Social dysfunction in ADHD: A meta-analysis of peer, family, and social outcomes. *Psychological Bulletin*. 2023. 149(4), 652-682. <https://doi.org/10.1037/bul0000395>
70. Nigg J. T., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Rappley, M. D. Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41, no. 1. 60 p.
71. Nixon, E. Social competence and peer relations in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Mental Health*. 2022. 27(2), 85–94. <https://doi.org/10.1111/camh.12536>

72. Roman T., Rohde L., Hutz M. Polymorphisms of the dopamine transporter gene: influence on response to methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder. *American Journal of Pharmacogenomics*. 2004. Vol. 4(2). P. 83-92.
73. Rosenthal E. A, Broos H. C., Timpano K. R., Johnson S. L. Does Emotion-Related Impulsivity Relate to Specific ADHD Symptom Dimensions, and Do the Effects Generalize Across Comorbid Internalizing and Externalizing Syndromes? *Journal Of Attention Disorders*. 2024. Vol. 28. P. 178–188. URL : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10870547231210283>
74. Singer J. Neurodiversity: The birth of an idea. Independent Publication, 1999. 113 p.
75. Shaw, P., Gilliam, M., & Nigg, J. T. Preschool ADHD: Early neurodevelopmental and social predictors of later impairment. *Developmental Psychology*. 2022. 58(8), 1409–1421. <https://doi.org/10.1037/dev0001387>
76. Słopeń A. Badania asocjacyjne genów kandydujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej i deficyty uwagi (ADHD) z wybranymi funkcjami poznawczymi. UAM, 2011. 180 p.
77. Strauss A. Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Plenum Press, 1947. 320 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник дитячої гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності

Ім'я та прізвище дитини _____

Вік дитини: _____ років _____ місяців

Оцініть, будь ласка, за допомогою наступної шкали, як часто у дитини зустрічається те, про що запитується у наступних запитаннях:

0 – ні або рідко

1 – іноді

2 – часто

3 – дуже часто

викресліть відповідну цифру біля кожного з запитань

1. Коли дитина виконує якесь завдання, як часто вона робить помилки за рахунок неувважності?

0 1 2 3

2. Чи важко дитині довгий час зосереджуватися під час гри або під час виконання якоїсь справи?

0 1 2 3

3. Чи трапляється, що вона не чує, коли з нею розмовляють батьки, або хтось інший?

0 1 2 3

4. Чи трапляється, що дитина не доводить до кінця справу, або гру, або те, що має зробити за проханням дорослих?

0 1 2 3

5. Чи міняє дуже швидко свою діяльність, не закінчивши попереднє заняття?

0 1 2 3

6. Чи отримує задоволення при виконанні завдань або під час ігор, які потребують уваги?

0 1 2 3

7. Чи губить речі, що потрібні їй для ігор або інших занять?

0 1 2 3

8. Чи легко відволікається на щось інше?

0 1 2 3

9. Чи забуває дитина іноді щось під час якоїсь діяльності, наприклад, де лежить якийсь предмет, іграшка?

0 1 2 3

10. Чи важко дитині стримувати постійні рухи рук або ніг?

0 1 2 3

11. Чи важко дитині всидіти на одному місці, коли це необхідно?

0 1 2 3

12. У ситуаціях, коли від дитини чекають, що вона буде вести себе спокійно, вона рухається туди-сюди або залізає на меблі?

0 1 2 3

13. Чи складно їй грати у спокійні ігри?

0 1 2 3

14. У цілому дитина рухається набагато більше, ніж вважають доцільним її батьки або інші люди?

0 1 2 3

15. Дитина говорить більше, ніж вважають доцільним її батьки або вихователі?

0 1 2 3

16. Чи відповідає на запитання передчасно, доки воно ще повністю не поставлено?

0 1 2 3

17. Дитині дуже важко під час гри або у групі чекати, коли прийде її черга?

0 1 2 3

18. Трапляється, що дитина заважає іншим дітям, коли вони грають, або досаждає іншим?

0 1 2 3

19. Якщо дитина часто є неспокійною, або їй важко бути уважною, була ця дитина такою ж неспокійною або нездібною зосереджуватись ще пізніше тому?

так ні не знаю

Дата_____ підпис експерта (вихователя, психолога, логопеда)_____

Додаток Б

КАРТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

Прізвище, ім'я дитини: _____

Вік: _____ років _____ місяців

Група: _____

Період адаптації: з «» _____ 20__ р. по «» _____ 20__ р.

Вихователь(і): _____

Мета спостереження: *Визначення динаміки функціонального стану дитини дошкільного віку із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у процесі адаптації до умов групи однолітків.*

Періодичність оцінювання: Спостереження проводиться **щотижня** протягом адаптаційного періоду (1 місяць і більше). Оцінювання здійснюється **1 раз на тиждень**, що дозволяє відстежити динаміку змін у поведінці, емоційному стані та соціальній адаптації дитини.

№	Параметри спостереження	1-й тиждень	2-й тиждень	3-й тиждень	4-й тиждень	Примітки / коментарі вихователя
1	Настрій: бадьорий / спокійний / дратівливий / пригнічений /					
2	Сон: засинання (швидке / повільне / спокійне / неспокійне / з допомогою дорослого); характер сну (глибокий / неглибокий / спокійний / неспокійний)					
3	Апетит: хороший / вибіркового / поганий / відмовляється від їжі					
4	Поведінка під час неспання: активна / надмірно активна / пасивна / малоактивна					
5	Рівень розвитку комунікативних навичок: легко вступає в контакт / вибірково / уникає спілкування / конфліктує					

6	Розвиток навичок самообслуговування: відповідає віку / потребує допомоги / не сформовані					
7	Розвиток ігрових навичок: бере участь у спільних іграх / грає наодинці / проявляє хаотичні дії / руйнує гру інших					
8	Розвиток мовлення: відповідає віку / має затримку / не відповідає віку					
9	Рівень уваги: стійка / нестійка / швидко відволікається / не реагує на інструкції					
10	Рухова активність: нормальна / підвищена / надмірна / хаотична					
11	Емоційна стабільність: спокійна / лабільна / імпульсивна / агресивна					
12	Здатність до саморегуляції: виконує вказівки / потребує нагадування / не реагує / чинить опір					

Загальна характеристика дитини за результатами спостереження:

·
·
·

Підпис вихователя / психолога: _____

Дата завершення спостереження: « ____ » _____ 20__ р.

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ БАТЬКІВ ДИТИНИ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ (СДУГ)

1. Прийняття та розуміння особливостей дитини

Пам'ятайте, що дитина з СДУГ не неслухняна і не ледача. Її поведінка є наслідком особливостей розвитку нервової системи.

Ваше прийняття, терпіння і спокій – основа її стабільності та впевненості.

Уникайте постійних зауважень, покарань, критики. Вони лише підвищують тривожність і гальмують розвиток самоконтролю.

Замість фрази «Ти знову не слухаєшся!» краще сказати: «Я бачу, що тобі складно зосередитись. Давай спробуємо разом».

2. Організація режиму дня і побуту

Створіть чіткий розпорядок дня – однаковий час підйому, їжі, прогулянок, сну.

Повідомляйте дитину завчасно про зміну діяльності («Ще п'ять хвилин гри – і ми йдемо вечеряти»).

Розділіть складні завдання на малі кроки, закріплюйте результат похвалою.

Виключіть перевантаження гаджетами: обмежте перегляд екранів до 30 хвилин на день.

Забезпечте фізичну активність – плавання, прогулянки, вправи на координацію, ігри з м'ячем.

3. Стилi виховання і спілкування

Будьте послідовними у вимогах: дитина має розуміти, що можна, а що ні.

Уникайте крику, осуду й емоційних вибухів. Спокійна реакція дорослого – модель для наслідування.

Хваліть частіше, навіть за незначні досягнення: «Мені сподобалось, як ти сьогодні спокійно сидів за столом».

Замість «не можна» пояснюйте «як треба»: «Не біжи, іди повільно, будь уважним».

Підтримуйте емоційний контакт – обіймайте, торкайтесь, посміхайтесь. Так дитина вчиться відчувати безпеку.

4. Психоемоційна підтримка

Навчайте дитину впізнавати свої емоції («Ти зараз злишся?», «Ти радієш?») і говорити про них словами.

Пропонуйте спільні ігри на самоконтроль: «Завмри!», «Хто зможе довше мовчати?», «Покажи спокій».

Використовуйте дихальні вправи, пальчикові ігри, релаксаційні казки перед сном.

Формуйте позитивну самооцінку через спільні успіхи, а не покарання.

5. Співпраця з педагогами і психологом та логопедом

Будьте відкритими до спілкування з вихователями, психологом, логопедом.

Не сприймайте рекомендації як критику – це підтримка вашої дитини.

Узгоджуйте єдину лінію виховання вдома і в дитячому садку.

Регулярно цікавтеся результатами спостережень і динамікою поведінки.

Пам'ятайте:

Дитина із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю потребує не покарання, а підтримки, любові, структури і передбачуваності.

Ваша участь – ключ до її гармонійної соціальної адаптації, формування довіри до світу і до самої себе.

Додаток Г







