**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми фізичної реабілітації при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності** **у дітей**

**1.1. Теоретичні підходи у дослідженні питань фізичної реабілітації при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності у дітей**

Представлено результати теоретичного аналізу досліджень синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей та дорослих, напрямки психологічної допомоги батькам, які виховують дітей з цим розладом.

Наголошується, що початок наукового інтересу до осіб з гіпервираженим поведінковим синдромом та проблемами уваги датується 18 століттям, і уявлення про синдром трансформуються з часом у відповідності до нових наукових відкриттів.

Сучасні генетичні та нейровізуальні дослідження дозволили визнати роль генів у розвитку гіперактивних розладів у дітей та проблем з концентрацією уваги, проте встановити конкретний геном, що відповідає за розвиток СДУГ, поки що науковцям не вдалось.

У Америці та країнах Заходу вивчається також гіпотеза про те, що СДУГ пов’язаний з порушенням обміну нейротрансміттерів допаміну та норадреналіну, які задіяні у передачі нервових імпульсів, і грають головну роль у системі «лобова кора – підкіркові утворення (базальні ганглії) – лімбічна система» (M. Solanto, 2002; N. Volkow, G-J. Wang, & al., 2011; E. Willcutt, B. Pennington, L. Duncan & al., 2010).

В цілому, вивчення факторів появи СДУГ резюмує цей розлад як такий, що спричинений поєднанням багатьох генетичних та екологічних факторів ризику, жоден з яких не є необхідним або достатнім, щоб викликати розвиток СДУГ сам по собі (E. Willcutt, 2005).

 На сьогодні термін СДУГ (ADHD) є офіційно визнаним у МКХ (Міжнародній класифікації хвороб) та DSM (Діагностичному та статистичному керівництві психічних розладів Американської психіатричної асоціації) для специфічного розладу з чітко прописаними симптомами.

 Зокрема, у 11 перегляді МКХ СДУГ відноситься до групи психічних, поведінкових та неврологічних розладів, що характеризуються клінічно значущими порушеннями у пізнанні, емоційній регуляції або поведінці людини, відображає дисфункцію у психологічних, біологічних процесах або у процесах розвитку, що лежать в основі психічного та поведінкового функціонування (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder, 2018).

Результати сучасних досліджень підтверджують, що у близько 60% пацієнтів симптоми СДУГ, що були у дитинстві, зазнаючи певної трансформації, продовжують бути присутніми і у дорослому віці (Т. Brown, 2000; M. Davidson, 2008; R. Barkley, K. Murphy & M. Fischer, 2008; S. Faraone, J. Biederman, 2005; V. Harpin, 2005; A. Tuckman, 2009 та ін.).

Дослідження особливостей розвитку дітей молодшого віку із СДУГ показують, що у пізнавальній діяльності таких дітей мають місце такі специфічні порушення, як:

-низька довільна продуктивність учбової діяльності, обмеження у саморегуляції як компоненту загальної здібності до навчання (Н. Лункіна, 2006; Л. Ясюкова, 2010);

-недостатній рівень сформованості зорово-просторового сприйняття,

-довільної уваги, довільної організації і регуляції діяльності (М. Безруких, Є. Логінова, 2010; І.Депутат, 2014; М. Заваденко, 2014);

-знижена розумова працездатність та підвищена втомлюваність (Є. Правило, 2010);

труднощі з плануванням (І.Шевченко, 2018).

В цілому зазначається, що інтелект таких дітей переважно зберігається (за відсутності інших коморбідних розладів), а труднощі у придбанні навчальних навичок, шкільна дезадаптація зумовлюються такою симптоматикою СДУГ, як неуважність, непосидючість, імпульсивність вчинків, підвищена збудливість, швидка стомлюваність тощо.

Зарубіжні дослідники, які цікавляться відмінностями симптоматики у дітей з домінуванням різних типів СДУГ, виявили, наприклад, що основний когнітивний дефіцит при неуважному типі знаходиться у робочій пам’яті (C.Capdevila-Brophy, J.Artigas-Pallares et. аl., 2012), тоді як просторові і художні навички таких дітей, навпаки, часто зберігаються або навіть перевершують норми (R. Barkley, 2014; C. Carlson, M. Mann, 2000).

Проблеми неуважності таких дітей більше знаходяться у сфері мотивації (зниження збудження), ніж у сфері стримуючого контрою (A. Diamond, 2005). Виявлені відмінності наводять дослідників на думку про необхідність перегляд критеріїв типу СДУГ з домінуванням неуважності в окрему клінічну категорію.

Серед емоційних порушень у дітей із СДУГ відмічають підвищену тривожність, занепокоєння, надмірне збудження, агресивність, або навпаки – схильність до депресій (A. Anastopoulos, T. Smith, 2011; R. Bowen, D. Chavira, 2008; J. Karustis, T. Power et. аl., 2000; S. Pliszka, 1989; І. Брязгунов, О Касатікова, 2001; О. Лапшина, 2006; О. Лютова, Г. Моніна, 2000; Ю.Фесенко, 2015 та ін.).

Через це вони зазнають певних труднощів у встановленні соціальних контактів з навколишнім середовищем.

 Відмічається, що умови соціалізації та розвитку дітей із СДУГ у сім’ях залишаються далекими не лише від ідеальних, але й достатніх.

За даними сучасних вітчизняних досліджень, труднощі взаємодії батьків з дітьми, які мають гіперкінетичну, імпульсивну та/або неуважну симптоматику, часто пов’язані не лише соціальними проблемами батьків, а й з психологічними: тривожність, занижена самооцінка, знижена рефлексія, фрустрація батьківської ролі, незадоволеність шлюбом, соціальним статусом, алкоголізація тощо (І.Брязгунов та О. Касатікова, 2001; І. Макарова та Е. Семакова, 2007; О. Романчук, 2008 та інші).

Зарубіжні дослідники відмічають підвищений рівень батьківського стресу, більш високі показники депресії, тривожності та інших типів психічних розладів (S. Choi, B.-S. Kim, 2010; C.Johnston, J. Jassy, 2007; Ch.-L.Podolski, J.Nigg, 2010 та ін.).

Проблемою батьків дітей із СДУГ в Україні є їх низька обізнаність про сам синдром.

Медична та психологічна термінологія синдрому є незрозумілою їм як неспеціалістам, прогнози, які вони чують щодо своїх дітей, лякають, дратують, викликають почуття несправедливості, відчаю.

Одночасно вони не можуть отримати доступ до необхідних послуг, у тому числі й психологічних.

Все разом це призводить до підвищення рівня стресу, виснаження адаптаційних можливостей і, як наслідок, до труднощів у взаєминах з дитиною.

Таким чином, проведений теоретичний аналіз забезпечив можливість визначення напрямків та методів емпіричного дослідження соціальнопсихологічних проблем батьків дітей, які мають СДУГ.

Зокрема, батьки дітей із СДУГ потребують психологічної допомоги й підтримки, бо піддаються подвійному стресу: у взаємодії з дитиною з одного боку, і через соціальну стигматизацію з іншого.

**1.2. Організація рухової діяльності дітей зі СДУГ**

Забезпечення умов для навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами в Україні є одним із пріоритетних напрямків сучасної наукової думки.

Актуальності набуває новий підхід як до спеціальної, так і загальної освіти, обумовлений зміною у ставленні до дітей з особливими освітніми потребами.

З метою реалізації прав дитини на гідне виховання та навчання, незалежно від її психофізичних особливостей в нашій державі розпочато реорганізацію всієї системи освіти в інклюзивну, тобто доступну для всіх дітей.

Серед категорії дітей, що мають особливі потреби, вчені виділяють так звану категорію поведінкових розладів, зокрема синдром дефіциту уваги та гіперактивність.

Згідно з визначенням американських лікарів, СДУГ (англ. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder – ADHD) – це неврологічний та поведінковий розлад розвитку, який починається в ранньому дитячому віці і проявляється у вигляді труднощів концентрації уваги, гіперактивності і некерованій імпульсивності.

СДУГ – це «одна з форм прояву мінімально-мозкової дисфункції (ММД), яка проявляється в дефіциті певних структур і порушенні дозрівання вищих поверхів мозкової діяльності.

ММД відносять до категорії функціональних порушень, зворотних та таких, що можливо нормалізувати.

Згідно з останніми дослідженнями науковців, цей розлад поширюється серед дітей дошкільного та шкільного віку на території України зі швидкістю інфекційного захворювання [1].

Вперше синдром дефіциту уваги та гіперактивності був включений у реєстр дитячих ментальних розладів у 1980 році (США).

У середньому за даними Національного інституту ментального здоров’я (США) на 2012 рік, близько 5% дітей мають синдром дефіциту уваги та гіперактивність [2].

За даними різних авторів частота цього розладу в Україні варіюється від 2,6 до 18% серед дітей дошкільного та шкільного віку.

Такі розбіжності виникають у зв’язку з неточністю діагностики. В українських школах, в середньому, можливо зустріти одну-дві дитини з синдромом дефіциту уваги в кожному класі.

Загальна кількість дітей в середньому складає 7,6% серед школярів.

Хлопчики частіше за дівчат мають такий розлад.

Питання навчання та супроводу дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю вивчаються сучасними зарубіжними та вітчизняними педагогами, психологами, лікарями, соціальними та корекційними педагогами.

Такий аспект як особливості фізичного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю розглядається науковцями як елемент корекційних методик, хоча, на наш погляд, це питання заслуговує на поглиблене вивчення [2].

Окремі аспекти фізичної реабілітації дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю вивчали О.І. Романчук, Б.О. Архіпов, Г.В. Семенович, О.А. Воробйова, Н.А. Іванова.

Клінічні ознаки синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей виникають у віці 5-6 років, але перші ознаки з’являються вже на ранньому етапі розвитку дитини.

Наприклад, у немовляти, яка належить до групи ризику з діагнозом «синдром дефіциту уваги та гіперактивність» спостерігається підвищений м’язовий тонус; вона постійно прагне звільнитися від пелюшок і важко вгамовується після спроб дорослих до сповиття або навіть одягання.

У дитини перших місяців життя може бути неодноразова немотивована блювота, що є ознакою розладу нервової системи.

Гіперактивні діти впродовж першого року життя погано і мало сплять, особливо вночі; важко засинають, легко збуджуються, голосно плачуть.

Вони надзвичайно чутливі до всіх зовнішніх подразників: світла, шуму, задухи, холоду тощо [3].

У дітей 2-4-х років з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності проявляється диспраксія, так звана незграбність.

Діти постійно що-небудь перевертають, дуже повільно виконують роботу, яка вимагає спритності та працездатності.

Їзда на велосипеді, рухливі ігри з м’ячем для дітей зі СДУГ– нездоланна перешкода.

Тіло дитини «не вписується» в простір, зачіпаючи предмети, натикаючись на стіни, дверні отвори.

Діти зі СДУГ мають жваву міміку, швидке мовлення, рухливі очі, але фізично вони в більшості виявляються поза ситуацією: застигають, «вимикаються».

Виділимо основні особливості фізичного розвитку дитини перших років життя з СДУГ:

₋ загальна фізична недорозвиненість;

₋ недостатня координація рухів; ₋ невміння керувати власним тілом [3, 6].

₋ постійне перебування в режимі руху,

₋ швидка втомлюваність,

₋ невміння розслаблятися та концентрувати увагу на досягненні цілей, виконанні навчальних завдань.

З метою корекції фізичного розвитку дитини зі СДУГ створені комплексні програми з фізичної терапії.

Основною метою цих комплексів є створення оптимальних умов фізичного розвитку дитини, корекція можливих ускладнень.

Фізичні навантаження, що використовуються в комплексних заняттях з фізичної терапії для дітей з відхиленнями у розвитку, поліпшують роботу серцево-судинної, дихальної системи, обмін речовин, зміцнюють м’язи та тканини, збільшують рівень насичення киснем, знімають втому, створюють умови для покращення концентрації та уваги дитини.

У комплекси з фізичної терапії для дітей з особливостями психофізичного розвитку, у тому числі зі СДУГ, включають систематичні заняття аеробними вправами, гімнастикою та лікувальною фізкультурою.

Під час занять у дитини формується коректна координація рухів, відновлюються поведінкові реакції, нормалізується сон.

 Перед початком занять з фізичної терапії дитині зі СДУГ необхідно пройти медичний огляд для виключення хронічних захворювань та порушень у розвитку.

 Комплекси вправ, інтенсивність занять та їх тривалість необхідно планувати згідно з рекомендаціями медичних працівників індивідуально для кожної дитини [4].

Напрями організації рухового режиму з метою корекції фізичного розвитку дітей зі СДУГ:

₋ розвиток дефіцитарних функцій (увага, контроль поведінки, руховий контроль);

₋ формування навичок взаємодії з дорослими і однолітками;

₋ корекція агресивної поведінки,

₋ способи керування гнівом;

₋ релаксаційні вправи для зняття емоційної та м’язової напруги.

Згідно з особливостями вікового розвитку дітей зі СДУГ можна виділити основні акценти під час організації занять з фізичної терапії.

Під час організації рухового режиму у дітей першого року життя зі СДУГ необхідно використовувати рефлекторні, пасивні, пасивно-активні й активні рухи.

Це дає змогу: збільшити рухливість дитини, навчити її правильно повзати, ходити, бігати; розвити вестибулярний апарат; розвити моторні навички.

Для дітей другого року життя використовуються такі вправи: ходьба, повзання й переповзання, вправи на рівновагу й загально зміцнюючи рухливі ігри (15-20 хвилин), повільний біг (виключно стрибки в глибину й вистрибування нагору з високою амплітудою).

Основною метою таких вправ є удосконалення в дитини навичок ходьби по рівній гладкій поверхні; плавного підйому та опускання по пересіченій місцевості; виконання конкретних завдань та досягнення цілей.

Третій рік життя (перша криза в індивідуальному розвитку дитини) – необхідно приділити більшу увагу ігровим вправам, розвитку моторики рук та загально-зміцнювальним вправам, з метою створення та закріплення основного фонду рухів дитини.

Для дітей четвертого року життя використовуються більш складні вправи.

Важливо, щоб дитина виконувала вправи до кінця, вміла зупинятися за сигналом тощо.

Поступово потрібно переходити від показу вправ до пояснення.

Під час проведення занять з дітьми з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю необхідно уникати емоційних перевантажень.

Основна мета занять на даному етапі розвитку дитини – розвиток активного гальмування, навчання оцінювати свої дії, розвивати увагу.

З дитиною п’ятого року життя необхідно проводити рухові вправи, біг підтюпцем, пішохідні прогулянки, їзда на велосипеді.

На цьому етапі розвитку діти повинні розуміти завдання, давати оцінку своїм діям.

Потреба дитини в руховій активності в цьому віці особливо велика. У випадку її обмеження відбувається швидке порушення стану дитини, емоційна нестійкість, порушення психіки.

На шостому році життя з дітьми проводять вправи на рівновагу, розвиток тулуба й кінцівок. Заняття стають більш складними.

У них сполучаються різні фази рухів, закріплюється здатність до складних рухових дій.

З дитиною 7-ми років проводять вправи на розвиток погодженості рухів, у яких беруть участь різні суглоби й групи м’язів (плавання, лижі, ігри з м’ячем).

Однак у цьому віці діти можуть переоцінювати свої фізичні можливості, тому необхідно стежити за загальним станом їх здоров’я, вчасно знижувати навантаження, робити перерви, з метою відпочинку та відновлення сил.

Метою занять на цьому етапі є розвиток координаційних здатностей, зміцнення опорно-рухового апарату і різних нервових структур [5].

Під час організації рухового режиму з метою корекції особливостей фізичного розвитку дитини дошкільного віку зі СДУГ необхідно використовувати практики, що спрямовані на вдосконалення зорово-моторної та слухо-моторної координації, здатності дитини орієнтуватися в просторі, тренувати властивості пам’яті й уваги за допомогою складних координаційних вправ; включати вправи на розвиток силових здібностей, аеробні вправи: рівномірний біг, плавання, пішохідні прогулянки, завдання на точність, оригінальність, кмітливість, які б формували відчуття часу й здатність контролювати свої дії в часі.

Особливу увагу слід приділяти вправам, що формують міжпівкульові взаємозв’язки (одночасні рухи правою й лівою частиною тіла тощо).

Дошкільникам з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності не варто пропонувати емоційні ігри, участь у змаганнях, олімпіадах.

Треба уникати їх фізичного перевантаження, тому слід обмежувати завдання, пов’язані з високою рухливістю (обов’язково робити короткий відпочинок або чергувати їх з дихальними вправами черевного типу).

Будь-яке зусилля, будь-яке досягнення обов’язково повинно бути помічене, відзначене, заохочене.

Необхідно враховувати, що в дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності занижена реакція на шум і зоровий образ, тому говорити з ними потрібно ясно, лаконічно, частіше торкатися, погладжувати тощо. Вправи потрібно закінчувати раніше, ніж дитина втратить до них інтерес, відчує втому, уникати змушення.

Дитина повинна бути зацікавлена в заняттях (наприклад, показати, як якусь вправу роблять тварини, розповісти забавний випадок); будь-який успіх необхідно заохочувати, не висміювати, не карати за незграбність або невміння.

**1.3. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-соціальна проблема**

Розглянуто питання особливостей перебігу синдрому дефіциту увагита гіперактивності (СДУГ), його діагностики та корекції в Європі та США.

Окреслено проблеми вчасного виявлення та комплексної корекції СДУГ в Україні.

Визначено роль психологічної служби системи освіти в ранній діагностиці та своєчасній корекції захворювання.

Психічне здоров’я та психологічне благополуччя є фундаменталь ними складовими життя дитини, що дозволяють їй розкрити свій життєвий потенціал, стати соціально активними громадянами.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) є однією зосновних проблем дитячої психіатрії в Європі та світі, успішність вирішення якої багато в чому визначає стан психічного здоров’я дитячо-підліткової популяції.

З 60-х років в країнах Євросоюзу та США створювалась і до теперішнього часу вибудувана струнка цілісна система медичної, психологічної та педагогічної допомо гидітям із СДУГ.

Ця система побудована на принципах доказової медицини,глибокої поваги до прав та особливих потреб таких дітей і спрямованана їхню повну соціальну, в тому числі шкільну реінтеграцію.

Проблема діагностики та корекції синдрому дефіциту уваги тагіперактивності (СДУГ) досить широко досліджена та висвітлена взарубіжній науковій і популярній літературі країн Європи, США,але недостатньо – в Україні.

 Національний координатор програми Всесвітньої організаціїохорони здоров’я (ВООЗ) “Психічне здоров’я” І. А. Марценковський на засіданні робочої групи Міністерства охорони здоров’я України з розробки вимог до програмно-цільового обслуговування дітей знайбільш поширеними формами психічних розладів, вказуючи нанедоліки офіційної статистики Міністерства охорони здоров’я України стосовно відсутності інформації з означеного питання,заявив, що Міністерство охорони здоров’я не в змозі самостійно вирішити проблему охорони психічного здоров’я дітей із СДУГ, через неможливість надання ефективної допомоги цим дітям без урахування їх особливих потреб, пов’язаних з освітою. Він вважає, що бездопомоги психологічних служб системи освіти цю проблемувирішити вкрай складно [8].

На даний момент у розвинених країнах СДУГ реєструється в 24%-40% школярів, проте в Україні досі відсутні епідеміологічнідані щодо поширеності СДУГ серед дітей.

Більш активно проводяться дослідження та докладаються зусилля до визначення шляхів корекції СДУГ в галузі медицини.

В той час як психолого-педагогічний аспект проблеми досліджено недостатньо [2].

Проте, на нашу думку, саме практичним психологам дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів надається важлива першочергова роль у ранньому виявленні та подальшій корекції поведінки дітей із СДУГ.

Масові дослідження поширеності СДУГ серед дитячого населення України досі не проводилися, як і не створено цілісної мультимодальної програми корекції поведінки дітей з цим діагнозом, в якій були б враховані особливості розвитку психічних складових (увага, пам’ять, інтелект), використані нейропсихологічні прийоми їх розвитку; рівень соціалізації дитини, дитячо батьківські стосунки в сім’ї, індивідуальні особливості дитини; соціальне середовище, в якому перебуває дитина в дошкільному навчальному закладі, в школі, в сім’ї, на вулиці тощо.

В Україні відсутні програми психологічної корекції поведінкових розладів, (які є ефективними при корекції поведінкових розладів, асоційованих із СДУГ) за місцем проживання чи навчання дітей з поведінковими розладами.

Отже, проблема психологічної діагностики СДУГ та побудови мультимодальної діагностичної та корекційної програм можна віднести до числа актуальних, теоретично та практично значимих завдань.

В 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) проблемою номер один у сфері охорони здоров’я дітей та підлітків. За результатами міжнародних досліджень, ініційованих Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ), було встановлено, що його поширеність коливається у різних країнах світу вдіапазоні від 3 до 20%.

 За оцінками Американської асоціації психіатрів, РДУГ маніфестує у 4-12% дітей у віці від 6 до 12 років.

Це означає, що кожна тридцята дитина шкільного віку має значніпроблеми зі шкільною адаптацією, зумовлені дефіцитом уваги, імпульсивністю чи гіперактивністю [8].

В 1978 році в МКБ 9, а в 1980 в DSV – 3 СДУГ у дітей був вперше відокремлено як самостійний діагноз.

При описі СДУГ у дітей влітературі часто зустрічається велика кількість термінів, що пояснюється в основному тим, що симптоматика захворювання дуже різноманітна, а термін, як правило, – виступає віддзеркаленням спеціальності автора.

Проте всі автори сходяться в одному – такий станіснує, відзначається збільшення кількості захворювань на нього, його необхідно діагностувати, коректувати, а при необхідності – лікувати.

СДУГ – це комплексний хронічний розлад мозкових функцій, який виявляється в різних сферах функціонування і поведінки.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (мінімальна мозкова дисфункція, синдром рухової розгальмованості, синдром гіперактив ності, гіперкінетичний синдром, гіпердинамічний синдром) є дуже поширеним розладом дитячого віку та виступає складною та вельмиактуальною мультидисциплінарною проблемою [10].

На даний момент СДУГ виступає як найбільш поширений поведінковий розлад у дитячому віці, який характеризується тріадоюсимптомів: розладами уваги, гіперактивністю, імпульсивністю.

Ці симптоми ведуть до порушень адаптації, що проявляється в різнихситуаціях і обстановці, незважаючи на відповідність рівня розумовогорозвитку дитини нормальним віковим показникам [3].

Крім перерахованих симптомів, багато авторів вказують на властивіданому синдрому агресивність, негативізм, впертість, неправдивість,а також низьку самооцінку (І. П. Брязгунов, Е. В. Касатікова, 2001, 2002, Л. О. Бадалян, 1993).

Симптоми СДУГ, як правило, починають помічати у дитини,починаючи з 3 4 річного віку, і завжди – до 7 років.

Проте, коли така дитина стає старшою та починає відвідувати школу, у неї виникають додаткові труднощі, оскільки шкільне навчання висуває нові більш високі вимоги до особистості дитини і його інтелектуальних можливостей.

Ці характеристики проявляються у всіх ситуаціях іне змінюються з часом [15].

За результатами останніх досліджень, частота проявів СДУГ зростає з кожним роком.

Доктор медичних наук, доцент кафедри дитячої неврології державного медичного університету Н. Н. Заваденко пов’язує тенденцію зростання проявів СДУГ зполіпшенням його діагностики [10].

В походженні СДУГ грають роль генетичні механізми, несприят ливі фактори у перебігу вагітності та пологів (недоношеність,хронічна гіпоксія плоду, внутрішні інфекції), психосоціальні фактори [13].

Більшість досліджень свідчать про наявність гендерних відмінностей.

Так серед хлопчиків розлад зустрічається в 2-3 разичастіше, ніж серед дівчаток.

На думку авторів, висока частотасимптомів захворювання у хлопчиків може бути обумовлена більш високою вразливістю плоду чоловічого роду по відношенню до патогенетичних впливів під час вагітності і пологів [9, с.13].

А.Л. Сиротюк, не заперечуючи гендерної залежності, говорить, що дівчаткам властива інша, особлива форма розладу без гіперактивності.

Заданими І. П. Брязгунова і О.В. Касатикової, отриманими в ході дослідження 5300 дітей старшої і підготовчої груп дитячих садків, поширення розладу складає 20%, і відмінності за частотою захво рювання серед хлопчиків і дівчаток не спостерігається зовсім [1].

Відомо, що у США гіперактивних дітей 4 20%, у Великій Британії – 1 3%, в Італії 3 10%, в Китаї – 1 13%, Австралії – 7 10% (Н. Н. Заваденко, 2000).

Такі варіювання в статистиціпов’язані по перше з міждисциплінарним характером досліджень СДУГ, по-друге з дозвільними можливостями основних тестів іметодів діагностики захворювання.

Проблема діагностування та поведінкової корекції дітей, котрі страждають на СДУГ, є однією з найдосліджуваних у Європі та США.

Ряд зарубіжних вчених досліджували її та суміжні проблеми, щовиникають при цьому захворюванні: Н.Н.Заваденко, І.П. Брязгунов, О. В. Касатикова, Г. Моніна, Л. Чутко, О.І. Політика, О. В. Єфименко, О. Романчук, Є. Суковський та інші.

Так Н. Н. Заваденко, (2000), досліджуючи ГРДУ в дитячому віці, прийшов до висновку, що когнітивні та поведінкові розлади притаманні дитячій популяції, зберігаються майже у 70% підлітківта більш ніж у 50% дорослих, котрим в дитинстві було встановлено діагноз СДУГ [9].

Додаткові складнощі внутрішньо-сімейної, шкільної і соціальної адаптації у дітей із СДУГ можуть бути пов’язанііз формуванням супутніх (чи коморбідних) розладів, які часто розвиваються на фоні СДУГ як основного захворювання.

Визначено, що тривалі прояви неуважності, імпульсивності та гіперактивності, провідних ознак СДУГ, часто ведуть до формування девіантної поведінки (І. П. Брязгунов, Е.В. Касатикова, 2001, Н.Н. Заваденко, 2000, В.Г. Кондратенко, 1998).

В підлітковому віціу гіперактивних дітей рано розвивається потяг до алкоголю,наркотиків, що також сприяє розвитку делінквентної поведінки (І.П. Брязгунов, Е.В. Касатікова, 2001, Л.С. Чутко).

За матеріалами експертної комісії по СДУГ визначено, що за кордоном для діагностики СДУГ використовують опитуваль ники, які ґрунтуються на DSM – IV.

З психологічних методів використовуються, в основному, методики, спрямовані на дослідження сфери уваги (коректурна проба Bourdon Vos; тест “кодування” з методики Векслера та тест Струпа), для оцінки вищихпсихічних функцій – нейропсихологічна методика А. Р. Лурія, адаптована для дитячого віку.

Діагностичний процес при СДУГ, який ґрунтується на DSM –IV, має декілька базових цілей: встановити діагноз СДУГ, коморбідних розладів; дослідити ситуацію в контексті сім’ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтраперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників).

Утім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу.

Іншою, надзвичайно важливою його метоює встановлення терапевтичної взаємодії з сім’єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, досягнення спільного баченняпроблем, цілей і формування відповідного плану дій.

Діагностика СДУГ має передбачати:

– первинний скринінг;

– первинну діагностику лікарями ланки первинної медичноїдопомоги дітям, дитячими неврологами;

– заключну діагностику дитячими лікарями психіатрами;

– за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження.

Базовим методом діагностики СДУГ є клінічне інтерв’ю збатьками та дитиною, за результатами якого встановлюєтьсявідповідність виявлених клінічних симптомів діагностичним критеріям МКХ 10.

Оцінювання симптомів СДУГ можна проводитиза допомогою оціночних шкал: Коннерса, оцінки розвитку таблагополуччя дитини (The Development and Well Being Assessment – DAWBA), контрольної таблиці дитячої поведінки (Child BehaviorChecklist – CBCL), анкетного опитувальника сильних і слабких особливостей дитини (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ), DSM IV TR.

Для оцінювання порушень уваги (неуважності) тавольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності) при СДУГ можна використовувати лабораторні психофізіологічні тести: тест на функції уваги з безперервним виконанням (Continuous Performance Test), тест із стоп завданням (Test with a feet task).

Метою попередньої діагностики є виявлення дітей з розладамиуваги та гіперактивністю у дошкільних та шкільних закладах, оцінювання їх особливих потреб, пов’язаних з групою первинної підтримки та освітою.

Попередня діагностика порушень уваги,рухової активності та вольового контролю над мисленням, поведінкою та потягами.

Попередня діагностика розладів уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку має здійснюватися корекційними педагогами, у дітей шкільного віку – вчителями тапсихологами закладів освіти.

Діагностика проводиться шляхомоцінювання дітей за батьківським та вчительським протоколами шкали Коннерса; дослідження їх академічних проблем із встановленням специфічних затримок розвитку мови, шкільнихнавичок, рухових функцій; дослідження функціонування груп первинної підтримки [7].

Діагностичні критерії СДУГ за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ 10) більш жорсткі, ніж СДУГ за діагностичним та статистичним керівництвом за психічними розладами IV перегляду (DSM IV TR).

Отже, СДУГ, діагностованийза критеріями МКХ-10, відповідає тяжкій комбінованій клінічній формі СДУГ за DSM IV TR.В Україні до недавнього часу існування проблеми СДУГ невизнавалося, особливі потреби таких дітей, пов’язані, насамперед із шкільним навчанням, ігнорувалися.

В 2001 р. в Україні проживало 10 млн дітей. Якщо користуватися критеріями МКХ 10 і вважати, що показник захворюваності на СДУГ коливається в межах 1-2%, то в Україні на той час мали проживати від 100 до 200 тис. дітей зцим розладом.

У разі оцінки за критеріями DSM IV TR та можливої поширеності СДУГ у 5-9% дітей ми отримаємо цифру 500-900 тис. осіб шкільного віку з особливими потребами, зумовленими дефіцитом концентраційної функції уваги.

Близько 60% дітей зі СДУГ мають значні проблеми зі шкільноюадаптацією, понад 32% завчасно припиняють освіту чи переводяться на індивідуальне навчання.

У підлітків із СДУГ значно частішезустрічаються випадки небажаної вагітності, вдвічі збільшуєтьсяризик формування залежності від алкоголю, наркотичних речовин, тютюну, у 4 рази зростає ймовірність травматизації.

У 70-80% хворих симптоми СДУГ зберігаються і в дорослому віці, насампередпорушення уваги та імпульсивність.

В нашій країні відсутні спеціалісти, які мають підготовку в галузі СДУГ, немає програм дієвого психосоціального втручання для дітей з поведінковими розладами в школі та в середовищі за місцем проживання, відсутні дитячі психотерапевти.

Психіатрична служба країни не має жодної медичної програми, спрямованої на запобіганнята корекцію асоціальних поведінкових розладів у школярів.

Увага сучасного українського суспільства до медичних, педагогічних, корекційних і соціальних проблем дітей із СДУГ недостатня.

Організація медико соціальної допомоги цим дітям в Україні невідповідає стандартам, прийнятим у світі [7].

Практичну допомогу дітям із СДУГ в Україні надають лише вЛьвівському навчально реабілітаційному центрі “Джерело” [11].

В багатьох країнах профілактику СДУГ розглядають якефективний засіб у боротьбі з підлітковою злочинністю.

Поряд з тим,ще в 1910 році на третьому зїзді російських психіатрів В.М. Бехтерєв відзначав в своєму докладі щодо нервово психічного здоров’я населення, що в країні відсутні дані про поширеність психонев рологічної патології серед дітей.

В 1930 році вперше підрахували, що з тієї кількості дітей, які зверталися за психоневрологічною допомогою, більше половини мали межові стани.

А в 1940 році медики відзначили, що на першому місці за поширеністю у дітей серед психоневрологічних розладів стоїть СДУГ [15].

При аналізі літератури корекційного спрямування виявлено, що найбільш висвітленими виявилися питання проявів і корекції цього синдрому на поведінковому та когнітивному рівнях, наголос впсихокорекції робиться в цьому напрямі.

Сучасні напрями розвивальної та психокорекційної роботи (А.В. Семенович, 2002; Н. М. Пилаева, Т. В. Ахутіна, 1997; Я.Л. Обухов, 1998; Н. Я. Семага, 2000; А. Л. Сиротюк, 2002) опираються на принцип замісної терапії.

 В Україні повністю відсутні психокорекційні програми, що враховують коморбідність проблем розвитку дитини із СДУГ у комплексі з проблемами в сім’ї, дитячому колективі, особистісних проблеми дорослих, що перебувають порядіз дитиною.

Раннє виявлення СДУГ та невідкладне проведення корекційних заходів з використанням сучасних методів дозволяють досягти значних результатів.

Корекція СДУГ має носити комплексний характер та об’єднувати різні підходи, в тому числі методи модифікації поведінки, психолого-педагогічної корекції, психотерапії, а також медикаментозне лікування, яке займає важливе місце в лікуванні СДУГ, проте призначається в тих випадках, коли когнітивні та поведінкові розлади у дитини не можуть бути подолані лише за допомогою немедикаментозних методів [5].

Корекційна робота психолога з гіперактивною дитиною має бути спрямована на вирішення наступних завдань:

1. Здійснювати вчасне комплексне діагностування дитини, якавиявляє симптоми дефіциту уваги та гіперактивності.

2. Нормалізувати соціальне оточення дитини (сім’я, школа,дошкільний заклад, однолітки) та її стосунки з ними (використання поведінкової, сімейної, дитячої психотерапії, індивідуальних ігрупових форм роботи).

3. Підвищувати рівень обізнаності педагогічних працівників стосовно проявів захворювання та особливостей ефективної взаємодіїз дітьми із СДУГ.

4. Підвищити самооцінку, впевненість дитини за рахунок засвоєння нею нових навичок поведінки, досягнення успіхів унавчанні та повсякденному житті.

Необхідно визначити сильні сторони особистості дитини та добре розвинені у неї вищі психічніфункції з тим, щоб опиратися на них у подоланні труднощів.

5. Підвищити рівень розвитку довільності дитини, прививатиїй акуратність, навички самоорганізації, здатність планувати та доводити розпочату справу до кінця.

6. Навчити дитину поважати права оточуючих її людей,контролю над власними вчинками та емоціями, навичок ефективної соціальної взаємодії з оточуючими людьми.

На думку М.Ю. Шевченко [16], організація корекційно педагогічного процесу повинна відповідати двом обов’язковим умовам:

1. Розвиток і тренування слабких функцій варто здійснювати в емоційно привабливій формі, що значно підвищує сприйняття поставленого навантаження та мотивує зусилля з самоконтролю. Цій вимозі відповідає ігрова форма занять.

2. Підбір таких ігор, котрі, забезпечуючи тренування однієїфункціональної здібності, не покладали б одночасного навантаження на інші дефіцитні здібності, оскільки відомо, що паралельне дотримання двох, тим більше трьох умов діяльності викликає у дитини суттєві ускладнення.

Мультимодальна корекційна програма має містити в собі ефективні психотерапевтичні методики, що покращують поведінку дітей за рахунок засвоєння схвалюваних моделей функціонування, відмови від девіантних поведінкових штампів, що, в свою чергу, ведедо зменшення психотравмуючих стосунків дитини та її оточення, догармонізації між ними.

Стосовно дітей дошкільного та молодшого шкільного віку такоюметодикою є біхевіоральна (поведінкова) терапія, теоретичною базою якої виступає вчення І. П. Павлова про умовні рефлекси та теорія навчання, зокрема принцип систематичного маніпулювання зовнішніми впливами, які підсилюють чи пригнічують певні поведінкові реакції.

 Звідси можна робити висновок щодо змістуважливої передумови успішного проведення цієї методики, яка складається із сукупності трьох умов: аналізу факторів, що впливають на девіантну поведінку конкретної дитини; формулю вання чіткої поведінкової мішені; підбір дієвих стимулів, які будуть виступати як “нагорода” за бажану поведінку чи “покаранням” – занебажану [14; 16].

Аналізуючи вищесказане, варто визнати, що жоден із застосо вуваних сьогодні видів терапії не вирішує в повній мірі проблем дитини, оскільки не враховує всі особливості захворювання, яке отримало сьогодні статус медико-соціальної проблеми.

Отже, проблема дослідження СДУГ в молодшому шкільному віці та побудова мультимодальної корекційної програми відносяться до числа актуальних, теоретично та практично значимих завдань, проте недостатньо висвітлених у теорії та практиці.

Попередній аналіз наукової та популярної літератури показав, що існує нагальна потреба в розробці мультимодальної діагностичної та корекційної програм, спрямованих на раннє виявлення та корекцію поведінкових, особистісних, соціальних та інших розладів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із СДУГ.

Дана програма має враховувати діагностичні критерії СДУГ за Міжнародною класифікацією хвороб 10–го перегляду (МКХ 10), індивідуальні особливості особистості дитини, специфіку цінностей сім’ї, рівень соціалізації дитини, особливості навчального закладу, в якому навчається чи виховується дитина тощо.

**РОЗДІЛ 2**

**Комплексні засоби** **фізичної реабілітації при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності** **у дітей**

**2.1. Емпіричне дослідження фізичної реабілітації при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності у дітей**

Обґрунтована стратегія та вибір методів дослідження у відповідності до поставлених завдань; наведені та проаналізовані емпіричні дані, що описують характер, ступінь вираженості соціально-психологічних проблем батьків дітей із СДУГ.

Констатувальна частина експерименту представлена результатами діагностики сімей, де виховуються діти із СДУГ.

Розповсюдженими складнощами у вихованні дітей для батьків виявлено наступні:

-неорганізованість дитини, метушливість, агресивність, необережність та висока загроза травматизації;

-уникання нею виконання безпосередніх обов’язків, пов’язаних з навчанням,

-труднощі в організації дозвілля дитини вдома.

Примітно, що мами легше справляються з проявами негативної поведінки, агресії, конфліктності їхніх дітей, якщо це відбувається вдома, і значно фруструються при їх виявах у публічних місцях, школі, транспорті тощо, соромляться їх, часто відчувають злість, спрямовану або на дитину, або на себе, або на оточуючих. Тати навпаки – погано переносять неслух, надмірну активність, опір дітей саме вдома.

Суттєвим чинником ускладнень батьківства дітей із СДУГ є психічні стани дорослих. Згідно аналізу даних методики Л. Кулікова, показники дихотомічних шкал опитувальника у чоловіків знаходяться переважно в інтервалі середніх оцінок (41-59 балів) і не демонструють чітко вираженої поляризації.

Тобто, у більшості досліджуваних тат зберігається тенденція контролю за життєвою ситуацією, незважаючи на хворобу дитини.

У жінок же відмічені середні оцінки, що наближені до діапазону низьких значень, за усіма шкалами тесту, що дозволяє говорити про схильність мам дітей із СДУГ до нестійкого настрою, зниженого тонусу астенічного характеру, низької стресостійкості.

 У 37,9% жінок досліджуваної вибірки виявлено песимістичну оцінку багатьох життєвих ситуацій, невіру у можливість успішного подолання перешкод (шкала «Ад»), підвищену втомлюваність, незібраність, млявість, інертність, низьку працездатність, схильність проявляти астенічні реакції на виникаючі труднощі (шкала «То»).

Підтверджено тісний зв’язок між рівнем батьківського стресу та важким ступенем СДУГ дитини (р≤0,05), перевагою гіперактивно-імпульсивної симптоматики у її поведінці (р≤0,01), схильністю дитини до агресивної та опозиційно-зухвалої поведінки (р≤0,01), складнощами дитини у організації виконання домашніх завдань, доручень (р≤0,01), нав’язливістю у поведінці (р≤0,05), ризиковістю, необережністю поведінки дитини (р≤0,01).

Окрім цього джерелом стресу для жінок є відсутність підтримки інших членів сім’ї, соціуму, а натомість – критичні погляди, осуд у виховній некомпетентності, відкрите вороже засудження, постійні нарікання.

Підвищений стрес пов’язаний також з фактором повної/неповної сім’ї: самотні жінки мають більш високі його показники.

Гіперфункція тривожності у матерів зумовлена наявністю у дитини більш вираженої гіперактивно-імпульсивної симптоматики у поведінці (р≤0,01), шкільною неуспішністю дитини (р≤0,01), ризиковістю, необережністю поведінки дитини (р≤0,01).

Вивчення схильності до депресій у батьків показало, що 42,1% досліджуваних не визначають свій стан як депресивний; 43,4% та 14,4% характерна легка та помірна депресія відповідно.

Матерям у 63,7% випадків властиві неважкі форми депресії: 48,2% мають легку депресію, 15,5% знаходяться у стані помірної депресії.

У чоловіків депресивні стани менш виражені: 61,1 % визначили свій стан як нормальний, 27,7% – показали легку форму депресії і 11,1% – помірну.

Виявлено, що у ситуаціях дистресу, пов’язаного з вихованням дитини із СДУГ, батькам властиво три стратегії копінг поведінки: проактивна, пасивна та невизначена.

Проактивна стратегія, яка є найбільш оптимальною, застосовується лише 22,3% досліджуваної вибірки.

Пасивний та невизначений стратегічні вектори є більш розповсюдженими (47,3% та 30,2% відповідно), що негативно позначається на батьківському функціонуванні.

 Діагностика СДУГ у батьків є важливою ланкою у процесі психологічної допомоги як їм, так і їхнім дітям.

 У дослідженні з 40 осіб, хто відмітив ретроспективні ознаки СДУГ, 26 осіб підтвердили їх наявність у зміненому вигляді й у поточному часі, що складає 65% цієї вибірки.

Діагностика міжособистісних стосунків батьків з дитиною (методика І. Марковської) виявила ряд наступних особливостей: для мам властиві підвищена тривожність за дитину (середній процентиль у вибірці 70,5), строгість (67,6), контроль (68,1), вимогливість (64,2), а також більша тенденція до відкидання дитини ніж прийняття (39,7).

У порівнянні з матерями, чоловіки значно менше проявляють тривогу за дитину (43,6), вимогливість (56,6), менше схильні до суворості з нею (60,8).

Самі діти у таких сім’ях частіше відчувають «відторгнення», ніж «прийняття» (за методикою «Малюнок сім’ї»).

У цілому можна визначити, що у сім’ях, де виховуються діти із СДУГ, мають місце виховні конфронтації, низька згуртованість членів родини, розбіжності з питань виховання та піклування за дитиною.

Досвід роботи з батьками дітей, які мають СДУГ, та проведене дослідження дозволило нам диференціювати три типи батьків, що характеризують їх ставлення до дитини та свої батьківських обов’язків.

Умовно їх назвали: «усвідомлений», «суворо-педантичний», «потурально-байдужий» типи.

Батьки «усвідомленого» типу ставлення розуміють наявність особливостей розвитку своєї дитини, приймають її таку як є; бажають знайти адекватні шляхи виховання, підходи до взаємодії з дитиною; виявляють готовність до співпраці з фахівцями, цікавляться питаннями синдрому, виконують рекомендації та впроваджують виховні стратегії, що дозволяють дитини рухатись у відповідній траєкторії розвитку.

Такі батьки позитивно ставляться до своєї батьківської ролі. Їм властивий підвищений рівень стресу, проте стратегії копінгу вони обирають переважно проактивні.

Батьки цього типу докладають достатньо зусиль для допомоги дітям соціалізуватись, адаптуватись та справлятись з навчальними обов’язками. Вони екологічно ставляться і до своїх потреб, приділяючи час на відпочинок, власним уподобанням, професійному зростанню.

Батьки «суворо-педантичного» типу ставлення діють за принципом: «Якщо я усе візьму під свій контроль, все буде добре».

Батькам цієї групи властиві найвищі показники стресу, виснаженості, тривоги, депресії, що змінюють періоди бурхливої активності. Копінг використовують переважно невизначений.

Ця група у вибірці представлена в основному жінками. Батьківською роллю вони не задоволені.

Спостерігається розрив між очікуваннями та реальністю і щодо успіхів дитини, і щодо власних перспектив.

Схильні до покарань, агресії. Для групи батьків «потурально-байдужого» типу, байдужість має відношення до їх ставлення до проявів синдрому у дитини: їх не переймають ті прояви дитячої активності, непосидючості, неуважності, імпульсивності, що дратують інших.

Ці батьки схильні перекладати відповідальність за дитину на інших – родичів, вчителів, тренерів, інших фахівців.

Для них характерні висока тривожність, схильність до депресій, високий та помірний рівень стресу. Копінгстратегії невизначені.

Виділення та врахування цих відмінностей дозволило планувати та впроваджувати засоби психологічної допомоги батькам у відповідності до фокусу проблематики.

Отже, проведене емпіричне дослідження дозволило виділити основні напрямки психологічної допомоги батькам дітей, які мають СДУГ, та визначити її структуру.

**2.2. Структурна модель фізичної реабілітації при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності у дітей**

 Представлено теоретичні засади, змістові та процесуальні аспекти побудови формувального експерименту; описано структурну модель психологічної допомоги батькам; проаналізовано та доведено ефективність розроблених індивідуальних програм роботи з батьками та дітьми.

На основі аналізу світової практики лікування дітей із СДУГ, зроблено висновок, що більшість зарубіжних експертів вважають найкращим підходом поєднання медикаментозного лікування з практикою організації та управління поведінкою дитини, яку варто опанувати батькам.

Українські вчені і практики та їх колеги із пострадянських країн більше наполягають на психологічних втручаннях в залежності від ступеню вираження основних проявів СДУГ та наявних супутніх порушень.

Усі складові моделі є взаємопов’язаними та взаємодоповнюючими.

Модель складається з 3-х блоків.

Кожен блок передбачає послідовну реалізацію наступних етапів роботи:

«Підготовчий» – оцінка стану розвитку дитини та визначення психологічних проблем батьків;

«Психоедукаційний» – ознайомлення батьків з біологічними та психологічними особливостями синдрому дефіциту уваги та гіперактивності;

«Терапевтичний» – реалізація психокорекційної та психотерапевтичної допомоги батькам та їх дітям;

«Оціночний» – оцінка ефективності впровадження індивідуальних програм.

Згідно моделі розроблялись індивідуальні програми психологічної допомоги батькам та дитині, що реалізовувались для пацієнтів експериментальної групи.

До експериментальної групи (ЕГ) включено дітей та батьків із 22 сімей, які згодились на участь в усьому комплексі заходів з отримання психологічної допомоги і пройшли усі його етапи (22 дітей, 22 мам та 2 тат).

Контрольну групу (КГ) склали батьки 20 дітей (20 мам та 1 тато), які були зацікавлені у психологічній допомозі, проте не змогли взяти участь у запропонованих програмах і відклали на певний термін через низку особистих причин, у тому числі і через пандемію COVID-19.

Аналіз показників, що виступали критеріями ефективності, дозволив стверджувати наявну динаміку змін, що відбулась у досліджуваних ЕГ.

Виявлено ряд позитивних змін у домінуючих станах батьків: статистично значимо зросли показники ставлення батьків до життя у бік більшої активності (р≤0,05), знизилась тривога і, відповідно, зросло почуття спокою (р≤0,01), підвищилась життєва стійкість (р≤0,05), задоволеність життям (р≤0,01), зросли показники самоставлення (р≤0,05).

Незначуще підвищились у ЕГ лише показники шкали життєвого тонусу, що потребують більше часу для якісних змін. У КГ усі вимірювальні показники тесту змінились або незначуще у бік покращення, або навіть знизились у бік негативної модальності, як то, наприклад, життєва нестійкість та незадоволеність собою.

Позитивні зміни були виявлені і у показниках особистісної тривожності та депресивних станів.

Значним фокусом індивідуальних програм допомоги батькам було підвищення їх стресостійкості, вироблення ними більш ефективних проактивних копінг-стратегій.

Динаміка вибору досліджуваними копінгу за характером спрямованості, що зафіксована до та після експерименту.

Використання методу кутового перетворення Фішера φ\* доводить наявність значимих змін, що відбулись після експерименту в ЕГ за кількістю батьків, які використовують проактивний копінг у подоланні стресу (φ\* емп. = 1,870, при р≤0,05) та пасивний (φ\* емп. = 1,659, при р≤0,05), і відсутність таких змін у КГ.

У показниках поточних симптомів СДУГ тесту ASRS-v1.1 у дорослих суттєвих кількісних змін не відбулося, проте ці досліджувані відмітили покращення самопочуття, зниження тривоги та депресивних станів.

 Вправи на самоконтроль, техніки зосередженої уваги, практики майндфулнес, виявлення та трансформація ірраціональних переконань тощо дозволили учасникам експериментальної групи навчитися краще справлятися з гнівом, дратівливістю, неспокоєм, змінити ставлення до дитини та до себе.

У феноменологічних відгуках батьки відмітили, що усвідомлення причин деяких особливостей своєї поведінки (наприклад, надмірна імпульсивність, нетерплячість, метушливість, відкладання справ, забудькуватість, неуважність, зміни настрою тощо) психобіологічними причинами, сприяло зміні ставлення до них.

У досліджуваних ЕГ відмічено такі зміни у взаємодії батьків та дітей:

-зниження надмірної вимогливості батьків (до експерименту 45,8% досліджуваних батьків вимагали від дитини високого рівня відповідальності, на який вона не була здатна, а після експерименту даний патерн залишився у 25%);

-контроль, що виявлявся у дріб’язковій опіці, нав’язливості, знизили 12,5% батьків;

-підвищилась кількість батьків, які змінили своє ставлення до дитини у бік її прийняття (20,8% до та 54,1% після експерименту);

-батьки відмітили більше близькості у стосунках з дитиною (20,8% до та 45,8% після експерименту) та співпраці, що стало наслідком включеності дитини у взаємодію і визнання її достоїнств (20,8% до та 33,3% після експерименту);

-збільшилась кількість батьків, які стали відмічати задоволеність у стосунках з дітьми (20,8% до та 41,6% після експерименту).

Отримані результати дозволяють зробити два висновки.

По-перше, впровадження спеціалізованих програм психологічної допомоги забезпечує формування у батьків, які виховують дітей із СДУГ, більше ефективних стратегій міжособистісного функціонування, здатності до прийняття дитини та появи задоволення від взаємодії з нею; по-друге, зміни одних патернів поведінки дорослих стосовно дітей у сім’ї неминуче дають зрушення і в інших, супутніх.

В ЕГ статистично значущі зміни (t-критерій Ст’юдента) відбулись за показниками «ставлення до батьківства» (р≤0,05), «ставлення до дитини», «ставлення до поведінки дитини», «оцінка власної батьківської ролі» (р≤0,01). У контрольній групі батьків, які отримали лише консультативні рекомендації, зміни зафіксовані незначні.

Найкраще програма вплинула на батьків з високим рівнем відповідальності, контролю, вимогливості («суворо-педантичного» типу), і найменше – на мам «потурально-байдужого» типу ставлення до батьківства.

 У контрольній групі в окремих сім’ях також спостерігались підвищення ефективності використання виховних стратегій, способів доброзичливого контролю (на відміну від суворо-наказового), особистісної взаємодії між батьками та дітьми, проте ці зміни не носили характеру закономірностей, як це відбулось у експериментальній групі.

Найменші зсуви відбулись щодо психічних станів батьків, зокрема стресу, тривоги, роздратованості, які навіть збільшились у деяких батьків КГ.

Отже, технологія допомоги батькам дитини із СДУГ реалізується за рахунок впровадження комплексних взаємопов’язаних методів та прийомів, обумовлених завданнями поетапного процесу.

Програма допомоги родині повинна мати чіткі цілі, а її ефективність повинна піддаватися регулярному моніторингу.

Незважаючи на те, що СДУГ визначається хронічним розладом, ефективність психотерапевтичних утручань уможливлює значне поліпшення життєдіяльності дитини із СДУГ та її родини, дозволяє попередити появу вторинних проблем і сприяти повноцінному розвитку і майбутній самореалізації особистості.

**2.3. Засоби фізичної реабіітації при синдромі дефіциту уваги та гіперактивності у дітей**

Розглянуто комплексну програму фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з гіперактивністю.

Програма ґрунтується на включенні дієтотерапії, природних лікувальних факторів, лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, ароматерапії, пальчикової гімнастики, квантової терапії, музикотерапії, іпотерапії, а також фізіотерапевтичних чинників.

В Україні щорічно на третину збільшується кількість дітей з діагнозом «гіперактивний розлад із дефіцитом уваги», за даними Українського науково-дослідного інституту соціальної психіатрії та наркології.

На даний момент в Україні близько 10 % дітей із діагнозом гіперактивний розлад, цей відсоток постійно збільшується і якщо хворобу не виявити вчасно, то це може призвести в подальшому до хронічного алкоголізму та психічних розладів [1].

Фактори, що сприяють розвитку гіперактивного розладу:

- генетичні (спадкова схильність); Проблеми здоров’я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії (м. Суми, 3 грудня 2018 р.)

- біологічні (органічні ушкодження головного мозку під час вагітності, родові травми);

- соціально-психологічні (мікроклімат в сім’ї, алкоголізм батьків, умови проживання, виховання).

 У віковій групі до 7 років розлади поведінки у вигляді гіперактивності з порушеннями уваги супроводжуються затримкою психомоторного розвитку: відставанням у розвитку дрібної і великої моторики, слухового і зорового сприйняття.

Відзначається легкий перехід від сліз до сміху. Вікові інтереси, в тому числі інтелектуальні (наприклад, до змісту й ілюстрацій книг), можуть бути недостатньо розвинені.

Спостерігаються порушення соціальних взаємодій, перш за все з дорослими: діти не дотримуються дистанції, фамільярні, схильні проявляти нахабство.

Однолітки часто відкидають таких дітей через їх імпульсивності і спалахів гніву, діти з гіпераетивністю не схильні до дотримення правил [3].

Схема реабілітації хворих повинна бути комплексною та індивідуально підібраною з урахуванням функціонального стану хворого.

Тому впровадження засобів фізичної реабілітації для хворих з гіперактивністю є актуальними.

Дослідженням різних аспектів проблеми гіперактивності у свій час займалися чимало зарубіжних і вітчизняних учених (Л. Алєксєєва, Р. Барклі, П. Бейкер, П. Бонкур, І. Брязгунов, Ю. Домбровська, Є. Касатікова, С. Клеменс, О. Корнєв, М. Меданос, В. Оклендер, А. Радаєв, Д. Фарбер, Ж. Філіп, Ю. Шевченко, Л. Ясюкова та ін.).

Так, С. Клеменс [1] розглядав гіперактивність як захворювання, що супроводжується порушенням поведінки у поєднанні з мінімальними відхиленнями у центральній нервовій системі.

При цьому вчений стверджував про поєднання середнього рівня інтелекту та незначних порушень контролю уваги, рухової активності, пам’яті та мовлення.

Існує думка, що до дитячої гіперактивності призводить приналежність дитини до сім’ї з несприятливим економічним становищем, асоціальним способом життя [2].

Методи: заняття з лікувальної гімнастики (ЛГ), дієтотерапії, природних лікувальних факторів, лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, ароматерапії, пальчикової гімнастики, квантової терапії, музикотерапії, іпотерапії, а також фізіотерапевтичних чинників для дітей дошкільного віку з гіперактивністю.

Реабілітаційна робота з дітьми, що мають гіперактивність повинна бути комплексною, яка включає: іпотерапію, квантову терапію, масаж, музикотерапію, дієтотерапію, аромотерапію, пальчикову гімнастику і ЛГ (лікувальна гімнастика), ЛФК (лікувальна фізична культура).

 Гіперактивність у дітей дошкільного віку може проявлятися в постійному прагненні бігати, стрибати, вставати з місця, коли потрібно сидіти, а також в вираженою балакучості і гучному поводженні, розгойдуванні і вертлявості.

Перш за все, спостерігається в структурованих ситуаціях, що вимагають високого ступеня самоконтролю.

На ігровому майданчику така дитина може не відрізнятися від однолітків, однак він не в змозі регулювати активність в класі, за столом, це поширюється і на діяльність, обрану ним самим.

 Іпотерапія сприяє максимальній мобілізації вольової діяльності, соціалізації і формування більш гармонійних відносин зі світом, стимулює мотивацію і підсилює прагнення досягнення позитивних результатів [8].

Квантова терапія забезпечує відновлення пошкоджених клітинних мембран, відновлює зруйновані інформаційно-енергетичні зв’язки між клітинами, органами і системами.

 Масаж шиї і голови є частиною комплексного лікування дітей дошкільного віку з гіперактивністю, що покращує кровообіг та лімфоток кори головного мозку, стимулює трофічні процеси та нормалізує психоемоційний стан.

У той же час, загальний масаж тіла сприяє розвитку опорно-рухового апарату, покращує тонус суглобово-м’язової системи, підвищує рівень розвитку рухових якостей, активізує газообмін у тканинах, тощо [6].

Музикотерапія допомагає розвивати артикулярний апарат дитини, слуху, інтелектуальні здібності, пізнавальну діяльність, має седативну дію.

Пальчикова гімнастика сприяє розвитку дрібної моторики та покращує кровообіг кори головного мозку.

Процедури ЛФК сприяють активізації розвитку координації рухів, загальної моторики дитини, поліпшенню концентрації уваги та психоемоційного стану.

При проведенні різних організаційних форм ЛФК (ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, фізкультурною хвилинкою, рухливих ігор тощо) необхідно враховувати, що: по-перше, навантаження на дитячий організм повинно бути оптимальним, по-друге, цікавим для дітей і викликати у них позитивні емоції [5].

Ці проблеми значною мірою вирішуються широким застосуванням імітаційних вправ і рухливих ігор, які можна поєднати в єдину структуру сюжетного заняття.

Ці засоби найповніше відповідають особливостям психіки дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, схильності їх до наслідування, копіювання дій людей і тварин.

Заняття ЛГ за даною методикою починаються з емоційної розповіді реабілітолога про сюжет заняття, під час якого виникає цікава уявна ситуація, перед дітьми розкриваються умови для прийняття ролі, повідомляється послідовність виконання вправ і їх зміст.

 Особливого значення набувають ці заняття для розвитку пізнавальної діяльності та творчої уяви. Розповідь, показ, імітація окремих рухових дій сприяють активізації розумової діяльності дітей [9].

І. П. Павлов експериментальним шляхом довів, що створення рухового образу забезпечує підготовку локомоторного апарату до виконання відповідних рухових дій [7].

Дієтотерапія для дітей із гіперактивністю.

Стіл № 15 (загальний стіл), який за своїми характеристиками відповідає нормам для здорової людини.

Виключити з раціону їжу яка має збудливий ефект (їжу червоного кольору, солодощі, газовані напої).

Список рекомендованих продуктів при гіперактивності наступний: овочі – горошок, морква, соя, кольорова капуста, кольрабі, червонокачанна капуста, білокачанна капуста, брокколі, шпинат, боби, довгі огірки; салат листовий; фрукти – яблука, груші, банани; гарнір – картопля, локшина з борошна грубого помелу, не шліфований рис; зернові – пшениця, жито, ячмінь, просо, насіння льону; хліб – пшеничний і житній хліб, приготовлений без молока; жири – кисломолочне масло, маргарини, в які не входить кисле молоко, рослинне масло холодного віджиму; м’ясо – яловичина, телятина, птиця, риба, баранина (1–2 рази на тиждень); напої – не підсолоджений чай, негазована вода з вмістом натрію близько 50 мг/кг; приправи – йодована сіль [4].

Для того щоб допомогти дозріванню функцій мозку і лімбічної системи, рекомендується застосовувати дитячу ароматерапію.

Натуральні аромати при правильному систематичному застосуванні надають стабілізуючу дію на емоції, оптимізують функції мозку при синдромі гіперактивності, затримки психічного розвитку [9].

Вчені довели, що запахи деяких ефірних масел можуть змінювати настрій в кращу сторону і стабілізувати його без застосування заспокійливих засобів.

Так, запахи лаванди і неролі стимулюють вивільнення серотоніну, а аромат жасмину безпосередньо стимулює виділення ендорфінів.

Так само дуже заспокійливу дію на дитячу психіку має ефірна олія апельсина.

При нестачі концентрації уваги допоможе ефірне масло лимона.

Налаштування рухових функцій значно зростає на фоні позитивного емоційного стану дитини [10].

На заняттях, де застосовуються ці засоби, активно розвивається сприйняття дитиною довкілля.

Вона оцінює якості предметів, поведінку різних тварин, зміни, які відбуваються у природі залежно від пори року тощо.

Це значною мірою впливає на формування світогляду, виховання певних рис характеру, ставлення до оточуючої живої та неживої природи.

 Діти можуть самостійно знаходити оптимальні способи виконання основних рухів, більш виразно виконують імітаційні вправи, по ходу гри знаходять варіанти вирішення різних рухових завдань.

Постійний контакт спеціаліста з дітьми, безпосередня участь його в занятті, емоційний дружній тон активізує дітей.

Ці заняття відкривають широкі можливості для роботи з дітьми, створюють сприятливі умови для вдосконалення основних рухів, сприяють розумовому і фізичному розвитку, стимулюють рухову активність та самостійність, розвивають уяву [7].

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про високу поширеність гіперактивності у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, що призводить до недорозвинення їх фізичних та психічних можливостей, порушення основних функціональних систем дитячого організму.

Обґрунтували необхідність розробки комплексних реабілітаційних програм з використання сюжетних занять для відновлення і розвитку пізнавальної діяльності, абстрактного мислення, локомоторних функцій кінцівок і тулуба у дітей дошкільного віку з гіперактивністю.

Комплексний підхід до використання реабілітаційних заходів для відновлення психомоторного розвитку, пізнавальної діяльності, абстрактного мислення, локомоторних функцій у дітей дошкільного віку з гіперактивністю може бути доповнений такими засобами як Су Джок терапія та вправами з спеціальними дитячими тренажерами, що буде сприяти покращенню кінцевого результату.

Отже, феномен синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) за сучасними науковими уявленнями розглядається як нейроонтогенетичний розлад, який потенційно призводить до порушень концентрації уваги, виконавчих функцій, регуляції поведінки, складнощів у прогнозуванні, неуспішності у навчанні, антисоціальної поведінки дітей та підлітків, і при відсутності адекватного лікування та вчасної психологічної допомоги знижує якість життя людини й у дорослому віці.

Розлад виникає у результаті складного поєднання генетичних, психологічних та соціальних чинників, жоден з яких сам по собі не є відповідальним за його появу.

Соціально-психологічні умови у сім’ї можуть виступати в якості однієї з ланок патогенезу дитини із СДУГ.

Водночас, клінічні та поведінкові прояви СДУГ дітей можуть стати патогенними для появи різних видів психологічного неблагополуччя їхніх батьків, які піддаються подвійному стресу: у взаємодії з дитиною та через соціальну стигматизацію.

Теоретично та експериментально доведено, що розповсюдженими проблемами батьків є погіршення психічних станів та самопочуття, що позначається на їх задоволеності батьківською роллю.

Хвороба дитини зумовлює високий дистрес, астенічність, зниження життєвого тонусу, підвищену тривожність, легкі депресії (особливо у матерів).

Стресогенними чинниками для батьків дітей є: важкий ступінь СДУГ у дитини; перевага гіперактивноімпульсивної симптоматики у поведінці дитини; схильність дитини до агресивної та опозиційно-зухвалої поведінки; нав’язливість у поведінці, ризиковість, необережність; неорганізованість, безвідповідальність щодо шкільних обов’язків.

Ознаки дистресу посилюються в умовах неповної сім’ї, при відсутності підтримки близьких та при осуді оточуючих.

У ряді випадків мають місце симптоми СДУГ у самих батьків, які не усвідомлюються ними як такі, що викликані розладом.

Копінг-стратегії батьків мають проактивний, пасивний та ситуативноневизначений вектори, з яких перевага припадає на непродуктивний пасивний варіант, характерними ознаками якого є: розгубленість щодо неконтрольованої поведінки дитини, відсутність віри в себе, свої сили, смиренність (когнітивні стратегії); почуття відчаю, провини (аутоагресія), низька самооцінка (емоційні стратегії); делегування своїх проблем тим, хто готовий допомогти, при низькій власній відповідальності за розвиток дитини; самоізоляція, тимчасове розслаблення (їжа, заспокійливе, алкоголь), відволікання (поведінкові стратегії).

Наявні соціально-психологічні проблеми батьків дітей із СДУГ знижують ефективність їх батьківських функцій та можливість забезпечення у родині адекватних для розвитку їх дітей психологічних умов.

 У сім’ях поширені такі види неблагополуччя, як конфлікти, сварки, ігнорування дитини, наявність виховних конфронтацій.

З боку матерів превалює надмірна тривожність за дитину, строгість, контроль, вимогливість.

Вони більше схильні до відкидання дитини і незадоволені стосунками з нею ніж батьки-чоловіки, які менше тривожаться за дитину, менше пред’являють вимог до неї, менш строгі і більше виявляють емоційної близькості.

Серед дітей із СДУГ «почуття відторгнення» у сім’ї є більш поширеним, ніж «почуття прийняття».

Виділено три групи батьків, що характеризують тип їх ставлення до дитини та свої батьківських обов’язків: «усвідомлений», «суворо-педантичний», «потурально-байдужий».

Визначено необхідність у варіативності психологічної допомоги батькам у відповідності до цих відмінностей, ступеню тяжкості психологічних порушень та типу розладу у дитини.

Розроблена модель надання батькам допомоги, що представляє собою структурну організацію процесуальних засад та засобів психологічного впливу на особистісні та міжособистісні чинники підвищення батьківських ресурсів, що забезпечували б покращення їх самопочуття та дозволяли створювати у сім’ї необхідні для розвитку дитини із СДУГ умови.

У відповідності з результатами апробації та перевірки ефективності індивідуальних програм, створених на основі моделі, доведено, що впровадження засобів психологічної допомоги родині забезпечує відновлення батьківської функції, покращує особистий потенціал батьків, їх соціальну продуктивність та самопочуття, що, у свою чергу, позитивно позначається на поведінці дитини та соціальній адаптації.

Зокрема, завдяки участі батьків у спеціалізованих програмах психологічної допомоги, відбулось підвищення обізнаності батьків щодо синдрому у дітей та дорослих, розуміння ними потреб дитини та умов її розвитку у відповідності до ступеню розладу; зниження рівня батьківського стресу та підвищення стресостійкості за рахунок оволодіння більш ефективними проактивними копінг-стратегіями; відбулось покращення домінуючих станів батьків (знизилась загальна тривожність, ознаки депресії, підвищився життєвий тонус, активне ставлення до життя, задоволеність ним); оволодіння навичками саморегуляції; відбулась оптимізація батьківської позиції; відмічено поліпшення загального сімейного функціонування.

**Список використаної літератури**

1. Романчук О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Пер. с украинского. – М.: Генезис, 2010.
2. Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Попова И.В. Гиперактивный ребенок. – СПб.: НПК «Омена», 2010. – 160 с.
3. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь / Под ред. М.М. Безруких. – М.: НПО «МОДЭК», 2009. – 248 с.
4. Воробьева Е.А., Семенович А.В., Архипов Б.А., Назарова Л.С., Шегай В.М. Комплексная методика психомоторной коррекции. – М., 1998.
5. Воробьева Е.А., Гатина С.В. Двигательная коррекция детей с отклоняющимся развитием / Телесно-ориентированная психотерапия в лицах. Редактор-составитель В.Ю. Баскаков. – М., 2004.
6. Брязгунов И. П., Касатикова.Е. В. Непоседливый ребенокили все о гиперактивных детях. – М.: Изд во Институтапсихотерапии, 2002. – 45 с.
7. Григорьева Е. В. Психологические факторы адаптации детейс ММД к школьному обучению // Сборник научных трудов. – № 2 – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – 400 с.
8. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Медицинский совет. – № 2, 2007.
9. Заваденко Н.Н., Суворинова Н. Ю., Григорьева Н.В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы в фармакотерапии. – 2000. – Т. 2, No 2.
10. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение // Медицинский журнал. – Т.14, № 1. – 2006.
11. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю. Коморбидные расстройствапри синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей // Журнал неврологии и психиатрии. – № 7. – 2007.
12. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. та ін. Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом // Медицинская газета “Здоровье Украины”. – № 5 / 1. – 2009.
13. Очеретяная Н. Синдром дефицита внимания с гиперак тивностью у детей и подростков: проблема родителей илиобщества? Принципы диагностики, лечения и социальной адаптации детей с СДВГ // Медицинская газета “ЗдоровьеУкраины”. – № 23 / 1. – 2008.
14. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
15. Павлова Ю., Василенко М. Гіперактивність у дітей таможливості її корекції // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – № 4. – 2008.
16. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги удітей. – Львів: Джерело, 2008. – 326 с.
17. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 128 с.
18. Чутко Л. С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога: Учебно методическое пособие. – СПб., 2005.
19. Шевченко М. Ю. Игровая психотерапия при работе с детьми с СДВГ. – http://www.agar msk.ru
20. Синдром гиперактивности с нарушением внимания – в чем его суть и причина? Мнение проф. Ю. Шевченко. – http://indig papa.ru
21. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. – М., 1997.
22. Гончаренко Н.А. Історія виникнення поняття «Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» Актуальні проблеми психології. Т.10. : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ, 2014. № 26. С. 182- 193.
23. Ширяєва Л.М., Гончаренко Н.А. Психологічна допомога батькам дітей із СДУГ. Психологічний часопис. Т. 5(8).: Наукове видання Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ, 2019. С. 306-320.
24. Гончаренко Н.А. Особливості взаємодії батьків з дітьми, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки. Київ, 2019. 8 (53).С.13-26.
25. Гончаренко Н.А. Копінг-стратегії стресу матерів дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Актуальні проблеми психології. Т. 10.: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ, 2020. № 34. С. 55-65.
26. Гончаренко Н.А. Технологіі психологічноі допомогі батькам дітей із СДУГ в аспекті здоров’язбереження. Психологічний часопис. Т. 6(9). : Наукове видання Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ, 2020. С. 9-18.
27. Shyriaieva Liudmyla & Honcharenko Nataliіa. The Peculiariies of Perception of Family Relationsand the Place in the Family by the Childwith Attention Deficit and Hyperactivity Disorde. Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Вип. 50. Кам’янець-Подільський. C. 328-352
28. Гончаренко Н.А. Гендерные аспекты проблемы синдрома дефицита внимания и гиперактивности. «Nauka i studia». № 6 (208) 2020. С. 21-28.
29. Гончаренко Н.А. До проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей. «Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість» : зб. матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конф., Київ 2006. С. 43-45.
30. Гончаренко Н.А. Особливості дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності переважно неуважного типу. Fundamental and applied science – 2019 : Мaterials of XV international research and practice conference, Sheffield, October 30 – November 7, 2019: Vol. 11. Р. 31-35.
31. Гончаренко Н.А. Проблеми батьків, які виховують дітей з СДУГ. Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету:матеріали звітної науково-практичної конференції викладачів, докторантів та аспірантів факультету філософії та суспільствознавства НПУ імені М.П.Драгоманова. Київ, 2019. С. 127-129.
32. Гончаренко Н.А. Розповсюдженість СДУГ серед батьків дітей з цим розладом. Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету: матеріали звітної науково-практичної конференції викладачів, докторантів та аспірантів факультету філософії та суспільствознавства НПУ імені М.П.Драгоманова. Київ,2020. С. 86-89.
33. Ілліна О. В., Павленко О.А. Адаптивно-розвиваюча соціалізація молодших школярів / Вісник Житомирського державного університету. Випуск 44. Педагогічні науки. – 2008. – С. 26-29.
34. 45.Катриченко Т. В Україні дітей лікують психотропними препаратами… необґрунтовано? // «Главред», 22.10.08// [електронний ресурс] http://ua.glavred.info/archive/2008/10/22/172538-2.html
35. Кошелева А., Алексеева Л. Гиперактивный ребенок / [электронный ресурс журнала «Первое сентября»] / <http://nsc.1september.ru/2002/09/7.htm>
36. Кошелева А.Д., Алексеева Л.Д. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. – М., 2006. – 397 с.
37. Красов В.А. Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. … канд.мед.наук. – М., 1999. – 20 с.
38. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей: Распространенность, факторы риска и профилактика. – М., 2007.
39. Левицька І. Особливості психокорекційної роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку // Матеріали обласної науковопрактичної конференції «Дезадаптована дитина: Напрямки психотерапевтичної та психокорекційної допомоги», Львів – 2004. – С. 34- 39.
40. Лукашевич М. П. Соціалізація. Виховні механізми і технології: Навч.- метод. посібник. – К.: ІЗМН, 1998. – 112 с.
41. .Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – М., 2000. – 234 с.
42. Мазур Б. Непосидючий Дениско / [електронний ресурс Навчально-реабілітаційного центру «Джерело»] / http://www.dzherelocentre.org.ua/ index.php/news.full.uk/items/ neposidjuchij-denisko.html?PHPSESSID=344bf 608f68674898bc39aa621051a6b
43. Мусатова Н.М. Пантокальцин в лечении синдрома гиперактивности и дефицита внимания // Журнал «Трудный пациент». – 2006 – № 6 / режим доступа: <http://www.t-pacient.ru/archive/n6-2006p/n6-2006p_129.html>
44. Наумова І.С. Особливості органзації роботи щодо подолання неуважності у молодших школярів // Вісник Уманського державного педагогічного університету ім. Павла Тичини. – Умань, 2007. – С. 83-85. [електронний ресурс] / http://s-journal.cdu.edu.ua/base/2008/v3/v3pp83-85.pdf
45. Павлова М. Гиперактивный ребенок/ [электронный ресурс журнала «Дошкольное образование» /http://edu.rin.ru/cgi-bin/article.pl?ids=1&id=899
46. Пасечник Л. Коррекция тревожности и гиперактивности в детском возрасте. – М., 2007. – 112 с.
47. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2006.– 208 с.
48. Правило Е.С. Организация образовательного процесса с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания // Психолог. – 2008. - № 4. – С. 23- 29.
49. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги // Практ. керівництво.− Л.: Крео, 2008.– 323 с.
50. Сачек Т. Наступність – умова успішної адаптації / [ електронний ресурс: Професійний журнал для вчителів «Вікдритий урок»] / http://osvita.ua/school/ psychology/2027
51. Семакова Е.В., Макарова И.Ю. Семейно-социальные условия развития гиперактивности // Научный журнал «Успехи современного естествознания». – 2007. – №9. – С. 24-28.
52. Суковський Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей // Порадник для батьків.− Л.: Колесо, 2008.– 141 с.
53. Черномазова Е. Гиперактивный ребенок / http://www.owl.ru/win/womplus/ 1996/hyper.htm
54. Чутко Л. Гиперактивный ребенок / http://www.7ya.ru/articles/3592.aspx
55. Шадрик О.К. Корекційно-розвивальні ігри для гіперактивних дітей // Психолог. – 2004. – № 7. – С. 19-21.
56. Шатура О. Подолання неуважності: Корекційно-розвивальні технології // Психолог. – 2005. – № 6. – С. 16-19.
57. Шевченко Ю.С. Коррекцоннная работа с гиперактивными детьми. – М., 2001. – 376 с.
58. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – М. : Вита-Пресс, 1997