



**УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА  
ФАКУЛЬТЕТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ТА ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ**

**ГС «НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ»  
ДИВІЗІОН «ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я»**

## **МАТЕРІАЛИ**

**І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-  
ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В  
УМОВАХ СУЧАСНОЇ ПЕРМАКРИЗИ»**

**23 квітня 2024 року, м. Київ**

**Київ – 2024**

**УДК 159.98(063)**

**Редакційна колегія:** Маркусь І., к. пед. н., доцент  
Палій В., к. психол. н.  
Руденко Л., д.психол.н., професор  
Найдьонова Г., к. психол. н., доцент  
Афузова Г., к. психол. н., доцент

**П 86 Психологічна допомога в умовах сучасної пермакризи:**  
матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції  
(м. Київ, 23 квітня 2024 р.). Київ, 2024. 60 с.

Збірник містить тези та інші матеріали учасників I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологічна допомога в умовах сучасної пермакризи» з питань сучасного стану психологічної допомоги в Україні різним категоріям вразливих верств населення та технологій психологічної допомоги особистості у складних життєвих ситуаціях.

*Матеріали подаються в авторській редакції. Редакційна колегія не несе відповідальність за висвітлений матеріал (його точність, правдивість та оригінальність).*

**Марина Федоренко,**  
кандидат психологічних наук, доцент,  
доцент кафедри спеціальної психології та медицини,  
факультет спеціальної та інклюзивної освіти  
Українського державного університету  
імені Михайла Драгоманова,  
м. Київ, Україна

**Віталій Кузьмінський,**  
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,  
кафедра спеціальної психології та медицини,  
факультет спеціальної та інклюзивної освіти  
Українського державного університету  
імені Михайла Драгоманова,  
м. Київ, Україна

## **ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Виявлення дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є тривалим і ретельним процесом. Поведінка таких дітей зовні може бути схожою на поведінку дітей із підвищеною тривожністю, неврозами, шизофренією та іншими порушеннями в розвитку, тому для фахівців: психологів та педагогів, важливо знати основні відмінності у поведінці однієї категорії дітей від інших.

Згідно з науковими дослідженнями діти з РДУГ мають недостатньо розвинену лобну кору головного мозку та функціональні зміни у нейронних зв'язках, які відповідають за: планування; концентрацію уваги; прийняття рішень; відкладання задоволення; організацію; контроль поведінки та імпульсів. У гіперактивної дитини спостерігається порушення обміну нейромедіаторів (хімічних речовин, які передають сигнали між нейронами): допаміну, норепінефрину та серотоніну. Поки точно достеменно не відомо, які саме фактори призводять до РДУГ, проте результати експериментальних вказують, що значну роль у цьому відіграє генетичний фактор, а також порушення у пренатальний період та під час вагітності [2; 5; 6].

Клінічні прояви розладу дефіциту уваги з гіперактивністю різноманітні. Для його діагностики використовуються стандартні діагностичні критерії, розроблені Американською психіатричною асоціацією та опубліковані в «Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів» (DSM-V), а також в Міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ-10, МКХ-11).

Відповідно до МКХ-10, в межах класифікації розладу дефіциту уваги з гіперактивністю, передбачено можливість визначення двох розладів: «порушення активності і уваги» (F 90.0) та «гіперкінетичний розлад поведінки» (F 90.1), які увійшли до діагностичної категорії F 90 «Гіперкінетичні розлади», що включені до розділу «Емоційні розлади та розлади поведінки, які зазвичай починаються в дитинстві або підлітковому віці». У МКХ-11, що планували впровадити у клінічну практику в Україні ще у 2021 році, рубрику «Гіперкінетичні розлади» перейменували на «Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю» (РДУГ). Дане формулювання вже використовується в діагностичному та статистичному керівництві Американської психіатричної DSM-V. За МКХ-11, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (код 6A05), класифікується на такі підтипи: 6A05.0: Представлена переважно неухважність. 6A05.1: Представлена переважно гіперактивність-імпульсивність. 6A05.2: Змішаний тип. 6A05.Y: Інший уточнений тип. 6A05.Z: Не уточнений тип. Україна поки що затримує впровадження МКХ-11, тому ще продовжено використання МКХ-10 [1; 3].

Для того, щоб визначити у дитини РДУГ, необхідно враховувати критерії діагностичних керівництв, про які йшлося вище, а саме:

1. Вік дитини. Симптоми розладу дефіциту уваги з гіперактивністю проявляються до 12 років, найчастіше у віці 3–6 років. Більш пізній період виникнення подібних симптомів виключає РДУГ.

2. Тривалість симптомів. Для встановлення діагнозу симптоми мають спостерігатися не менше ніж 6 місяців.

3. Ознаки однаково проявляються в різних сферах життя. При РДУГ дитина має труднощі з поведінкою не лише вдома з родиною чи у звичному оточенні, а також і в школі, дитячому садку, під час прогулянки, походу в магазин. Спостереження симптомів лише в одній сфері життя дитини виключає РДУГ.

4. Симптоми, які об'єктивно знижують якість життя. Про діагноз РДУГ можна говорити, коли симптоми яскраво виражені, погіршують якість життя, перешкоджають нормальному розвитку дитини, призводять до дезадаптації. Наприклад, неухважність перешкоджає вивчити матеріал або виконати завдання, імпульсивність впливає на уміння дружити та підтримувати стабільні відносини, а гіперактивність може стати причиною роздратування інших та заважати концентрації на одній справі [1;4].

За класифікаціями МКХ-11 та DSM-V виділяють наступні підтипи РДУГ: 1) комбінований – з наявністю виражених

симптомів гіперактивності, імпульсивності та неувважності; 2) з домінуючою гіперактивністю/імпульсивністю – коли виражені симптоми цього спектру та мінімальні або відсутні – симптоми порушення уваги; 3) з домінуючим порушенням уваги – коли значно виражені лише симптоми дефіциту уваги [1; 4; 5].

Для діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю використовуються різні підходи: психологічний, нейропсихологічний, клінічний. Обов'язково необхідно враховувати вікові особливості клієнтів. Для дітей це можуть бути спеціальні опитувальники та тести, наприклад, шкали оцінки поведінки. У випадку дорослих, діагностика часто включає більш глибоке психологічне обстеження, включаючи інтерв'ю та самооцінку симптомів.

Додатково до клінічного інтерв'ю у дітей та підлітків рекомендовано використовувати опитувальник Вандербільта, Ахенбаха, рейтингові шкали Conners Parent-Teacher Rating Scale тощо. Для дорослих в доповнення до інтерв'ю застосовується шкала діагностики РДУГ у дорослих (ASRS). Необхідно підкреслити, що окремо взяті дані опитувальників та шкал не можуть замінити повноцінну діагностику, але є допоміжними інструментами на шляху виявлення РДУГ.

Надзвичайно важливим при постановці діагнозу – розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, є використання нейропсихологічних проб, спрямованих на дослідження пізнавальних процесів, зокрема особливостей уваги (таблиці Шульте, Таблиці Шульте-Горбова, Коректурні проби, Віднімання за Крепеліним, Методика П'єрона-Рузена, Тест Тулуз-П'єрона), та емоційної сфери. Методики мають бути орієнтовані на вік клієнта та враховувати принципи нейропсихологічного дослідження.

Для дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю відомо не так багато нейропсихологічних методик. Ефективними в даному напрямку будуть: Вісконсінський тест сортування карток, Кольоровий тест Струпа, Тест рухів руками, Копіювання складного малюнка, Тест відслідковування, також Проба на реципрокну координацію рук Озерецького, нейропсихологічна методика, спрямована на дослідження просторового праксису Проба Хеда. Можна також використовувати зоровий тест TOVA (Test of Variables of Attention), тести рухового гальмування типу GO/NO-GO, тощо.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю – комплексне порушення, що визначає неможливість його діагностувати лише однією пробєю, тобто не існує універсального методу, який би напевно продемонстрував або спростував наявність РДУГ. Тому фахівець має бути обізнаний у різних підходах та методах



виявлення симптомокомплексу та працювати у тандемі психолог-психіатр.

#### Список використаних джерел

1. 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. С. 12-23.

2. Князєв В. М. Теоретична та операціональна модель дослідження впливу комплексу чинників на патологічні прояви за умови різних форм РДУГ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. Вип. 2. С. 21-26.

3. Марценковська І. І. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 4(115). С. 17-19.

4. Федоренко М. В. Психологічна корекція синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей з розумовою відсталістю методами арттерапії. *Психолого-педагогічна допомога особистості засобами арттерапії: монографія*. Переяслав (Київ. обл.): Домбровська Я. М., 2020. С. 346-364.

5. Федоренко М. В., Руденко Л. М. Мультимодальна програма корекції поведінкових порушень у розумово відсталих дітей. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2016. Вип. VII. В 2-х т. (Т. 2). С. 282-293.

6. ADHD & the Brain. URL: [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Guide/ADHD\\_and\\_the\\_Brain.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/ADHD_and_the_Brain.aspx)