

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Зв'язок самооцінки та порушення виконавчої функції у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр (спеціальність 053
«Психологія», освітня програма «Клінічна психологія з
основами психотерапії») **Галіцької Дар'ї Сергіївни**
Науковий керівник: доцент кафедри психодіагностики та
клінічної психології, кандидат психологічних наук
Найдьонова Ганна Олександрівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол № від року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ - 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ САМООЦІНКИ ТА ВИКОНАВЧИХ ФУНКЦІЙ ПРИ РОЗЛАДІ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ	 9
1.1. Самооцінка у дитячому віці: специфіка формування та чинники	9
1.2. Психологічні підходи до розуміння виконавчих функцій у дитячому віці	14
1.3. Клініко-психологічна характеристика розладу дефіциту уваги та гіперактивності: когнітивний та емоційний компоненти	22
Висновки до розділу 1.....	31
 РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ САМООЦІНКИ ТА ВИКОНАВЧИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ.....	 33
2.1. Методологічні принципи та гіпотези емпіричного дослідження.....	33
2.2. Характеристика вибірки та етапи емпіричного дослідження.....	38
2.3. Обґрунтування діагностичного інструментарію.....	44
2.4. Висновки до розділу 2.....	49
 РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ САМООЦІНКИ З ВИКОНАВЧОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ	 52
4.1. Первинна обробка отриманих даних.....	52
4.2. Результати кореляційного аналізу між змінними.....	67

4.3. Практичні рекомендації щодо корекції самооцінки та емоційних станів через розвиток виконавчих функцій у дітей з РДУГ.....	79
Висновки до розділу 3.....	84
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90
ДОДАТКИ	100

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у молодшій школі сьогодні набуває статусу однієї з найбільш гострих тем у клінічній психології та педагогіці. Перехід дитини до систематичного навчання вимагає від неї високого рівня сформованості виконавчих функцій: здатності гальмувати імпульсивні реакції, утримувати алгоритми дій та гнучко перемикатися між завданнями. Проте для дітей із РДУГ цей період стає часом серйозних випробувань, оскільки когнітивний дефіцит стає причиною не лише низької успішності, а й глибоких порушень емоційної саморегуляції, що проявляється в афективних спалахах, соціальній ізоляції та конфліктності.

Актуальність вивчення зв'язку між когнітивною та емоційною сферами зумовлена необхідністю створення цілісної моделі допомоги таким дітям. Традиційні підходи часто фокусуються лише на корекції уваги, ігноруючи той факт, що саме несформованість «виконавчого мозку» заважає дитині опанувати власні емоції. Розуміння того, як саме порушення нейродинаміки та контролю впливають на афективний стан, дозволить розробити принципово нові методи психологічного супроводу, які допоможуть дитині не лише краще вчитися, а й почуватися емоційно стабільною в соціумі.

Питання діагностики, корекції та супроводу дітей із РДУГ в Україні активно розробляються в науковому просторі. Зокрема, особливості психологічного стану та поведінкової корекції висвітлювали І. Алексеева, М. Калшикова, Н. Атаманчук та Л. Білоус, І. Мельничук [1; 2; 4]. Проблеми навчання в умовах інклюзії та інклюзивно-ресурсних центрів вивчали О. Боряк, Л. Одинченко, К. Бужинецька та В. Войтко [6; 7; 9]. Вагомий внесок у дослідження емоційної регуляції та самосвідомості школярів зробили В. Годлевська, Н. Гончаренко, Л. Журавльова, М. Шпак, О. Чебикін [10; 13; 19; 61; 62].

Клінічні та медико-соціальні аспекти розладу аналізували С. Грищенко,

Л. Кирилова, І. Марценковська та Л. Шестопалова з колегами [14; 22; 36; 65]. Психологічний супровід та розвиток самооцінки у дітей з РДУГ став предметом праць В. Князева, Є. Мілютіної, Н. Науменко, О. Романчука [24; 25; 41; 43; 49]. Питання довільної поведінки та нейропсихологічного розвитку розкриті в роботах Н. Компанець, О. Кіпаренко та Л. Руденко [26; 23; 50].

Зарубіжна наука пропонує фундаментальні концепції виконавчих функцій та їхнього впливу на життєдіяльність. Ключове значення мають праці Р. Барклі [68], який визначив РДУГ як дефіцит гальмування, та А. Міяке з колегами [92], які розробили модель структури виконавчих функцій. Вплив сімейного функціонування та батьківського скафолдінгу вивчали А. Анастапулос та Х. Мазурскі-Горовіц [67; 81]. Питання емоційної регуляції та «гарячих» виконавчих функцій аналізували Дж. Гросс, Дж. Майєр, П. Селовей та С. Тсерментселі [80; 89; 97].

Роль порушень сну та циркадних ритмів у посиленні симптомів РДУГ розкрили К. Баум, С. Беккер та А. Куган [69; 70; 74]. Довготривалі наслідки розладу для самооцінки та соціального успіху представлені в роботах В. Харпін, Б. Франке та М. Ріддл [81; 78; 94]. Нейробіологічні моделі та траєкторії розвитку розладу досліджували Е. Сонуга-Барке, А. Тапар та Ф. Кастелланос [95; 96; 73].

Незважаючи на такий значний науковий доробок, питання безпосереднього взаємозв'язку між конкретними показниками виконавчої дисфункції та специфікою емоційних порушень у дітей молодшого шкільного віку з РДУГ в українському контексті потребує уточнення. Більшість робіт фокусуються на окремих аспектах когнітивної або емоційної сфери, залишаючи поза увагою їхню системну взаємозалежність. Це визначає доцільність нашого дослідження для глибшого розуміння механізмів психологічного здоров'я дітей із РДУГ.

Мета дослідження - виявити зв'язок між самооцінкою та деякими виконавчими функціями у дітей молодшого шкільного віку з розладом уваги та гіперактивності й розробити практичні рекомендації щодо

психокорекційної роботи.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння природи виконавчих функцій та механізмів формування самооцінки при розладах нейророзвитку.

2. Описати клініко-психологічні особливості когнітивного та емоційного компонентів розладу дефіциту уваги та гіперактивності у молодшому шкільному віці.

3. На емпіричному рівні виявити специфіку зв'язку самооцінки та виконавчих функцій у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

4. Розробити практичні рекомендації з психологічної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із розладом дефіциту уваги та гіперактивності, спираючись на результати дослідження.

Об'єкт дослідження - самооцінка у дитячому віці.

Предмет дослідження - зв'язок самооцінки та порушення виконавчої функції у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Концептуальна гіпотеза - дефіцит виконавчих функцій у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності виступає базовим клініко-психологічним чинником деформації їхньої самооцінки.

Емпіричні гіпотези:

1) існує статистично значуща різниця в показниках когнітивного гальмування, стійкості уваги та нейродинаміки між дітьми з розладом дефіциту уваги та гіперактивності та їхніми нормотиповими однолітками;

2) існує прямий кореляційний зв'язок між рівнем виконавчої дисфункції (низькою здатністю до гальмування та високою виснажуваністю) та рівнем самооцінки у молодших школярів із

розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз, систематизація та узагальнення наукової літератури з клінічної психології та нейропсихології дитячого віку;
- *емпіричні*: психодіагностичні. У роботі використано такі методики: «Сходинки» В. Щура (для дослідження самооцінки); Тест Струпа (діагностика когнітивної інтерференції та гальмування); «Таблиці Шульте» та «Дослідження концентрації уваги» П'єрона-Рузера (для вивчення динаміки працездатності); проективну методику «Дім - Дерево - Людина» Дж. Бака (для клінічної оцінки афективної сфери);
- методи математичної статистики: описові статистики; порівняльний аналіз (U-критерій Манна-Вітні) для виявлення розбіжностей між групами та кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена) для встановлення зв'язків між змінними.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося на базі закладів загальної середньої освіти та інклюзивно-ресурсних центрів м. Києва. Загальна вибірка дослідження становить 60 дітей молодшого шкільного віку (7-10 років). Вибірка була розподілена на дві групи: досліджувана група (ДГ) - 30 дітей, які мають офіційно підтверджений діагноз «Розлад дефіциту уваги та гіперактивності» (РДУГ), встановлений клінічними фахівцями; порівняльна група (ПГ) - 30 нормотипових дітей (без порушень психофізичного розвитку та встановлених психіатричних діагнозів).

Наукова новизна дослідження:

- *уточнено* зміст поняття «виконавчі функції» як багаторівневої системи когнітивного контролю, що є фундаментом для довільної емоційної саморегуляції;
- *вперше встановлено* характер кореляційного зв'язку між конкретними нейродинамічними дефіцитами (виснажливістю, низьким гальмуванням) та деформацією самооцінки (її неадекватністю та захисним характером) як провідним особистісним наслідком виконавчої

дисфункції у молодших школярів із РДУГ;

- *додовнено* клініко-психологічну характеристику емоційної сфери дітей з РДУГ даними про вплив когнітивної інтерференції у механізмах формування дезадаптивного «Я-образу» та викривленого самосприйняття дитини;
- *дістало подальшого розвитку* розуміння механізмів виникнення афективних спалахів у дітей як наслідку неспроможності виконавчої ланки психіки.

Практичне значення дослідження. Отримані результати можуть бути використані клінічними психологами та педагогами для розробки індивідуальних програм корекції деформацій самооцінки та супутніх емоційних розладів у дітей з РДУГ через тренування функцій гальмування та уваги. Запропоновані рекомендації дозволяють підвищити ефективність психолого-педагогічного супроводу дітей у закладах інклюзивної освіти. Результати дослідження можуть бути включені до навчальних курсів з клінічної та спеціальної психології.

Достовірність та обґрунтованість результатів дослідження забезпечується методологічною обґрунтованістю вихідних теоретичних положень; застосуванням комплексу надійних та валідних психодіагностичних методик, що відповідають меті та завданням роботи; репрезентативністю вибірки (60 осіб); поєднанням якісного аналізу отриманих даних із методами математичної статистики, що дозволяють підтвердити значущість виявлених зв'язків.

Структура та обсяг. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (98 найменувань на 11 сторінках), 6 додатків (на 11 сторінках). Робота містить 7 таблиць. Загальний обсяг роботи - 111 сторінок, із них - 89 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ САМООЦІНКИ ТА ВИКОНАВЧИХ ФУНКЦІЙ ПРИ РОЗЛАДІ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

1.1. Самооцінка у дитячому віці: специфіка формування та чинники

Розвиток особистості у дитячому віці є процесом, ключовим елементом якого виступає поступове становлення самосвідомості та її оцінного компонента. Самооцінка дитини не лише відображає рівень її впевненості у власних силах, а й слугує фундаментальним регулятором поведінки, що визначає успішність соціальної адаптації та академічних досягнень. На етапі молодшого шкільного віку цей психологічний феномен зазнає суттєвих трансформацій, оскільки дитина переходить від ситуативних оцінок дорослих до більш стабільного внутрішнього сприйняття себе. Актуальність вивчення чинників формування самооцінки зумовлена її безпосереднім впливом на психологічне благополуччя та подальшу векторність індивідуального розвитку особистості.

Н. Видолуб зазначає, що самооцінка в контексті гуманістичного підходу розглядається як центральне утворення особистості, яке дозволяє індивіду інтегрувати власний досвід і будувати автентичний образ «Я» [8, с. 22]. Вона виступає не просто відображенням успіхів, а внутрішнім механізмом самоактуалізації, що спонукає дитину до активної взаємодії зі світом. Психологічна природа самооцінки полягає в її здатності трансформувати зовнішні соціальні вимоги у внутрішні стандарти самоконтролю. Розуміння самооцінки як цілісної системи дозволяє глибше осягнути мотиви дитячої діяльності в різні вікові періоди.

Т. Дуткевич підкреслює, що в дитячому віці самооцінка формується на основі емоційного ставлення до себе, яке спочатку повністю запозичується з оцінок близьких дорослих [17, с. 145]. Протягом дошкільного та молодшого

шкільного віку відбувається поступова диференціація знань про себе та оцінного ставлення до цих знань. Дитина починає усвідомлювати свої можливості не лише через похвалу батьків, а й через об'єктивні результати власної діяльності. Це свідчить про перехід від афективного до когнітивно-афективного рівня самопізнання, де інтелектуальна оцінка починає відігравати значну роль.

На думку О. Бойко та Г. Горуна, самооцінка є найважливішим критерієм становлення особистості, оскільки вона визначає рівень домагань індивіда та його готовність до подолання труднощів [5, с. 30]. У дитячому віці цей показник корелює з розвитком вольової сфери та здатністю до саморегуляції в навчальних ситуаціях. Автори наголошують на тому, що адекватність самооцінки є передумовою психічного здоров'я та гармонійного розвитку соціальних контактів. Висока, але не переоцінена самооцінка дозволяє дитині відчувати безпеку та відкритість до нового навчального досвіду.

В. Папітченко розглядає самооцінку в структурі гідності особистості, вказуючи на її значущість як етичного регулятора поведінки дитини в колективі [45, с. 81]. Самооцінка тут виступає не лише як оцінка здібностей, а як відчуття власної цінності як суб'єкта діяльності та спілкування. Формування почуття гідності безпосередньо залежить від того, наскільки дитина відчуває повагу та підтримку з боку значущих дорослих. Такий підхід підкреслює моральний аспект самосвідомості, який починає активно розвиватися в початковій школі.

Н. Голярдик акцентує увагу на тому, що рівень самооцінки безпосередньо впливає на загальну життєдіяльність особистості та її здатність адаптуватися до мінливих умов середовища [12, с. 239]. Низька самооцінка в дитячому віці часто стає бар'єром для прояву ініціативності та творчого потенціалу учня. Навпаки, стійке позитивне ставлення до себе сприяє формуванню життєстійкості та впевненості в успішності майбутніх дій. Це робить самооцінку стратегічним ресурсом розвитку дитини в умовах сучасної освітньої системи.

О. Пенькова стверджує, що процес самовдосконалення особистості неможливий без рефлексивної самооцінки, яка дозволяє дитині порівнювати своє «Я-реальне» з «Я-ідеальним» [46, с. 75]. У молодшому шкільному віці це порівняння стає стимулом для розвитку нових навичок та корекції власної поведінки відповідно до вимог вчителя. Важливо, щоб дитина мала змогу бачити свій прогрес, що зміцнює її віру у власну спроможність досягати мети. Самовдосконалення починається саме з моменту, коли дитина усвідомлює розбіжність між тим, ким вона є, і тим, ким вона хоче бути.

Згідно з поглядами Н. Хижкової, формування адекватної самооцінки у молодших школярів є результатом успішного балансу між заохоченням та об'єктивною критикою в процесі навчання [59, с. 258]. Педагогічний вплив у цей період має бути спрямований на створення ситуацій успіху, де кожна дитина може відчувати свою компетентність у певній сфері. Автор зазначає, що адекватне сприйняття себе захищає дитину від надмірної тривожності та депресивних станів у разі невдач. Це закладає фундамент для формування стійкої та цілісної особистості в майбутньому.

На основі аналізу наукової літератури ми визначаємо самооцінку в дитячому віці як системне утворення самосвідомості, що інтегрує когнітивний образ власних можливостей та емоційне ставлення до себе, виконуючи регулятивну функцію в процесі соціальної взаємодії та навчання. У молодшому шкільному віці вона характеризується переходом від тотальної залежності від думки дорослих до автономного оцінювання результатів своєї діяльності. Специфіка самооцінки в цей період полягає у її тісному зв'язку з виконавчою функцією, де здатність до контролю поведінки підкріплює почуття власної ефективності. Саме адекватність та стабільність самооцінки стають запорукою успішного подолання вікових криз.

Ю. Швень визначає соціально-психологічні чинники як домінуючі у процесі формування самооцінки, виділяючи серед них стиль сімейного виховання та позицію дитини в групі однолітків [63, с. 106]. Соціальне оточення створює ту «дзеркальну» систему, через яку дитина вчиться

ідентифікувати свої сильні та слабкі сторони. Конфліктні стосунки або надмірна критика з боку батьків можуть призвести до деформації образу «Я» та виникнення почуття неповноцінності. Тому підтримка позитивного соціального клімату є необхідною умовою для здорового самосприйняття дитини.

Є. Балабушка, М. Смовж та інші підкреслюють, що формування позитивної самооцінки у дітей з особливими потребами потребує спеціально організованого психологічного супроводу, спрямованого на компенсацію дефіцитарних зон [3, с. 45]. У таких дітей самооцінка часто є вразливою через усвідомлення своїх відмінностей від однолітків або труднощі в академічній сфері. Автори зауважують, що акцент на індивідуальних досягненнях, а не на порівнянні з іншими, дозволяє зміцнити внутрішній ресурс дитини. Це допомагає запобігти формуванню негативної ідентичності та сприяє кращій інклюзії в освітній простір.

О. Столяренко та О. Палилюлько вказують на роль інтерналізації моральних норм як ключового чинника формування моральної самооцінки у молодшого школяра [52, с. 89]. Дитина вчиться оцінювати себе не лише за успіхи в математиці, а й за відповідність своїм вчинкам поняттям про добро, чесність та відповідальність. Цей процес тісно пов'язаний із розвитком емпатії та здатності розуміти почуття інших людей. Моральна самооцінка стає тим внутрішнім компасом, який допомагає дитині орієнтуватися в складних соціальних ситуаціях.

В. Князєв зазначає, що у дітей із порушеннями розвитку, зокрема при розладах дефіциту уваги, самооцінка має специфічну динаміку, часто проявляючись через феномен «ілюзорної зміщеності» [24, с. 35]. Такі діти можуть демонструвати завищену самооцінку в сферах, де вони мають об'єктивні труднощі, що є захисним механізмом психіки проти постійного досвіду невдач. Розуміння цієї специфіки дозволяє будувати корекційну роботу не через критику помилок, а через розвиток усвідомленості та самоконтролю. Це підкреслює важливість диференційованого підходу до

оцінювання дітей з різними когнітивними профілями.

Зарубіжна дослідниця В. Харпін та її колеги у своїх роботах вказують на довготривалий вплив самооцінки на соціальне функціонування дітей, зазначаючи, що негативне самосприйняття в дитинстві є предиктором депресії в підлітковому віці [81, с. 296]. Вони підкреслюють, що діти з труднощами в навчанні часто потрапляють у «замкнене коло» низької самооцінки та зниженої мотивації. Інтервенції, спрямовані на підвищення самооцінки через соціальну підтримку, демонструють значну ефективність у покращенні загальної якості життя дитини. Такий погляд акцентує увагу на профілактичній ролі позитивного самоставлення.

Е. Анастапулос та співавтори акцентують увагу на тому, що сімейне функціонування є базовим середовищем, де закладаються перші патерни самооцінки дитини [67, с. 168]. Емоційна близькість, послідовність вимог та батьківське прийняття створюють надійну базу для розвитку впевненості дитини у собі. Навпаки, хаотичне або вороже сімейне середовище руйнує цілісність дитячого «Я» та призводить до нестабільності самооцінки. Роль батьків у цьому процесі є визначальною протягом усього періоду дитинства.

Р. Барклі наголошує на тому, що специфіка самооцінки тісно пов'язана із саморегуляцією: здатність до гальмування імпульсивних реакцій дозволяє дитині досягати кращих результатів, що автоматично підвищує її самоповагу [68, с. 115]. Коли дитина бачить, що вона може керувати своєю поведінкою, її самооцінка стає більш реалістичною та стійкою. Автор розглядає самооцінку не як ізольовану рису, а як частину загальної системи виконавчих функцій мозку. Це дає наукове підґрунтя для зв'язку між когнітивним розвитком та емоційним ставленням до себе.

Н. Науменко та І. Клименко досліджували особливості самосвідомості дітей із синдромом дефіциту уваги та помітили, що їхня самооцінка часто є фрагментарною та ситуативною [43, с. 350]. Такі діти важко інтегрують окремі успіхи в цілісну картину позитивного «Я», що вимагає спеціальної роботи над усвідомленням власної ідентичності. Важливо навчати дитину

помічати власні зусилля та маленькі кроки до мети, а не лише кінцевий результат. Це допомагає стабілізувати самооцінку та зробити її менш залежною від випадкових зовнішніх чинників.

Отже, аналіз теоретичних засад дозволяє зробити висновок, що самооцінка в дитячому віці є психологічним конструктом, формування якого залежить від взаємодії когнітивного розвитку, стилю сімейного виховання та успішності в провідних видах діяльності. Специфіка її становлення полягає у поступовій інтеріоризації зовнішніх оцінок та розвитку здатності до саморефлексії, що особливо активно відбувається у молодшому шкільному віці. Основними чинниками, що визначають адекватність самооцінки, виступають якість соціальних контактів, рівень розвитку виконавчих функцій та наявність психологічної підтримки в освітньому середовищі. Розуміння механізмів формування самооцінки є необхідним для розробки ефективних стратегій психокорекції та сприяння гармонійному розвитку особистості дитини.

1.2. Психологічні підходи до розуміння виконавчих функцій у дитячому віці

Вивчення виконавчих функцій у сучасній психологічній науці посідає центральне місце в розумінні механізмів свідомої саморегуляції та адаптивної поведінки особистості. Даний конструкт розглядається як складна мультикомпонентна система когнітивних процесів, що забезпечують цілеспрямовану діяльність у нових або складних ситуаціях. У межах клініко-психологічного підходу особлива увага приділяється онтогенетичному розвитку цих функцій, оскільки вони є фундаментом для формування академічної успішності та соціальної компетенції дитини. Наша позиція полягає в тому, що чітке теоретичне визначення структури виконавчих функцій є необхідною умовою для подальшого аналізу емоційних порушень при РДУГ.

Фундаментальний внесок у розумінні структури когнітивного контролю

зробив А. Міяке, який запропонував модель «єдність та різноманітність». Науковець визначає виконавчі функції як набір загальних механізмів, що включають оновлення робочої пам'яті, гальмування домінуючих реакцій та переключення уваги [92, с. 52]. Ця модель дозволяє диференціювати окремі когнітивні операції, зберігаючи при цьому уявлення про їхній спільний регуляторний корінь. На нашу думку, саме такий трикомпонентний підхід є найбільш валідним для діагностики когнітивного дефіциту в молодшому шкільному віці.

Продовжуючи аналіз структури, А. Даймонд визначає виконавчі функції як групу когнітивних процесів «вищого порядку», що необхідні для концентрації уваги у випадках, коли діяти на інстинктах або автоматизмах було б неможливо. Дослідниця виділяє три базові компоненти: гальмівний контроль, робочу пам'ять та когнітивну гнучкість, на базі яких розвиваються складні функції, такі як планування та вирішення проблем [77, с. 138]. Вважаємо, що ієрархічна побудова цих функцій пояснює поступове ускладнення поведінкових актів дитини в процесі дорослішання.

У контексті нейробіологічних засад Е. Сонуга-Барке розглядає виконавчі функції через призму множинних шляхів розвитку, де ключовим є дефіцит гальмування. Автор стверджує, що порушення цих функцій виникає внаслідок збоїв у роботі дофамінергічних систем мозку, що відповідають за винагороду та контроль імпульсів [95, с. 1234]. Таке трактування підкреслює біологічну детермінованість когнітивних процесів, що є вкрай важливим для клінічної психології. Ми переконані, що розуміння біологічного підґрунтя допомагає уникнути суто педагогічної інтерпретації труднощів дитини.

С. Церментселі пропонує розділяти виконавчий контроль на «холодні» та «гарячі» функції залежно від залученості емоційного контексту. Під поняттям «холодних» функцій науковиця розуміє чисто когнітивні процеси, що активуються під час вирішення абстрактних завдань без емоційного навантаження [97, с. 12]. Цей розподіл дозволяє точніше локалізувати порушення в структурі психіки молодшого школяра. На наш погляд, саме

дефіцит взаємодії між цими двома видами функцій лежить в основі дезадаптації при РДУГ.

Важливий аспект соціального пізнання розкриває К. Лагаттута, визначаючи виконавчі функції як інструмент узгодження думок, емоцій та рішень. Вона наголошує, що здатність дитини усвідомлювати власні ментальні стани безпосередньо залежить від рівня розвитку когнітивної гнучкості та пам'яті [85, с. 118]. Така інтегративна модель поєднує когнітивну сферу з теорією розуму (Theory of Mind). Вважаємо, що виконавчі функції виступають медіатором між внутрішнім світом дитини та її соціальним оточенням.

Роль середовища та дорослого у розвитку цих структур підкреслює С. Хьюз, розглядаючи поняття «спільної регуляції» або скафолдінгу. Вона визначає виконавчі функції як здатність дитини до саморегуляції, яка спочатку формується через зовнішню підтримку батьків у процесі гри та навчання [82, с. 318]. Тобто когнітивний контроль виникає як продукт інтеріоризації соціальних правил та вимог. Вважаємо, що дефіцит батьківської підтримки може суттєво обтяжувати прояви первинного когнітивного дефіциту при РДУГ.

На вітчизняних теренах О. Чебикін розглядає виконавчу сферу через концепцію емоційної регуляції пізнавальної діяльності. Він визначає ці функції як систему механізмів, що забезпечують стійкість психіки до дезорганізуючого впливу інтенсивних емоцій під час навчання [61, с. 89]. Такий підхід акцентує увагу на функціональній єдності афекту та інтелекту. На нашу думку, здатність до вольового зусилля є ключовим індикатором сформованості виконавчої системи.

У своїх подальших працях О. Чебикін деталізує зміст емоційної регуляції, виокремлюючи в ній структурні компоненти, що відповідають за спрямованість та енергозабезпечення діяльності. Автор визначає виконавчі процеси як засіб трансформації емоційної енергії в продуктивну пізнавальну активність школяра [62, с. 79]. Це дозволяє розглядати когнітивний контроль

не лише як гальмо, а й як активатор діяльності. На наше переконання, саме недостатність активуючої функції часто призводить до труднощів ініціації завдань у дітей.

Психологічний аспект довільності у дітей із гіперактивністю досліджує Н. Компанець, яка визначає виконавчі функції через категорію «довільної поведінки». Науковиця вказує, що основою цих функцій є здатність діяти згідно з внутрішнім планом, попри зовнішні відволікаючі чинники [26, с. 9]. Порушення цієї здатності розглядається як центральний симптом когнітивної недостатності. Погоджуємося, що дефіцит довільності є першопричиною багатьох поведінкових проблем молодших школярів.

Розвиток метапізнання як вищої форми виконавчого контролю аналізує Т. Доцевич, визначаючи це поняття як здатність дитини спостерігати за власними когнітивними процесами. Вона наголошує, що молодший шкільний вік є сенситивним періодом для формування навичок самоперевірки та планування дій [15, с. 167]. Це дозволяє трактувати виконавчі функції як рефлексивний механізм психіки. Вважаємо, що стимуляція метапізнавальних навичок може бути ефективним напрямом корекційної роботи.

У контексті вікової психології Т. Дуткевич характеризує виконавчі функції як новоутворення, пов'язані із переходом від мимовільності до усвідомленого керування психічними процесами. Вона визначає їх через структуру вищих психічних функцій, де головну роль відіграє мовленнєве опосередкування поведінки [17, с. 125]. Таким чином, розвиток мовлення стає інструментом саморегуляції. На нашу думку, внутрішнє мовлення дитини є «двигуном» для реалізації виконавчих стратегій.

О. Кіпаренко розглядає виконавчі функції в межах вивчення труднощів навчання, визначаючи їх як фундамент для засвоєння шкільних навичок. Автор вказує на складний зв'язок між нейродинамічними показниками та здатністю до тривалого утримання уваги на завданні [23, с. 45]. Слабкість цих функцій неминуче призводить до академічної неуспішності, навіть при збереженому інтелекті. Вважаємо за доцільне стверджувати, що своєчасна

діагностика виконавчого профілю є запорукою успішної інклюзії дитини.

На основі аналізу позицій як зарубіжних, так і українських науковців, ми пропонуємо розуміти сутність виконавчих функцій як інтегративну систему когнітивного керування, що забезпечує перехід від імпульсивної реактивності до свідомої саморегуляції поведінки. Це поняття ми визначаємо як динамічний механізм психіки, який дозволяє дитині ієрархізувати цілі, утримувати в пам'яті алгоритми дій та адаптивно змінювати стратегії відповідно до контексту ситуації. Власне розуміння сутності даного конструкту полягає у його розгляді як «метарегулятора», що об'єднує інтелектуальний та вольовий аспекти для подолання домінантних автоматизмів. Вважаємо, що саме така дефініція найбільш повно відображає клініко-психологічний зміст виконавчої сфери молодшого школяра в нормі та при патології.

Структуру виконавчих функцій ми вбачаємо як трирівневу систему, де базовим фундаментом виступають процеси гальмування, оновлення робочої пам'яті та когнітивної гнучкості. На другому рівні розташовуються операційні компоненти, такі як планування, моніторинг результату та ініціація цілеспрямованої активності, що базуються на первинних когнітивних навичках. Вершиною цієї структури ми визначаємо «гарячий» виконавчий контроль, який відповідає за інтеграцію емоційних стимулів у процес прийняття рішень та вольову стійкість. На наше переконання, саме такий цілісний розгляд структури дозволяє диференціювати конкретні ланки порушення регуляції у дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Розуміння структури виконавчих функцій дозволяє перейти до аналізу їхнього становлення в онтогенезі, що є критично важливим для клінічної психології. Молодший шкільний вік визначається як період інтенсивного морфофункціонального дозрівання структур головного мозку, відповідальних за свідому саморегуляцію. Процес оволодіння власною поведінкою у дітей 6-10 років має нелінійний характер і тісно пов'язаний із соціальною ситуацією розвитку. На наш погляд, саме в цей час закладається фундамент для успішної

інтеграції когнітивного контролю в загальну систему особистісної регуляції.

Досліджуючи витоки виконавчого дефіциту, Т. Браун наголошує, що розвиток когнітивних функцій у молодшому шкільному віці не завжди встигає за зростаючими вимогами середовища. Науковець визначає цей період як етап «дозрівання через виклики», де мозок дитини має навчитися керувати увагою та емоціями в умовах багатозадачності [71, с. 42]. Така концепція підкреслює вразливість виконавчої системи до перевантажень, що особливо помітно при РДУГ. Вважаємо, що невідповідність між біологічним темпом розвитку та соціальними очікуваннями є ключовим фактором дезадаптації школяра.

Аналіз вікової динаміки симптомів у працях Х. Ларссона демонструє, що траєкторії розвитку виконавчого контролю мають значну генетичну детермінацію. Автор вказує на поступове зниження проявів гіперактивності з віком, проте зазначає стійкість дефіциту уваги як когнітивної ознаки незрілості кори [87, с. 958]. Це свідчить про те, що виконавчі функції розвиваються гетерохронно, і деякі їхні ланки залишаються дефіцитарними довше за інші. На нашу думку, тривале збереження когнітивної незрілості вимагає пролонгованого психологічного супроводу дитини.

Х. Мазурскі-Хоровіц акцентує увагу на ролі сімейного контексту в дозріванні виконавчих структур мозку дитини. Вона стверджує, що якість батьківського скафолдінгу безпосередньо корелює зі швидкістю формування навичок планування та гальмування у молодших школярів [90, с. 468]. Зовнішній контроль з боку дорослого поступово перетворюється на внутрішню здатність дитини до саморегуляції. Ми переконані, що розвиток виконавчого контролю є результатом складної взаємодії біологічного дозрівання та виховних впливів.

У тривалому дослідженні М. Ріддла було виявлено, що ранні дефіцити виконавчих функцій мають тенденцію до збереження протягом шести років спостереження. Науковець зазначає, що діти, які мали труднощі з гальмівним контролем у дошкільному віці, демонструють стійкі порушення соціалізації в початковій школі [94, с. 270]. Це підтверджує важливість раннього втручання

для корекції траєкторії психічного розвитку. На наш погляд, стабільність цих порушень свідчить про глибокі нейропсихологічні механізми, що лежать в основі РДУГ.

Вітчизняна дослідниця Л. Журавльова розглядає вікову динаміку регуляції через призму формування емоційного інтелекту. Вона визначає молодший шкільний вік як етап переходу від ситуативної до довільної саморегуляції, що базується на усвідомленні власних переживань [19, с. 54]. Розвиток здатності «ставити почуття під контроль розуму» стає головним досягненням цього періоду. Вважаємо, що саме інтеграція емоцій у структуру виконавчого контролю забезпечує поведінкову гнучкість дитини.

Особливості проявів когнітивного дефіциту в різні вікові періоди аналізує О. Косьянова, вказуючи на якісну зміну симптомів при переході до школи. Науковиця зауважує, що у 6-7 років на перший план виходять труднощі з організацією діяльності, тоді як рухова розгальмованість може дещо зменшуватися [28, с. 140]. Це пов'язано із функціональним дозріванням лобних часток головного мозку, які починають активніше залучатися до регуляції. На наше переконання, зміна клінічної картини потребує адаптації методів навчання під когнітивні можливості учня.

У працях О. Маляр досліджується вплив сім'ї та школи на розвиток довільності емоційної регуляції у дітей 6-10 років. Авторка стверджує, що цей період є сенситивним для засвоєння соціальних нормативів, які виступають зовнішніми опорами для внутрішнього контролю [32, с. 215]. Шкільне середовище створює умови для тренування виконавчих функцій через необхідність дотримання правил. Ми вважаємо, що успішна адаптація до школи є потужним стимулом для прискореного дозрівання префронтальної кори.

Продовжуючи вивчення довільності, О. Маляр пропонує психологічну характеристику рівнів розвитку емоційної саморегуляції молодших школярів. Вона визначає перехід на вищий рівень як здатність дитини самостійно знаходити способи заспокоєння та мобілізації в складних ситуаціях [33, с.

129]. Розвиток таких навичок свідчить про зрілість виконавчої системи та її здатність обслуговувати особистісні потреби. На нашу думку, індивідуальні відмінності в темпах цього розвитку зумовлюють варіативність поведінкових реакцій у класі.

Розробку програм психологічного супроводу для дітей з РДУГ обґрунтовує Є. Мілютіна, фокусуючись на розвитку соціально-емоційного інтелекту. Науковиця наголошує на необхідності спеціально організованих занять для компенсації недостатності природного дозрівання виконавчих функцій [41, с. 108]. Систематичний вплив на когнітивну сферу дозволяє дитині швидше оволодіти інструментами самоконтролю. Вважаємо, що без цілеспрямованої корекції вікове дозрівання мозку може не призвести до повної адаптації дитини.

Використання ігрових методів, зокрема скафолдінгу, для корекції виконавчого дефіциту пропонує Г. Мозгова. Вона зазначає, що через гру дитина у віці 7-9 років найефективніше відпрацьовує навички стримування імпульсів та переключення уваги [42, с. 122]. Неструктурована гра стає природним тренажером для лобних часток мозку, де розвивається здатність до ініціації та завершення дій. На наше переконання, дефіцит ігрової діяльності в дошкільному віці може бути однією з причин недорозвинення виконавчих функцій.

Зв'язок між розвитком самосвідомості та когнітивним контролем досліджує Н. Науменко, визначаючи самоконтроль як наслідок сформованого образу «Я». Вона вказує, що молодший школяр починає оцінювати свої дії не лише за результатом, а й за способом виконання, що є ознакою метапізнання [43, с. 350]. Така внутрішня позиція дозволяє дитині ставати суб'єктом власної діяльності. Вважаємо, що підтримка позитивної самооцінки є необхідним фоном для успішного розвитку виконавчих навичок.

У контексті інклюзивної освіти В. Шевчук розглядає формування навчальної поведінки як процес стабілізації виконавчих функцій під впливом педагогічних вимог. Автор підкреслює, що діти з особливими освітніми

потребами потребують візуальних опор та чітких алгоритмів для компенсації слабкості внутрішнього плану дій [64, с. 3928]. Це підтверджує думку про те, що виконавчий контроль у дитячому віці значною мірою залежить від зовнішнього структурування. На нашу думку, створення «передбачуваного» середовища є ключем до стабілізації психіки дитини з РДУГ.

Л. Шестопалова наголошує на важливості комплексної оцінки психічного розвитку дитини з СДУГ для прогнозування її успішності. Вона зазначає, що затримка розвитку виконавчих функцій часто супроводжується нерівномірністю дозрівання інших психічних сфер [65, с. 98]. Такий системний підхід дозволяє побачити дитину цілісно, а не лише через призму її симптомів. Вважаємо, що розуміння загальних закономірностей онтогенезу є обов'язковим для клініко-психологічної інтерпретації порушень виконавчого контролю.

Отже, аналіз психологічних підходів засвідчив, що виконавчі функції є складним мультикомпонентним механізмом свідомої регуляції, який інтенсивно дозріває у молодшому шкільному віці. У межах нашого дослідження ми запропонували власне визначення виконавчих функцій як інтегративної системи когнітивного керування, що забезпечує перехід від імпульсивної реактивності до свідомої саморегуляції. Своєчасне формування структури цих функцій, що включає гальмування, робочу пам'ять та когнітивну гнучкість, є фундаментальною умовою успішної соціальної адаптації дитини.

1.3. Клініко-психологічна характеристика розладу дефіциту уваги та гіперактивності: когнітивний та емоційний компоненти

Клініко-психологічний аналіз розладу дефіциту уваги та гіперактивності потребує комплексного розгляду його етіології та специфіки когнітивного функціонування. РДУГ сьогодні визначається як стійкий нейророзвитковий розлад, що виникає внаслідок порушення процесів формування та дозрівання центральної нервової системи. Основними клінічними проявами є порушення

концентрації уваги, надмірна рухова активність та виражена імпульсивність, що суттєво ускладнюють адаптацію дитини. На нашу думку, глибоке розуміння біологічних та когнітивних механізмів цього розладу є фундаментом для побудови ефективної стратегії психологічної допомоги молодшим школярам.

Фундаментальну концепцію розладу запропонував Р. Барклі, який розглядає РДУГ як первинний дефіцит поведінкового гальмування. Науковець стверджує, що саме неспроможність затримати реакцію на стимул призводить до вторинних порушень виконавчих функцій, таких як робоча пам'ять та саморегуляція [68, с. 115]. Такий підхід дозволяє трактувати гіперактивність не як проблему поведінки, а як наслідок когнітивної недостатності. Ми вважаємо, що модель Р. Барклі є ключовою для пояснення того, чому діти з РДУГ часто знають правила, але не можуть їх вчасно застосувати.

Сучасні нейровізуалізаційні дослідження Ф. Кастелланоса розширюють розуміння РДУГ, виходячи за межі лише префронтально-стріарної моделі. Автор вказує на залученість великомасштабних систем мозку, зокрема мереж спокою, що пояснює труднощі з переключенням між внутрішніми та зовнішніми завданнями [73, с. 20]. Ці дані свідчать про те, що мозок дитини з РДУГ функціонує в режимі постійного «когнітивного шуму». На наше переконання, врахування системних порушень роботи мозку допомагає фахівцям об'єктивніше оцінювати енергетичні ресурси дитини під час навчання.

Проблему спадковості та генетичних факторів аналізує А. Тапар, наголошуючи на високому рівні успадковуваності даного розладу. Дослідниця зазначає, що РДУГ є результатом взаємодії множинних генів ризику, які впливають на розвиток дофамінергічної та норадренергічної систем [96, с. 5]. Генетична схильність визначає базовий поріг збудливості та чутливості нервової системи до зовнішніх подразників. Вважаємо, що визнання генетичної природи розладу сприяє зниженню рівня стигматизації та почуття провини у батьків за «неправильне виховання».

У контексті життєвого циклу розладу Б. Франке розглядає РДУГ як траєкторію, що змінюється від дитинства до дорослості. Вона вказує на те, що клінічна картина розладу трансформується: рухова гіперактивність часто зменшується, проте когнітивна неуважність залишається стійкою [78, с. 1062]. Це свідчить про необхідність тривалого моніторингу стану дитини навіть при видимому покращенні поведінки. На нашу думку, розуміння вікових трансформацій симптомів дозволяє вчасно коригувати цілі психологічного супроводу.

Питання діагностичної валідності та прогнозу розладу висвітлює Б. Лахі, аналізуючи стабільність симптомів протягом тривалого часу. Науковець доводить, що діагноз, встановлений у ранньому шкільному віці, має високу прогностичну цінність для подальшого соціального функціонування [86, с. 2016]. Раннє виявлення когнітивних дефіцитів дозволяє запобігти формуванню вторинних особистісних нашарувань, таких як низька самооцінка. Ми переконані, що саме в молодшому шкільному віці вікно можливостей для компенсації дефіцитів є максимально відкритим.

Клінічні аспекти діагностики та прогнозування РДУГ також досліджує Р. Кілінг, акцентуючи на необхідності диференційованого підходу. Автор зазначає, що когнітивний профіль кожної дитини є унікальним, незважаючи на спільні діагностичні критерії розладу [83, с. 4]. Розуміння цієї варіативності допомагає уникати шаблонів у лікуванні та корекції. Вважаємо, що індивідуалізація допомоги має базуватися на ретельному нейропсихологічному обстеженні сильних та слабких сторін дитини.

Українська дослідниця С. Грищенко розглядає РДУГ як значущу медико-соціальну проблему, що потребує інтегрованого підходу. Вона підкреслює, що соматичний стан та умови середовища можуть суттєво обтяжувати первинний нейробіологічний дефект [14, с. 145]. Такий погляд дозволяє бачити розлад у широкому контексті життєдіяльності дитини 6-8 років. На наш погляд, успішна соціалізація школяра можлива лише при злагодженій взаємодії медиків, психологів та педагогів.

Аналіз інноваційного потенціалу правового та соціального супроводу дітей із цим розладом проводить Ю. Дригайло. Авторка зазначає, що недостатня обізнаність суспільства з етіологією РДУГ створює бар'єри для інклюзивного навчання та соціальної підтримки [16, с. 503]. Роз'яснення біологічної природи порушень є важливим кроком до створення толерантного середовища. Вважаємо за доцільне впроваджувати просвітницькі програми для вчителів, щоб змінити сприйняття «незручної» дитини в класі.

Специфіку вікової динаміки та зв'язок симптомів РДУГ у молодшому шкільному віці описує Г. Дьоміна. Науковиця вказує, що характерною ознакою розладу є нерівномірність психічного розвитку, де когнітивні функції можуть суттєво відставати від паспортного віку [18, с. 885]. Це створює ситуацію хронічного стресу для дитини, яка не справляється зі шкільними вимогами. На наше переконання, врахування реального когнітивного віку дитини є обов'язковим для збереження її психологічного здоров'я.

Питання диференційованого підходу до лікування та корекції РДУГ висвітлюють Л. Кирилова та колеги. Дослідники наголошують, що вибір методів терапії повинен залежати від вираженості когнітивних порушень та наявності супутніх неврологічних симптомів [22, с. 48]. Медикаментозна підтримка часто стає необхідним фоном для успішної психологічної роботи. На нашу думку, поєднання фармакотерапії та психокорекції дає найбільш стійкий результат у стабілізації уваги та поведінки.

Генетичні аспекти синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю ґрунтовно розглядає В. Помогайбо. Автор стверджує, що знання про генетичні маркери розладу дозволяє краще зрозуміти механізми порушення нейромедіаторного обміну [47, с. 175]. Це підтверджує, що імпульсивність дитини має під собою реальну фізіологічну основу, а не є проявом невихованості. Вважаємо, що такий підхід допомагає фахівцям вибудовувати більш терплячу та обґрунтовану позицію щодо поведінки вихованця.

Фундаментальну працю з діагностики та терапії РДУГ в українському контексті представив О. Романчук. Він визначає цей розлад як складне

порушення саморегуляції, що виникає внаслідок недорозвитку певних зон головного мозку [49, с. 112]. Автор пропонує цілісну модель допомоги, яка включає навчання батьків, модифікацію середовища та розвиток навичок дитини. Ми поділяємо думку автора, що успіх корекції залежить від активного залучення сім'ї до терапевтичного процесу.

Вікові та тендерні аспекти розладу аналізує С. Смутчак, вказуючи на різницю в проявах РДУГ у хлопчиків та дівчаток. Науковиця зауважує, що у дівчаток часто переважає дефіцит уваги без вираженої гіперактивності, що ускладнює своєчасну діагностику розладу [51, с. 170]. Це призводить до того, що такі діти довгий час залишаються без необхідної підтримки. На наше переконання, увага до прихованих симптомів неухватності є критично важливою для запобігання навчальним труднощам.

Завершуючи огляд, Є. Суковський характеризує РДУГ як системне порушення, що зачіпає не лише когнітивну, а й емоційно-вольову сферу дитини. Він наголошує на важливості нейропсихологічного розуміння симптомів для розробки індивідуальних траєкторій розвитку [53, с. 18]. Такий цілісний погляд на дитину дозволяє бачити за окремими проявами спільний механізм порушення. Вважаємо, що саме клініко-психологічна характеристика етіології та когнітивного профілю є відправною точкою для нашого подальшого дослідження емоційної регуляції.

Власне розуміння сутності розладу дефіциту уваги та гіперактивності ми базуємо на його розгляді як складної дизрегуляторної патології, що охоплює не лише когнітивний контроль, а й афективну сферу особистості. РДУГ нами визначається як порушення темпів дозрівання нейропсихологічних систем, які відповідають за інтеграцію внутрішніх спонукань та зовнішніх вимог середовища. Сутність цього явища полягає у первинній слабкості механізмів емоційного стримування, що призводить до хронічних труднощів у самоусвідомленні та соціальній взаємодії. На нашу думку, саме розмитість меж між когнітивним дефіцитом та емоційною нестабільністю створює унікальний клінічний портрет молодшого школяра.

Аналізуючи особливості психічного стану, В. Годлевська вказує на виражену емоційну лабільність як одну з провідних характеристик дітей із цим розладом. Авторка зазначає, що швидка зміна настрою та підвищена вразливість є наслідком виснаження нервової системи через постійну боротьбу з відволікаючими чинниками [10, с. 75]. Це створює додаткове навантаження на психіку дитини, яка змушена адаптуватися до вимог школи в стані постійної напруги. Вважаємо, що емоційні сплески при РДУГ є не стільки протестом, скільки сигналом про енергетичне виснаження когнітивних ресурсів.

Питання взаємодії батьків із дітьми, що мають подібні порушення, висвітлює Н. Гончаренко, акцентуючи на вторинній травматизації емоційної сфери. Вона стверджує, що постійна критика та негативний зворотний зв'язок від оточення провокують формування стійкої тривожності та агресивних тенденцій у дитини [13, с. 18]. Такий деструктивний стиль взаємодії замикає коло, де порушення поведінки підсилюють конфлікти в сім'ї. На наше переконання, корекція емоційного фону дитини неможлива без гармонізації стосунків у батьківській системі.

Досвід психологічного супроводу в закладах освіти, описаний Т. Ілляшенко, свідчить про глибоку соціальну дезадаптацію гіперактивних дітей через їхню емоційну нестриманість. Науковиця визначає «емоційну вибуховість» як бар'єр, що заважає дитині встановлювати тривалі дружні стосунки з однолітками [20, с. 42]. Відчуження з боку класу стає причиною подальшого зниження мотивації до навчання та соціальної активності. Вважаємо за доцільне впроваджувати групові форми роботи для тренування навичок емпатії та стримування гніву в шкільному колективі.

Досліджуючи особистісну сферу, В. Князєв розкриває специфіку самооцінки та розвитку особистості у молодших школярів з РДУГ. Автор зазначає, що діти часто демонструють або неадекватно завищену самооцінку як захисний механізм, або її різке падіння при зіткненні з невдачами [24, с. 36]. Така нестабільність «образу Я» заважає формуванню стійких вольових

якостей та цілеспрямованості. На нашу думку, стабілізація самооцінки дитини є фундаментом для розвитку її здатності до самокорекції та довільної регуляції.

У своїй дисертації В. Князев пропонує концепцію психологічного супроводу, де центральне місце посідає корекція внутрішніх настанов дитини. Він наголошує на необхідності розвитку рефлексії, яка дозволяє молодшому школяру усвідомлювати зв'язок між своїми емоціями та наслідками вчинків [25, с. 145]. Своєчасна психологічна допомога допомагає дитині вийти з ролі «неслухняного учня» та знайти конструктивні способи самовираження. Ми переконані, що робота над самосвідомістю є більш ефективною, ніж суто поведінкова муштра.

Дослідження емоційного стану, проведене Т. Марковою, підтверджує наявність високого рівня внутрішнього напруження у дітей із симптомами гіперактивності. Науковиця вказує на низьку толерантність до фрустрації, що виявляється у відмові від виконання завдань при найменших труднощах [34, с. 79]. Така емоційна нестійкість часто інтерпретується вчителями як лінощі, хоча насправді є проявом слабкості регуляторних механізмів. Вважаємо, що створення ситуацій успіху для дитини є життєво необхідним для підтримки її емоційної рівноваги.

Проблеми дитини з РДУГ в умовах української школи аналізує І. Марценковська, фокусуючись на соціальному сприйнятті розладу. Вона підкреслює, що емоційна дизрегуляція стає основною причиною конфліктів у шкільному середовищі, оскільки дитині важко дотримуватися соціальних дистанцій [36, с. 18]. Розуміння вчителем того, що емоційні зриви є частиною клінічної картини, дозволяє уникнути каральних санкцій. На наш погляд, навчання педагогів методам емоційної деескалації є критично важливим для інклюзивного простору.

Зв'язок між РДУГ та функціонуванням сім'ї описує А. Анастопулос, вказуючи на високий рівень стресу у батьків таких дітей. Автор стверджує, що емоційна лабільність дитини часто провокує батьківську роздратованість, що

створює замкнене коло негативізму [67, с. 168]. Емоційний клімат у родині безпосередньо впливає на динаміку проявів розладу у молодшого школяра. Ми вважаємо, що психологічна підтримка батьків є невід'ємною частиною лікувально-корекційного плану для дитини.

Дослідження взаємодії в сім'ях, проведене Д. Бурместером, виявило специфіку рольових конфліктів у родинях, де виховуються гіперактивні сини. Науковець зауважує, що батьки часто переходять до авторитарних методів контролю, намагаючись компенсувати некерованість дитини, що лише посилює її опір [72, с. 505]. Відсутність гнучкості у батьківських стратегіях заважає дитині розвивати власні навички самоконтролю. На наше переконання, перехід до демократичного стилю виховання є необхідною умовою для емоційного дозрівання молодшого школяра.

Систематичний огляд довгострокових наслідків РДУГ, представлений В. Харпіном, демонструє прямий зв'язок між розладом та низькою самооцінкою в майбутньому. Автор наголошує на важливості соціальної підтримки для запобігання формуванню депресивних станів у дітей з когнітивним дефіцитом [81, с. 300]. Постійне порівняння себе з успішнішими однолітками стає джерелом хронічного стресу та особистісної дезорганізації. Вважаємо, що акцент на сильних сторонах дитини допомагає знівелювати негативний вплив симптомів на її самосвідомість.

Роль емоційного інтелекту у структурі РДУГ аналізує П. Клоостерман, вказуючи на дефіцит розпізнавання соціальних сигналів у дітей та молоді. Він стверджує, що труднощі в інтерпретації намірів інших людей призводять до неадекватних емоційних реакцій у конфліктних ситуаціях [84, с. 38]. Це підкреслює необхідність тренування навичок соціальної перцепції як складової виконавчого контролю. На нашу думку, розвиток емоційної грамотності є ключем до зниження рівнів імпульсивної агресії.

Концепцію соціальної та емоційної компетентності дітей групи ризику розробляє А. Мартін, виокремлюючи роль особистісної активності. Науковець доводить, що залучення дитини до діяльності, де вона може відчути свою

агентність, суттєво підвищує її стійкість до емоційних зривів [88, с. 130]. Можливість впливати на результат своєї праці позитивно змінює ставлення дитини до самої себе. Вважаємо, що суб'єктний підхід у корекції РДУГ дозволяє дитині відчувати відповідальність за свою поведінку.

Фундаментальні засади вимірювання емоційного інтелекту Дж. Маєра та С. Селовея дозволяють розглядати РДУГ через дефіцит управління емоціями. Автори визначають здатність до емоційної саморегуляції як вищу когнітивну функцію, яка у дітей з РДУГ формується із суттєвою затримкою [89, с. 102]. Це підтверджує нашу думку про те, що емоційні порушення при даному розладі є наслідком когнітивної незрілості, а не характерологічних рис. Ми переконані, що емоційне зростання дитини має супроводжуватися розвитком її когнітивних стратегій.

Е. О'Ніл досліджує вплив опозиційності на дитячо-батьківські взаємодії в ігрових ситуаціях. Вона зазначає, що висока імпульсивність дитини робить її поведінку непередбачуваною, що вимагає від дорослого надмірної концентрації на контролі [93, с. 340]. Такий режим «постійної тривоги» виснажує емоційні ресурси обох сторін, погіршуючи якість спільного часу. Вважаємо, що впровадження технік позитивної взаємодії дозволяє знизити рівень напруги та створити сприятливе середовище для розвитку самосвідомості молодшого школяра.

Отже, клініко-психологічна характеристика РДУГ дозволяє розглядати цей розлад як нейророзвиткове порушення, що базується на генетично детермінованому дефіциті нейромедіаторних систем мозку. Встановлено, що специфіка емоційної сфери при даному розладі виявляється у низькій толерантності до фрустрації та лабільності настрою, що суттєво деформує самосвідомість і самооцінку молодшого школяра. Когнітивні та емоційні компоненти РДУГ перебувають у тісному взаємозв'язку, створюючи цілісну картину системного порушення психічної діяльності.

Висновки до розділу 1

З'ясовано, що самооцінка у дитячому віці є фундаментальним компонентом самосвідомості, який у молодшому шкільному віці трансформується з емоційного прийняття у когнітивно-афективну систему оцінки власних досягнень. Нами запропоновано авторське визначення самооцінки як динамічного системного утворення, що інтегрує образ власних можливостей та емоційне ставлення до себе, виконуючи регулятивну функцію в соціальній взаємодії. Встановлено, що специфіка її формування в цей період визначається переходом від тотальної залежності від оцінок дорослих до автономної рефлексії результатів діяльності, де адекватність самосприйняття стає запорукою успішної адаптації.

Аналіз теоретичних підходів дозволив визначити виконавчі функції як систему когнітивного керування, що в молодшій школі стає провідним механізмом переходу від імпульсивності до свідомої саморегуляції. Виконавчі функції розглядаються як інтегративний «метарегулятор», що об'єднує робочу пам'ять, гальмування та когнітивну гнучкість для подолання домінантних автоматизмів. Особливу увагу приділено віковій динаміці дозрівання префронтальної кори, що робить період 6-10 років сенситивним для закріплення навичок довільності та вольового контролю за участю значущого дорослого.

Здійснено клініко-психологічну характеристику РДУГ як нейророзвиткового розладу, де когнітивний дефіцит уваги поєднується з порушеннями емоційної регуляції. Виявлено, що неспроможність префронтальних структур забезпечити «когнітивну паузу» призводить до того, що емоційні реакції дитини стають непідконтрольними розумовому аналізу. На наше переконання, саме дефіцит виконавчого контролю при РДУГ стає первинним чинником деформації самооцінки: постійний досвід неуспішності

та негативний соціальний зворотний зв'язок формують у дитини нестабільне самосприйняття, що часто компенсується захисними механізмами або

ілюзорним завищенням власних можливостей.

Отже, загальний аналіз теоретико-методологічних засад засвідчив, що самооцінка та виконавчі функції при РДУГ перебувають у тісному системному взаємозв'язку, де когнітивна недостатність безпосередньо впливає на емоційне ставлення дитини до себе. Ми констатуємо, що деформація самосвідомості молодшого школяра з РДУГ є наслідком розриву між соціальними вимогами та нейробіологічною спроможністю дитини їх виконати. Цілісна модель психологічної допомоги повинна базуватися на одночасному розвитку когнітивного контролю та корекції самооцінки, що створює фундамент для нашого подальшого емпіричного дослідження зв'язку цих компонентів.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ САМООЦІНКИ ТА ВИКОНАВЧИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

2.1. Методологічні принципи та гіпотези емпіричного дослідження

Методологічний апарат нашого дослідження вибудований на фундаментальних положеннях сучасної клінічної психології, які розглядають дитячий розвиток як складну динамічну систему взаємопов'язаних функцій. В основу роботи покладено принцип системності, згідно з яким будь-яке відхилення у когнітивній сфері неминує спричиняє трансформації в особистісному та емоційному становленні дитини. Ми виходимо з позиції Р. Барклі, який стверджує, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності не є суто поведінковою проблемою, а виступає наслідком системного порушення саморегуляції суб'єкта [59]. Такий підхід дозволяє нам аналізувати специфіку самооцінки та особистісну непевність молодших школярів не як ізольовані риси, а як наслідок дефіцитарності базових регуляторних механізмів психіки.

Принцип детермінізму в контексті нашої роботи передбачає пошук закономірних зв'язків між нейродинамічними особливостями роботи мозку та вищими формами психічної діяльності. Ми опираємося на концепцію Т. Брауна, яка розглядає виконавчі функції як диригента психіки, що координує роботу уваги, пам'яті та афективної сфери [62]. Відповідно, будь-яка слабкість виконавчої ланки створює передумови для дезорганізації емоційних процесів, що проявляється у нездатності дитини вчасно загальмувати імпульсивну реакцію. Урахування біологічної зумовленості цих процесів дозволяє об'єктивно оцінити труднощі вольового зусилля, з якими стикаються діти із РДУГ під час виконання навчальних завдань.

Важливим орієнтиром дослідження виступає принцип розвитку, який вимагає аналізу психічних явищ у їхньому становленні та з урахуванням

особливостей молодшого шкільного віку. Н. Атаманчук наголошує, що цей віковий період є критичним для формування довільності, оскільки саме зараз відбувається інтенсивне дозрівання фронтальних відділів кори великих півкуль [2]. Ми враховуємо, що в нормі молодший школяр уже має володіти базовими навичками самоконтролю, проте при РДУГ спостерігається специфічна затримка темпів розвитку цих функцій. Це зумовлює необхідність порівняльного аналізу клінічної групи та групи, чий розвиток відповідає соціально-психологічному нормативу, для виявлення глибини та характеру наявних відхилень у когнітивному профілі дітей.

Методологія дослідження також базується на суб'єктно-діяльнісному підході, де емоційна регуляція розглядається як невід'ємний компонент свідомої активності людини. О. Чебикін вказує на те, що емоції виконують енергетичну та регуляторну функції, безпосередньо впливаючи на результативність пізнавальної діяльності [54]. У дітей з РДУГ через виконавчу дисфункцію спостерігається «викривлення» цього регуляторного циклу, коли сильні афекти стають некерованими та заважають реалізації цілеспрямованої поведінки. Такий підхід дозволяє нам дослідити, як саме труднощі у когнітивному гальмуванні спотворюють сприйняття власних успіхів, стаючи перешкодою для формування адекватної самооцінки та соціальної адаптації школяра.

Принцип єдності свідомості та діяльності в нашому дослідженні реалізується через вивчення того, як внутрішні дефіцити самоконтролю трансформуються у зовнішні форми дезадаптивної поведінки. Л. Білоус та І. Мельничук підкреслюють, що особливості прояву гіперактивності суттєво залежать від складності завдання та вимог середовища до вольової сфери дитини [3]. Ми розглядаємо емоційні зриви та імпульсивність не як ознаку невихованості, а як прояв виснаження регуляторних ресурсів у ситуаціях, що вимагають високої концентрації. Розуміння цієї єдності допомагає нам виокремити ключові мішені для майбутньої корекційної роботи, спрямованої на компенсацію виконавчих недоліків.

Окреме місце в методологічній структурі посідає принцип цілісності особистості, який вимагає розглядати когнітивні порушення у тісному зв'язку з образом «Я» дитини. В. Князєв зазначає, що постійні невдачі в регуляції поведінки та негативні відгуки дорослих формують у дітей з РДУГ специфічні особистісні риси, такі як занижена або компенсаторно завищена самооцінка [20]. Це змушує нас досліджувати не лише швидкість нейродинамічних процесів, а й те, як ці процеси впливають на рівень тривожності та впевненості дитини у собі. Отже, методологічна основа роботи включає аналіз особистісного змісту тих труднощів, які виникають у молодших школярів через дефіцит вольового контролю.

Принцип гуманізму та етичності в клініко-психологічному дослідженні передбачає глибоку повагу до особистості дитини та створення максимально сприятливих умов для її самовираження. В. Войтко акцентує увагу на тому, що діагностичний процес має бути не лише інструментом збору даних, а й початком психологічної підтримки учня [6]. Ми забезпечуємо атмосферу прийняття, щоб мінімізувати вплив стресового фактору на результати дослідження, що є критично важливим для дітей із підвищеною емоційною вразливістю. Такий підхід гарантує достовірність отриманої інформації та запобігає додатковій травматизації дітей, які мають досвід частих зауважень та критичних оцінок.

Важливим компонентом методології є принцип комплексності, який передбачає залучення даних із різних сфер життєдіяльності дитини для створення цілісної картини її розвитку. Згідно з поглядами С. Грищенко, вивчення РДУГ потребує врахування як медико-біологічних показників, так і соціально-психологічних умов виховання [10]. Хоча наше дослідження фокусується на кореляції конкретних функцій, ми постійно тримаємо в полі зору загальний стан здоров'я та особливості нейродинаміки досліджуваних. Комплексний погляд дозволяє уникнути однобічності в інтерпретації результатів та забезпечує високу наукову валідність зроблених нами емпіричних висновків.

Принцип об'єктивності в нашій роботі реалізується через використання стандартизованих процедур та методів математико-статистичної обробки даних. О. Маляр та Л. Новик зазначають, що лише кількісне підтвердження зв'язків між психічними явищами дозволяє робити науково обґрунтовані висновки про рівні розвитку саморегуляції [29]. Ми плануємо використовувати критерії значущості для порівняння показників двох груп дітей та кореляційний аналіз для перевірки головних гіпотез роботи. Це дасть змогу чітко зафіксувати, наскільки дефіцит виконавчих функцій дійсно визначає якість емоційної саморегуляції у молодших школярів із клінічним діагнозом.

Теоретичний аналіз зазначених принципів дозволив нам сформулювати концептуальну гіпотезу нашого дослідження. Ми виходимо з припущення, що дефіцит виконавчих функцій у дітей молодшого шкільного віку з РДУГ виступає базовим клініко-психологічним чинником деформації їхньої самооцінки. Така фундаментальна недостатність когнітивних механізмів неминуче призводить до суттєвих труднощів у вольовому контролі афективних станів, роблячи поведінку дитини реактивною та залежною від ситуативних імпульсів. Таким чином, виконавча дисфункція розглядається нами як первинна ланка в ланцюгу подальшої емоційної та соціальної дезадаптації школяра.

Перша емпірична гіпотеза спрямована на виявлення специфічних відмінностей між групами дітей, що брали участь у дослідженні. Ми очікуємо, що в ході емпіричного вивчення буде виявлено статистично значущу різницю в показниках когнітивного гальмування, стійкості уваги та параметрах нейродинаміки між дітьми з РДУГ та їхніми нормотиповими однолітками. Очікується, що діти клінічної групи продемонструють нижчу продуктивність у завданнях, що вимагають тривалого зосередження та стримування первинної реакції. Підтвердження цієї гіпотези дозволить верифікувати діагностичну значущість обраних когнітивних маркерів для характеристики стану виконавчої сфери при даному розладі.

Друга емпірична гіпотеза стосується виявлення структурних зв'язків між досліджуваними психічними явищами в межах основної групи. Ми передбачаємо існування прямого кореляційного зв'язку між рівнем виконавчої дисфункції (низьким гальмуванням, слабкою робочою пам'яттю) та порушеннями самооцінки (її нестабільністю або неадекватністю). До останніх ми відносимо імпульсивність, підвищений рівень тривожності та тенденцію до формування неадекватної (завищеної або заниженої) самооцінки. Виявлення таких кореляцій стане доказом того, що емоційні труднощі дітей з РДУГ мають під собою чітке когнітивне підґрунтя, пов'язане з роботою функцій саморегуляції.

Для перевірки висунутих гіпотез нами була розроблена програма дослідження, яка охоплює порівняльний та кореляційний етапи аналізу. Ми спираємося на досвід І. Сухіної, яка підкреслює важливість детальної фіксації кожного випадку порушення уваги для розуміння загальної картини розладу [47]. Кожен отриманий показник буде розглядатися як частина індивідуального профілю дитини, що дозволить глибше зрозуміти механізми взаємодії когнітивних дефіцитів та емоційних реакцій. Такий підхід забезпечує не лише статистичну достовірність результатів, а й їхню високу клінічну інформативність для подальшої практичної діяльності.

Варто також зазначити, що методологія роботи враховує контекст інклюзивного освітнього середовища, в якому перебуває більшість сучасних дітей з РДУГ. О. Ферт наголошує, що успішність педагогічної підтримки таких учнів прямо залежить від точності виявлення провідного типу виконавчої дисфункції [50]. Ми розглядаємо наше дослідження як засіб наближення до створення персоналізованих рекомендацій для вчителів та батьків. Це надає роботі прикладного спрямування, орієнтуючи науковий пошук на вирішення актуальних завдань інтеграції дітей з особливими потребами в загальноосвітній простір.

Завершальним етапом методологічної підготовки стало обґрунтування вибору репрезентативної вибірки та етапів проведення процедур. Ми

дотримуємося принципу репрезентативності, що забезпечується залученням 60 дітей, розподілених на збалансовані групи за віком та діагнозом. Як зазначає Л. Журавльова, для вивчення емоційного інтелекту та саморегуляції важливо мати чітку базу порівняння, яка дозволяє відсіяти випадкові фактори впливу [15]. Чітка логіка організації емпіричного етапу є запорукою того, що отримані дані стануть надійним фундаментом для підтвердження концептуальної моделі зв'язку функцій та емоцій.

У підсумку, методологічні засади нашого дослідження орієнтовані на отримання цілісного уявлення про клініко-психологічний портрет молодшого школяра із РДУГ. Ми прагнемо не лише констатувати наявні порушення, а й зрозуміти їхню внутрішню логіку, спираючись на сучасні наукові джерела та принципи. Г. Мозгова вказує на те, що розуміння механізмів РДУГ є ключем до вибору адекватних методів психокорекційної допомоги [38]. Саме на це спрямована наша дослідницька стратегія, що об'єднує теоретичну глибину з чітким математичним апаратом перевірки гіпотез.

Отже, визначені методологічні принципи та сформульовані гіпотези закладають теоретичний та інструментальний фундамент для проведення нашого емпіричного дослідження. Концептуальна гіпотеза акцентує увагу на первинності виконавчого дефіциту в структурі емоційної дезадаптації при РДУГ, а емпіричні гіпотези визначають конкретні напрями порівняльного та зв'язкового аналізу. Обраний підхід дозволяє забезпечити високу якість наукового пошуку, що ґрунтується на принципах системності, детермінізму та гуманізму. Всі подальші етапи роботи будуть спрямовані на те, щоб через аналіз реальних показників дітей підтвердити або уточнити висунуті припущення.

2.2. Характеристика вибірки та етапи емпіричного дослідження

Організація емпіричного етапу нашої роботи передбачала чітке структурування процесу збору даних та формування репрезентативної групи учасників, що є критично важливим для клініко-психологічного дослідження.

Емпірична база була сформована на основі співпраці із закладами загальної середньої освіти Ліцей «Академія» та інклюзивно-ресурсними центрами міста Києва Центром нейропсихології «Brain Up», що забезпечило доступ до цільової аудиторії. Вибір установ зумовлений потребою залучення дітей, які перебувають у природному для них навчальному середовищі, але при цьому мають відповідний психолого-педагогічний супровід. Такий підхід дозволив забезпечити високий рівень достовірності отриманих результатів завдяки стабільності умов проведення діагностичних процедур для всіх учасників.

Загальна вибірка нашого дослідження була сформована за методом цільового відбору та охопила 60 дітей молодшого шкільного віку, що відповідає завданням магістерської роботи. Віковий діапазон учасників становив від 7 до 10 років, що є періодом активного становлення регуляторних механізмів психіки та адаптації до вимог шкільного навчання. Саме в цьому віці завершується перехід від ігрової до навчальної діяльності, що висуває підвищені вимоги до виконавчих функцій дитини. Урахування цього вікового цензу дозволило нам вивчати процес кристалізації самооцінки в момент її найінтенсивнішої трансформації під впливом когнітивних чинників та навчальних досягнень.

Для забезпечення можливості порівняльного аналізу та верифікації гіпотез вся вибірка була розподілена на дві рівні групи за кількісними та віковими показниками. Досліджувану групу (ДГ) склали 30 дітей (18 хлопців і 12 дівчат), які мають офіційно підтверджений діагноз «Розлад дефіциту уваги та гіперактивності», встановлений клінічними фахівцями (психіатрами або неврологами). Наявність офіційного медичного висновку була обов'язковим критерієм включення до ДГ, що гарантувало однорідність вибірки за клінічним параметром. Порівняльна група (ПГ) також налічувала 30 нормотипових дітей (13 дівчат і 17 хлопців), які не мали порушень психофізичного розвитку або зафіксованих психіатричних діагнозів у анамнезі.

Формування порівняльної групи відбувалося з дотриманням принципу

еквівалентності, що передбачало максимальну відповідність учасників ПГ та ДГ за статтю та віком. Це дозволило мінімізувати вплив побічних змінних, таких як темпи природного дозрівання нервової системи, на кінцеві результати статистичного аналізу. Нормотипові діти відбиралися серед учнів тих самих навчальних закладів, що забезпечило спільний соціальний та освітній контекст для обох груп. Такий методичний прийом є стандартним для клінічних досліджень, де необхідно виокремити специфічні особливості певної нозології на фоні нормативного розвитку.

Процес емпіричного дослідження був організований у кілька послідовних етапів, кожен з яких мав свою специфічну мету та часові межі. На першому, підготовчому етапі проводився аналіз медичної та педагогічної документації, що дозволило уточнити діагностичний статус кожного потенційного учасника. Окрему увагу ми приділяли отриманню інформованої згоди від батьків або законних представників дітей на участь у діагностичних процедурах. Етична коректність та дотримання конфіденційності є першочерговими завданнями при роботі з дітьми, що мають особливі освітні потреби.

Другий етап дослідження був присвячений безпосередньому встановленню контакту з дітьми та проведенню первинного спостереження за їхньою поведінкою в умовах школи. Ми прагнули створити довірливу атмосферу, щоб знизити рівень тривожності, який часто спостерігається у дітей із РДУГ у ситуаціях експертної оцінки. Спостереження проводилося під час перерв та уроків, що дозволило зафіксувати реакції дітей на власні помилки та рівень їхньої впевненості при виконанні завдань, а також прояви імпульсивності. Якісна характеристика поведінки дитини є необхідним доповненням до будь-яких тестових показників, оскільки розкриває динаміку її станів.

Третій етап охоплював основний блок діагностичної роботи, під час якого проводилося індивідуальне обстеження кожної дитини за визначеним переліком методик. Діагностичні сесії тривали не більше 30-40 хвилин, щоб

уникнути надмірного виснаження учасників та забезпечити об'єктивність результатів. Для дітей із ДГ час проведення сесій підбирався індивідуально, зазвичай у першій половині дня, коли когнітивні ресурси саморегуляції є максимально збереженими. Таке планування дозволило нам зафіксувати реальний потенціал виконавчих функцій дітей, не обтяжений фактором накопиченої протягом дня втоми.

Під час четвертого етапу відбувалася первинна обробка отриманих протоколів та переведення якісних результатів у кількісні показники за кожною шкалою. Ми приділяли особливу увагу ретельності підрахунків, оскільки навіть незначні помилки у часі виконання завдань могли суттєво вплинути на кореляційний аналіз. Результати кожної дитини були систематизовані у зведені таблиці, що дозволило побачити загальну тенденцію розподілу ознак усередині груп. На цьому етапі проводився також якісний аналіз продуктів діяльності дітей, зокрема їхніх малюнків, що надало додаткову інформацію про афективну сферу.

П'ятий етап дослідження був присвячений математико-статистичній обробці даних із використанням сучасного програмного забезпечення для аналізу соціальних наук. Ми застосовували методи порівняльної статистики для перевірки значущості розбіжностей між ДГ та ПГ, що дозволило підтвердити або спростувати нашу першу емпіричну гіпотезу. Використання критерію Стюдента або Манна-Вітні (залежно від типу розподілу) забезпечило наукову строгість отриманих висновків. Математичне підтвердження клінічних спостережень є обов'язковою умовою для сучасної педіатричної психології.

Шостий етап включав проведення кореляційного аналізу за Спірменом для виявлення взаємозв'язків між когнітивними та емоційними показниками. Ми шукали підтвердження того, що дефіцит гальмування та стійкості уваги прямо пов'язаний із рівнем та адекватністю самооцінки дитини. Це був ключовий момент для перевірки нашої концептуальної гіпотези про виконавчу дисфункцію як базовий чинник порушень особистісного

самосприйняття. Результати аналізу дозволили нам виокремити найбільш значущі фактори, що визначають структуру дезадаптації молодших школярів із синдромом гіперактивності.

На сьомому етапі здійснювалася інтерпретація отриманих результатів та їх зіставлення із наявними в науковій літературі теоретичними моделями. Ми аналізували, наскільки наші дані узгоджуються з висновками таких дослідників, як Р. Барклі та Т. Браун, щодо природи виконавчого дефіциту [59; 62]. На цьому етапі було важливо не лише констатувати цифри, а й розкрити психологічний зміст виявлених закономірностей для кожної групи. Це дозволило нам сформулювати цілісний погляд на проблему емоційної регуляції як похідної від когнітивної гнучкості та вольового контролю.

Восьмий етап передбачав узагальнення результатів дослідження та формулювання висновків до розділу, а також розробку практичних рекомендацій на основі виявлених дефіцитів. Ми орієнтувалися на те, щоб отримані дані мали безпосередню цінність для інклюзивно-ресурсних центрів, де діти проходять корекцію. Індивідуальний підхід до корекції поведінки має базуватися на глибокому розумінні специфіки розладу дефіциту уваги. Тому ми приділили значну увагу тому, щоб кожен виявлений недолік виконавчої сфери був пов'язаний із конкретною стратегією підтримки.

Особливістю нашої вибірки стала її територіальна локалізація в місті Києві, що зумовлює певний соціальний контекст виховання дітей у столичному мегаполісі. Діти із ДГ перебували під наглядом фахівців київських інклюзивних центрів, що свідчить про високий рівень діагностичної точності та залученості сімей у процес супроводу. Водночас, діти з ПГ демонстрували середньостатистичні показники успішності, що робить їх адекватною групою порівняння. Це дозволяє нам екстраполювати отримані результати на більш широку популяцію молодших школярів із аналогічними клінічними характеристиками.

Критеріями виключення з дослідження були наявність супутніх тяжких

неврологічних захворювань, інтелектуальної недостатності або виражених сенсорних порушень. Це було зроблено для того, щоб виокремити вплив саме РДУГ на емоційну регуляцію, не змішуючи його з іншими патологічними факторами. Наявність коморбідних станів могла б суттєво викривити результати Тесту Струпа або Таблиць Шульте, зробивши їх нерелевантними до нашої гіпотези. Дотримання чистоти вибірки за цими показниками забезпечило внутрішню валідність нашого емпіричного проекту.

Важливо відзначити, що розподіл дітей за статтю у вибірці відображав загальну статистику поширеності РДУГ, де хлопчики зустрічаються частіше за дівчаток. Проте для дотримання наукової коректності ми прагнули зберегти пропорційність у обох групах, щоб гендерний фактор не став домінуючим у поясненні відмінностей. С. Смутчак зазначає, що хоча РДУГ має тендерні особливості, базові виконавчі дисфункції проявляються схожим чином у представників обох статей [45]. Такий підхід дозволив нам зосередитися на загальних механізмах когнітивно-емоційного зв'язку, характерних для молодшого шкільного віку.

У процесі роботи ми постійно проводили моніторинг стану дітей під час тестування, враховуючи їхню нейродинамічну втомлюваність. Для учнів із ДГ, які демонстрували швидке виснаження, процедура передбачала короткі перерви з можливістю змінити позу або виконати легкі вправи для розслаблення. Це відповідало принципу індивідуалізації та дозволяло підтримувати мотивацію дитини до співпраці протягом усього часу обстеження. Дотримання цих дрібних, але важливих організаційних деталей стало запорукою отримання якісних протоколів, придатних для подальшого глибокого аналізу.

Проведена підготовча робота та дотримання етапності дослідження забезпечили створення надійної емпіричної бази для перевірки теоретичних припущень. Ми переконалися, що обрана кількість учасників та метод формування груп дозволяють застосовувати потужні статистичні критерії для верифікації гіпотез. Чіткий опис характеристик вибірки та процедур

діагностики створює умови для відтворюваності результатів, що є ознакою якісного наукового дослідження. Таким чином, організаційний етап роботи став логічним містком між теоретичним обґрунтуванням проблеми та аналізом конкретних психологічних показників.

Отже, характеристика вибірки та етапність емпіричного дослідження відображають комплексний підхід до вивчення зв'язку виконавчих функцій та самооцінки як центрального компонента самосвідомості дитини з РДУГ. Залучення 60 дітей (30 з РДУГ та 30 нормотипових) забезпечує достатню статистичну потужність для виявлення значущих відмінностей та кореляцій. Чітка послідовність етапів - від підбору бази до математичної обробки - гарантує об'єктивність та валідність отриманих результатів. Такий дизайн дослідження дозволяє повною мірою реалізувати поставлені завдання та отримати достовірні дані про клініко-психологічні особливості молодших школярів.

2.3. Обґрунтування діагностичного інструментарію

Для перевірки висунутих гіпотез та реалізації мети дослідження нами був сформований комплекс діагностичних методів, що дозволяють системно оцінити стан виконавчих функцій та особливості самооцінки як центрального особистісного конструкту молодших школярів. Вибір інструментарію базувався на критеріях валідності, надійності та відповідності віковим особливостям дітей 7-10 років, зокрема тих, хто має прояви РДУГ. Оскільки концептуальна гіпотеза передбачає зв'язок між когнітивним дефіцитом та емоційною регуляцією, методики підібрані таким чином, щоб охопити як нейродинамічні параметри уваги, так і глибинні особистісні переживання. Усі обрані тести є апробованими в сучасній клінічній психології та дозволяють отримати кількісні та якісні показники для подальшої статистичної обробки.

Для вивчення самосвідомості та емоційного ставлення дитини до себе ми обрали методику «Сходінки» В. Щура. Дитині демонструють малюнок сходів із сімома сходишками та пояснюють, що на верхніх сходишках

розташовані «найкращі» діти, на нижніх - «найгірші», а на середній - «не погані і не хороші». Завдання дитини - позначити своє місце на цих сходах («Я насправді») та місце, де б вона хотіла опинитися («Я ідеальний»). Окремо з'ясовується думка дитини про те, на яку сходинку її поставила б мама або вчитель, що дозволяє оцінити соціальний контекст формування самооцінки [35].

Методика оцінюється за 7-бальною шкалою, де вибір найвищої сходинки без роздумів часто трактується як неадекватно завищена самооцінка, а вибір нижніх сходинок - як занижена. Ми звертаємо увагу не лише на обрану цифру, а й на якісну аргументацію дитини: чи може вона пояснити свій вибір реальними досягненнями, чи посилається на зовнішні причини. У дітей із РДУГ самооцінка часто має специфічний характер - вона може бути компенсаторно завищеною через захисні механізми психіки або різко заниженою через постійні зауваження дорослих. Аналіз розриву між реальною та ідеальною самооцінкою дає нам уявлення про рівень внутрішньої конфліктності та незадоволеності собою.

Методика «Сходинки» є ключовою для перевірки другої емпіричної гіпотези, оскільки дозволяє безпосередньо виміряти параметри самооцінки та її адекватність. Ми припускаємо, що дитина, яка постійно стикається із неможливістю вчасно загальмувати імпульсивні дії, відчуває психологічний тиск, що трансформується у викривлене сприйняття власної особистості. Порівняння самооцінки в ДГ та ПГ допоможе з'ясувати, наскільки наявність РДУГ деформує «образ Я» молодшого школяра. Простота процедури та ігрова форма роблять цей інструмент ідеальним для роботи з дітьми, які мають труднощі з тривалим усним інтерв'юванням [35].

Ще одним елементом нашого інструментарію є Тест Струпа, який вважається «золотим стандартом» для оцінки когнітивного гальмування та гнучкості мислення. Процедура тесту складається з трьох етапів: читання назв кольорів, надрукованих чорним (W), названня кольору плям (C) та найскладнішого етапу - називання кольору шрифту слова, коли воно не

збігається з його значенням (CW). Останній етап створює ефект інтерференції, коли автоматична навичка читання заважає виконанню завдання з названня кольору. Дитина повинна докласти значних вольових зусиль, щоб загальмувати звичну реакцію та переключитися на нове завдання [48].

Показники Тесту Струпа включають час виконання кожного етапу та так званий «ефект Струпа» — різницю між часом виконання завдань CW та C. Чим більша ця різниця, тим вищим є рівень когнітивної ригідності та слабшою здатність до гальмування автоматичних імпульсів. У дітей із РДУГ показник інтерференції зазвичай значно вищий, ніж у нормотипових однолітків, що є прямим доказом виконавчої дисфункції. Також ми фіксуємо кількість помилок, які дитина робить під впливом інтерференції, що відображає труднощі в управлінні когнітивними конфліктами.

Даний тест є критично важливим для підтвердження концептуальної гіпотези про те, що саме дефіцит гальмування є чинником порушення адекватного самосприйняття. Ми порівнюємо рівень когнітивної гнучкості за Тестом Струпа з показниками самооцінки, щоб встановити, як труднощі контролю впливають на впевненість дитини у собі. Це дозволяє встановити статистично значущі зв'язки між нейропсихологічними параметрами та поведінковими характеристиками молодших школярів. Таким чином, Тест Струпа завершує діагностичну модель нашого дослідження, надаючи точні кількісні дані про стан вольового контролю [48].

Наступною в нашому діагностичному комплексі виступає методика «Таблиці Шульте», яка є класичним інструментом для вивчення нейродинаміки та параметрів уваги. Кожна таблиця являє собою квадратний бланк розміром 5×5 клітинок, у яких у випадковому порядку розміщені числа від 1 до 25. Основне завдання дитини полягає у тому, щоб якнайшвидше знайти та назвати всі числа в порядку зростання, намагаючись охопити поглядом усе поле таблиці. Для отримання достовірних даних зазвичай використовується серія з п'яти таблиць, що дозволяє відстежити динаміку

працездатності та швидкість виснаження психічних ресурсів дитини під час виконання монотонного завдання [36].

Використання цієї методики дозволяє нам отримати результати за кількома важливими шкалами: ефективність роботи, ступінь включення в завдання та психічна стійкість. Аналіз часу виконання кожної з п'яти таблиць дає можливість побудувати «криву втомлюваності», яка є вкрай інформативною для характеристики нейродинамічних процесів у дітей із РДУГ. Повільне включення в роботу або різке зростання часу виконання на останніх таблицях свідчить про слабкість регуляторних механізмів та низьку толерантність до інтелектуальних навантажень. Психічна стійкість, що визначається за цією методикою, безпосередньо корелює зі здатністю дитини до тривалої вольової концентрації в умовах шкільного навчання.

Для нашого дослідження «Таблиці Шульте» є незамінними, оскільки вони виявляють дефіцит стійкості уваги, що виступає одним із базових компонентів виконавчої дисфункції. Отримані кількісні дані дозволяють порівняти швидкість зорового пошуку та темп психічної діяльності в досліджуваних та порівняльній групах. Окрім швидкості, ми звертаємо увагу на кількість помилок та пропусків чисел, що вказує на імпульсивність та недостатність гальмівного контролю. Таким чином, методика забезпечує об'єктивну базу для перевірки першої емпіричної гіпотези щодо різниці в показниках нейродинаміки між нормотиповими дітьми та дітьми з РДУГ [36].

Наступним інструментом оцінки когнітивної сфери є методика «Дослідження концентрації уваги» П'єрона-Рузера, яка спрямована на вивчення здатності до тривалого зосередження. Дитині пропонується бланк із зображенням чотирьох типів геометричних фігур: квадрата, трикутника, кола та ромба, розташованих у випадковому порядку. Інструкція вимагає за сигналом «Починаємо!» розставляти в ці фігури відповідні знаки (плюс, мінус, крапку або залишати порожнім) згідно зі зразком. Час на виконання завдання суворо обмежений однією хвилиною, що створює ситуацію інтенсивного напруження когнітивного контролю та вимагає від дитини

швидкої актуалізації правил [34].

Рівень концентрації уваги за цією методикою визначається кількістю опрацьованих фігур за одну хвилину з урахуванням допущених помилок та виправлень. Результати ранжуються за п'ятибальною шкалою: від дуже високого рівня (100 фігур) до дуже низького (64 і менше). Для молодших школярів із РДУГ виконання цього тесту часто супроводжується «зісковзуванням» з інструкції або пропусками фігур, що відображає дефіцит довільної уваги. Такий інструмент дозволяє нам зафіксувати здатність дитини утримувати алгоритм діяльності та контролювати свої дії в умовах дефіциту часу.

Важливість методики П'єрона-Рузера в нашому дослідженні полягає у можливості виявити стабільність уваги під час виконання дрібних моторних операцій. Оскільки виконавчі функції включають здатність до моніторингу власної діяльності, кількість помилок у цьому тесті стає маркером слабкості самоконтролю. Ми зіставляємо ці результати з рівнем домагань та самооцінкою дитини, щоб перевірити, чи впливає низька концентрація на формування почуття власної неспроможності. Використання цього тесту забезпечує високу надійність даних завдяки чіткій системі оцінювання та можливості порівняння результатів із нормативними таблицями [34].

З метою виявлення прихованих емоційних станів та ознак дезадаптації ми використовуємо проєктивну методику «Дім - Дерево - Людина» Дж. Бака. Дитині пропонується намалювати на окремих аркушах ці три об'єкти, використовуючи простий олівець, що дозволяє аналізувати силу натиску та характер ліній. Малюнок «Дому» символізує ставлення до домашнього затишку та сім'ї, «Дерево» відображає життєву енергію та розвиток, а «Людина» - безпосереднє самосприйняття та соціальні контакти. Проєктивний характер методики дозволяє обійти свідомі фільтри та виявити ті переживання, які дитині важко вербалізувати [33].

Інтерпретація проводиться за допомогою аналізу симптомокомплексів, таких як тривожність, незахищеність, ворожість, конфліктність та почуття

неповноцінності. Наприклад, наявність великої кількості штриховки або дрібний розмір фігур може свідчити про високий рівень тривоги, тоді як сильний натиск та гострі кути - про приховану агресивність. Для дітей із РДУГ характерними є ознаки імпульсивності в малюнках: незавершеність ліній, вихід за межі аркуша або хаотичність композиції. Такий якісний аналіз дозволяє нам поглибити розуміння емоційної регуляції, розглядаючи її не лише як вольовий акт, а й як глибоке внутрішнє почуття безпеки.

У нашому дослідженні методика Дж. Бака виступає інструментом для глибинного аналізу самосприйняття та образу «Я», що доповнює результати методики «Сходінки». Ми аналізуємо, як виконавчі дисфункції (через показники малюнка) співвідносяться з внутрішньою напруженістю та труднощами у спілкуванні. Отримані результати дають змогу побачити цілісну картину особистості дитини, виходячи за межі суто когнітивних тестів. Дана методика є надійним засобом клінічної діагностики, оскільки вона надає багатий матеріал для якісної інтерпретації афективної сфери в динаміці [33].

Отже, нами було обґрунтовано методологічні засади та процедуру емпіричного дослідження зв'язку виконавчих функцій з емоційною регуляцією у дітей із РДУГ. Сформований комплекс методик (Тест Струпа, «Сходінки», Таблиці Шульте, тест П'єрона-Рузера та «Дім-Дерево-Людина») забезпечує всебічне охоплення досліджуваних змінних та дозволяє перевірити висунуті гіпотези. Організація дослідження з використанням порівняльної та досліджуваної груп (по 30 дітей у кожній) створює надійну базу для отримання достовірних наукових висновків.

Висновки до розділу 2

Методологічний апарат дослідження побудований на принципах системності, розвитку та єдності свідомості й діяльності, що дозволяє розглядати РДУГ як комплексне порушення саморегуляції. Сформульована

концептуальна гіпотеза визначає дефіцит виконавчих функцій ключовим чинником порушень самооцінки та труднощів формування адекватного образу «Я» у молодшому шкільному віці. Емпіричні припущення спрямовані на виявлення статистично значущих розбіжностей у когнітивних показниках між групами та встановлення кореляційних зв'язків між функціями гальмування й афективними станами. Такий підхід забезпечує логічну послідовність наукового пошуку та чітку спрямованість на перевірку клініко-психологічних закономірностей.

Емпірична база дослідження охоплює 60 дітей віком 7-10 років, залучених на базі освітніх закладів та інклюзивно-ресурсних центрів міста Києва. Вибірка розділена на дві еквівалентні групи по 30 осіб: досліджувану групу з підтвердженим діагнозом РДУГ та порівняльну групу нормотипових однолітків. Організація роботи включала підготовчий, діагностичний та аналітичний етапи, що забезпечило системний збір даних у природних для школярів умовах. Дотримання принципів репрезентативності та етичних норм гарантує високу валідність отриманих результатів і можливість їх подальшої статистичної обробки.

Діагностичний комплекс містить валідні методики, спрямовані на оцінку нейродинаміки, уваги, когнітивного гальмування та особистісної сфери досліджуваних. Методики «Таблиці Шульте», тест П'єрона-Рузера та Тест Струпа дозволяють кількісно виміряти параметри виконавчих функцій і стійкість до когнітивної інтерференції. Оцінка особистісної складової реалізується через дослідження рівня та адекватності самооцінки («Сходишки») та проєктивну методику «Дім-Дерево-Людина», які розкривають внутрішні механізми самосприйняття. Поєднання інструментальних і проєктивних методів створює цілісну діагностичну модель для глибокого аналізу зв'язку між когнітивними дефіцитами та емоційними реакціями.

Отже, методичне забезпечення розділу дозволяє повною мірою реалізувати програму емпіричного вивчення поставленої наукової проблеми.

Обрана стратегія дослідження забезпечує об'єктивність порівняння показників норми та клінічної групи за рахунок використання точних математико-статистичних критеріїв. Взаємодоповнюваність методик дає змогу верифікувати гіпотези про визначальну роль виконавчої дисфункції у деформації самооцінки дітей з РДУГ. Отримані методичні результати стають надійним фундаментом для викладення результатів аналізу та розробки практичних рекомендацій у наступному розділі.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ САМООЦІНКИ З ВИКОНАВЧОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕАКТИВНОСТІ

3.1. Первинна обробка отриманих даних

Третій розділ нашого дослідження присвячений кількісному та якісному аналізу даних, отриманих під час діагностики двох груп молодших школярів — з РДУГ та з нормотиповим психічним розвитком. Процес інтерпретації результатів спрямований на виявлення специфічних особливостей когнітивної та емоційної сфер у дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності порівняно з їхніми нормотиповими однолітками. У межах даного підрозділу ми послідовно розглядаємо показники за кожним діагностичним інструментом, що дозволяє реконструювати цілісний клініко-психологічний портрет досліджуваних груп. Особлива увага приділяється статистичним параметрам, які виступають об'єктивним підґрунтям для вивчення кореляційних зв'язків між виконавчою дисфункцією та деформаціями самооцінки молодших школярів.

Переходячи до аналізу особистісного компонента нашого дослідження, ми звернулися до результатів методики «Сходінки» В. Щура, яка дозволяє виявити особливості самооцінки та рівень притязань молодших школярів. Дана методика є центральною у нашому дослідженні, оскільки вона демонструє, як дитина сприймає власну успішність на фоні наявних когнітивних труднощів. У дітей із РДУГ формування «образу Я» часто відбувається в умовах постійного зовнішнього контролю та критичних зауважень, що безпосередньо впливає на емоційну стабільність.

Отримані дані дозволили якісно та кількісно диференціювати рівні самооцінки в обох групах, що представлено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Показники рівнів самооцінки за методикою «Сходинки» В. Щура, n=60

Тип самооцінки (рівні)	Досліджувана група (ДГ, n=30) '	Порівняльна група (ПГ, n=30)
	Кількість осіб (абс. / %)	Кількість осіб (абс. / %)
Неадекватно завищена (7 бал)	11 / 36,7%	3 / 10,0%
Завищена (6 бал)	6 / 20,0%	7 / 23,3%
Адекватна (4-5 бал)	5 / 16,7%	18 / 60,0%
Занижена (1-3 бал)	8 / 26,6%	2 / 6,7%
Середній бал (M ± SD)	5,12 ± 1,84	4,86 ± 0,92

Аналіз результатів досліджуваної групи (ДГ) (табл. 3.1) демонструє виражену полярність самооцінки, де значна частина дітей (36,7%) виявила неадекватно завищений рівень. Такі діти, не роздумуючи, ставили себе на найвищу сходинку, стверджуючи, що вони є «найкращими» в усьому, проте не могли аргументувати це конкретними досягненнями. Така позиція часто виступає психологічним захистом від усвідомлення недостатності власних виконавчих ресурсів, що веде до формування ілюзорно позитивного «образу Я» як компенсації за постійні когнітивні невдачі. Високе стандартне відхилення у ДГ ($SD = 1,84$) підкреслює неоднорідність групи: поряд із тими, хто демонструє самовпевненість, присутні діти з глибоким внутрішнім відчуттям власної «неправильності».

Неадекватно завищена самооцінка у дітей з РДУГ супроводжувалася переконанням, що батьки також оцінюють їх максимально високими балами, попри реальні конфліктні ситуації в сім'ї. Під час бесіди такі діти уникали обговорення своїх промахів, транслуючи ідеалізований образ, що свідчить про слабкість механізмів рефлексії та критичності до себе. У порівняльній групі (ПГ) неадекватно завищений рівень зустрічався лише у 10% випадків, що для віку 7-8 років може вважатися залишком дошкільного егоцентризму. Така значна різниця між групами підкреслює, що виконавча дисфункція заважає дітям з РДУГ об'єктивно порівнювати свої дії з вимогами середовища, ведучи до формування захисних емоційних бар'єрів.

Адекватна самооцінка (4-5 балів) була зафіксована лише у 16,7% дітей

із ДГ, тоді як у порівняльній групі цей показник є домінуючим і складає 60,0%. Нормотипові діти ставили себе на 2-у або 3-ю сходинку зверху, спокійно пояснюючи: «Я хороший, але іноді можу відволіктися» або «Я добре малюю, але математика важко дається». Такий збалансований підхід свідчить про сформованість внутрішньої позиції та здатність до вольової саморегуляції на основі реального досвіду. У дітей з клінічної групи адекватність сприйняття себе була суттєво знижена, що вказує на дефіцит когнітивного компонента самосвідомості, який у нормі допомагає інтегрувати успіхи та невдачі.

Окрему тривогу викликає високий відсоток заниженої самооцінки в досліджуваній групі (26,6%), що майже у чотири рази перевищує аналогічний показник у ПГ (6,7%). Ці діти ставили себе на нижні сходинки («погані», «найгірші»), аргументуючи це тим, що «мама часто сварить» або «вчителька каже, що я заважаю». Такі результати прямо вказують на високий рівень тривожності та депресивні тенденції, що розвиваються як наслідок вторинної девіації при РДУГ. Для цих дітей характерною була відмова від пояснень або відповідь «не знаю», що відображає глибоку невпевненість у власних силах та відчуття безпорадності перед вимогами соціуму.

Показник «бажаної» самооцінки («яким би хотів бути») у всіх учасників був переважно високим, проте у ДГ спостерігався великий розрив між «реальним» та «ідеальним» положенням на сходах. Для дітей із заниженою самооцінкою цей розрив ставав джерелом додаткового емоційного напруження, оскільки дистанція між тим, ким вони є, і тими «хорошими дітьми» зверху, здавалася їм нездоланною. У ПГ розрив був помірним, що стимулює розвиток, не викликаючи при цьому стресових станів. Така диспропорція в ДГ свідчить про те, що емоційна регуляція у дітей з РДУГ суттєво ускладнена внутрішнім конфліктом між бажаннями та реальними можливостями самоконтролю.

Відмінності у сприйнятті оцінки значущих дорослих також були суттєвими: діти з РДУГ часто очікували від матері або вчителя значно

нижчих балів, ніж ставили собі самі. Це вказує на сформований патерн очікування негативної оцінки з боку середовища, що підсилює емоційну лабільність та готовність до конфлікту. В ПГ діти переважно вважали, що оцінка мами збігається з їхньою власною, що свідчить про гармонійність емоційних зв'язків та адекватну зворотну закономірність у вихованні. Дефіцит гальмівних процесів у ДГ, що проявляється у поведінці, замикає коло: «погана поведінка - зауваження - низька самооцінка - емоційний зрив».

Підсумовуючи результати за методикою «Сходинки», ми бачимо чітку тенденцію до деформації самооцінки у молодших школярів із РДУГ. Поєднання неадекватно завищеного (36,7%) та заниженого (26,6%) рівнів свідчить про нестабільність особистісного ядра та труднощі емоційної саморегуляції. Ці дані підтверджують, що виконавча дисфункція є первинним чинником деформації самооцінки, оскільки нездатність до вольового контролю заважає дитині вибудувати стабільний і позитивний образ «Я». Виявлена поляризація результатів у ДГ порівняно зі стабільністю ПГ є важливим маркером порушення психологічної адаптації дітей клінічної групи.

Наступним етапом нашого діагностичного аналізу став розгляд результатів за Тестом Струпа, який є одним із найбільш прецизійних методів оцінки когнітивного гальмування та здатності до подолання інтерференції. Дана методика дозволяє чітко розмежувати автоматизовані навички (читання) та процеси свідомого контролю (називання кольору), що є ключовим для розуміння природи РДУГ. У дітей молодшого шкільного віку цей тест виявляє рівень сформованості функцій лобних часток головного мозку, що відповідають за вибіркову увагу та переключення.

Отримані часові показники за трьома етапами тесту та розрахований індекс інтерференції дозволили виявити глибинні когнітивні дефіцити в обох групах, що представлено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Показники когнітивної гнучкості та інтерференції за Тестом Струпа (у секундах), n=60

Показники (шкали)	Досліджувана група (ДГ, n=30)	Порівняльна група (ПГ, n=30)
	M ± SD	M ± SD
Час виконання (W - слова)	48,64 ± 9,12	34,22 ± 4,86
Час виконання (C - кольори)	56,18 ± 10,45	41,38 ± 5,14
Час виконання (CW - колір/слово)	112,42 ± 22,18	68,54 ± 9,32
Ефект Струпа (Різниця CW-C)	56,24 ± 12,76	27,16 ± 5,08

Аналіз часу виконання першої карти (W - читання слів) (табл. 3.2) демонструє статистично значуще уповільнення у дітей із досліджуваної групи (M = 48,64 сек) порівняно з нормою (M = 34,22 сек). Це вказує на те, що навіть за виконання автоматизованих операцій діти з РДУГ потребують більше часу через загальне уповільнення темпу психічної діяльності та труднощі візуального сканування. Друга карта (C - названня кольору плям) також виявила відставання ДГ (M = 56,18 сек), що підтверджує попередні дані про знижену швидкість реакції та нейродинамічну слабкість. Проте найбільш показовим став третій етап тесту, де навантаження на виконавчу систему стає максимальним.

Показник виконання третьої карти (CW - інтерференція) у дітей з РДУГ виявився критично високим (M = 112,42 сек), що майже вдвічі перевищує результати порівняльної групи (M = 68,54 сек). Така тривалість виконання завдання свідчить про виражену когнітивну ригідність та нездатність ефективно пригнічувати автоматичну реакцію читання слова на користь названня його кольору. Під час тестування діти з ДГ часто робили довгі паузи, виявляли ознаки розгубленості та припускалися великої кількості помилок, які не завжди могли самостійно виправити. У ПГ виконання цього етапу хоч і вимагало більше часу, ніж попередніх, проте відбувалося значно стабільніше та швидше.

Розрахований «Ефект Струпа» (різниця CW-C) у досліджуваній групі складає 56,24 сек, що вказує на надвисокий рівень чутливості до інтерференції у дітей із РДУГ. Для порівняння, у нормотипових дітей цей показник складає лише 27,16 сек, що є свідченням зрілості гальмівних

процесів та когнітивної гнучкості. Велика різниця між часом називання кольору та часом виконання завдання в умовах конфлікту стимулів є прямим доказом виконавчої дисфункції. Такі діти витрачають колосальні психічні ресурси на ігнорування нерелевантної інформації, що миттєво призводить до втоми та зниження стійкості уваги.

Якісний аналіз помилок у Тесті Струпа виявив, що учасники з ДГ схильні до частих «збоїв» контролю, коли вони мимоволі починають читати слова замість називання їхнього кольору. Ці персеверації вказують на те, що інструкція «випадає» з робочої пам'яті під впливом сильнішого, автоматизованого стимулу. Багато дітей із РДУГ після серії помилок демонстрували емоційні спалахи (роздратування, кидання олівця) або, навпаки, повну апатію до результату. У порівняльній групі помилки були рідкісними, а діти миттєво реагували на них, повертаючись до правильного виконання алгоритму без втрати емоційної рівноваги.

Показники Тесту Струпа в ДГ супроводжувалися вираженою індивідуальною варіативністю ($SD=22,18$ для CW), що підкреслює різний ступінь важкості виконавчих порушень у межах клінічної групи. Ті діти, які мали найвищі показники часу виконання, одночасно демонстрували найнижчу продуктивність у методиці П'єрона-Рузера, що підтверджує системність когнітивного дефіциту. Виявлена ригідність мислення та труднощі з переключенням уваги створюють бар'єр для адаптивної поведінки в ситуаціях вибору чи стресу. Таким чином, результати тесту об'єктивують труднощі вольової регуляції, які раніше спостерігалися в поведінці та особистісних опитувальниках.

Зв'язок результатів Тесту Струпа з емоційною сферою простежується через нездатність дитини з РДУГ швидко «загальмувати» афективну реакцію, аналогічно до того, як вона не може загальмувати звичне читання. Низька когнітивна гнучкість безпосередньо впливає на емоційну лабільність: дитина «застрягає» на негативній емоції або імпульсі, не маючи внутрішнього ресурсу для переключення на іншу стратегію поведінки. Отримані дані

підтверджують, що виконавча дисфункція при РДУГ має фундаментальний характер і охоплює не лише увагу, а й механізми переробки інформації в умовах конфлікту. Це стає ключовим аргументом у доведенні того, що низька когнітивна гнучкість обмежує здатність дитини до адекватного самооцінювання, змушуючи її використовувати примітивні захисні механізми (завищення самооцінки) або занурюватися у стан безпорадності.

Далі ми звернулися до результатів методики «Таблиці Шульте», яка дозволила оцінити динамічні характеристики уваги та загальний рівень нейродинамічної стійкості дітей. Отримані результати були систематизовані за основними шкалами: ефективність роботи (ER), ступінь включення (VR), психічна стійкість (PU) та загальна стійкість уваги. Статистичне порівняння середніх значень (M) та стандартних відхилень (SD) між досліджуваною групою (ДГ) та порівняльною групою (ПГ) виявило суттєву нерівномірність темпових характеристик діяльності. Повні результати первинної обробки даних за цією методикою представлені у табл. 3.3, що відображає кількісні розбіжності в когнітивному функціонуванні груп.

Таблиця 3.3

Показники нейродинамічних характеристик уваги за методикою «Таблиці Шульте» (у балах та часових одиницях), n=60

Показники (шкали)	Досліджувана група (ДГ, n=30) '	Порівняльна група (ПГ, n=30)
	M ± SD	M ± SD
Ефективність роботи (ER, сек)	68,42 ± 12,15	42,18 ± 5,34
Ступінь включення (VR)	1,28 ± 0,24	1,02 ± 0,08
Психічна стійкість (PU)	1,34 ± 0,31	0,98 ± 0,12
Стійкість уваги (умовні бали)	2,84 ± 0,92	4,52 ± 0,48

Аналіз шкали «Ефективність роботи» (ER) (табл. 3.3) демонструє значне уповільнення темпу діяльності у дітей із РДУГ, чий середній показник становить 68,42 сек проти 42,18 сек у нормотипових однолітків. Такі цифри свідчать про те, що загальна продуктивність пошуку цифрових об'єктів у ДГ є

суттєво нижчою, що зумовлено труднощами концентрації та розподілу уваги на зоровому полі. Високе стандартне відхилення у ДГ ($SD = 12,15$) вказує на виражену індивідуальну варіативність: деякі діти демонструють критичне уповільнення, що межує з повною дезорганізацією діяльності. Натомість показники ПГ є стабільними та компактними, що підкреслює нормативну сформованість темпових характеристик психічних процесів у цьому віці.

Показник «Ступінь включення у роботу» (VR) у досліджуваній групі складає 1,28, що перевищує нормативний поріг і свідчить про сповільнений процес втягування у завдання. Дітям із РДУГ потрібно більше часу на орієнтування в умовах тесту та адаптацію до інструкції, що часто супроводжується зайвими рухами або уточнювальними запитаннями. У порівняльній групі цей коефіцієнт наближається до одиниці (1,02), що є ознакою швидкої мобілізації когнітивних ресурсів та готовності до негайного виконання діяльності. Різниця у швидкості «входу» в роботу підкреслює інертність нервових процесів або слабкість механізмів активації кори, характерну для клінічної групи.

Шкала «Психічна стійкість» (PU) виявилася найбільш проблемною зоною для молодших школярів із ДГ, досягнувши значення 1,34 при нормі близько 1,0. Такий результат інтерпретується як низька здатність до тривалого утримання високого рівня активності та швидка втомлюваність під впливом монотонного навантаження. Протягом виконання п'яти таблиць діти з РДУГ часто втрачали послідовність, робили паузи або демонстрували емоційне роздратування через неможливість швидко знайти число. У порівняльній групі показник 0,98 свідчить про високий рівень витривалості та здатність зберігати продуктивність протягом усього діагностичного циклу без значного виснаження.

Оцінка загальної «Стійкості уваги» підтверджує наявність виконавчої дисфункції у дітей з РДУГ, оскільки їхній середній бал (2,84) відповідає низькому та нижче середнього рівням. Постійні коливання уваги під час роботи з таблицями призводять до нерівномірності часових інтервалів

пошуку, що вказує на лабільність нейродинамічних процесів. Нормотипові діти з ПГ отримали в середньому 4,52 бали, що демонструє їхню здатність ефективно ігнорувати дистрактори та фокусуватися на цілі завдання. Це порівняння чітко висвітлює дефіцитарність вольового компонента уваги у клінічній групі, що є підґрунтям для подальших поведінкових проявів гіперактивності.

Якісний аналіз виконання методики «Таблиці Шульте» у ДГ виявив специфічні стратегії поведінки, такі як хаотичний пошук поглядом замість системного сканування поля. Багато дітей з РДУГ демонстрували імпульсивні реакції, намагаючись вгадати місцезнаходження числа, що лише збільшувало час виконання та знижувало якість результату. Спостерігалася пряма залежність між часом виконання останніх таблиць та проявами емоційної напруги: діти починали зітхати, відволікатися на сторонні предмети або висловлювати втому. У ПГ діти переважно дотримувалися раціональної стратегії пошуку, демонструючи спокій та цілеспрямованість навіть у разі виникнення тимчасових труднощів.

Завершуючи інтерпретацію результатів за першою методикою, можна стверджувати, що діти з РДУГ мають виражену дефіцитарність нейродинамічного забезпечення діяльності. Поєднання низької ефективності роботи із високою виснажуваністю неминуче знижує впевненість дитини у власних силах, формуючи підґрунтя для стійкої заниженої самооцінки в академічній сфері. Ці дані підтверджують, що виконавча функція уваги у молодших школярів клінічної групи працює в режимі постійного дефіциту ресурсу.

Наступним етапом нашого аналізу став розгляд результатів за методикою «Дослідження концентрації уваги» П'єрона-Рузера, яка дозволяє оцінити здатність дитини до тривалого зосередження та переключення в умовах чіткого алгоритму дій. Виконання цього тесту вимагає від молодшого школяра не лише швидкості дрібної моторики, а й утримання в пам'яті чотирьох різних правил оперування символами. Для дітей із РДУГ це

завдання є складним через необхідність постійного вольового гальмування імпульсивних рухів та моніторингу правильності заповнення фігур. Кількісні дані відображено у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Показники рівнів концентрації уваги за методикою П'єрона-Рузера, n=60

Рівень концентрації уваги	Досліджувана група (ДГ, n=30) '	Порівняльна група (ПГ, n=30)
	Кількість осіб (абс. / %)	Кількість осіб (абс. / %)
Дуже високий (100 фігур)	0 / 0%	4 / 13,3%
Високий (91-99 фігур)	2 / 6,7%	11 / 36,7%
Середній (80-90 фігур)	7 / 23,3%	12 / 40,0%
Низький (65-79 фігур)	12 / 40,0%	3 / 10,0%
Дуже низький (64 і менше)	9 / 30,0%	0 / 0%
Середнє значення (M ± SD)	69,14 ± 10,26	88,56 ± 6,12

Аналіз отриманих даних (табл. 3.4) свідчить про суттєве відставання дітей із досліджуваної групи за показником загальної кількості опрацьованих фігур (M = 69,14). Більшість дітей із РДУГ (70% сумарно) продемонстрували низький та дуже низький рівні концентрації, що вказує на виражені труднощі в утриманні темпу діяльності протягом лише однієї хвилини. У порівняльній групі середній показник (M = 88,56) відповідає межі високого та середнього рівнів, що підтверджує нормативну здатність 7-10 річних дітей до стійкої уваги. Високе стандартне відхилення в ДГ (SD = 10,26) пояснюється специфікою розладу, де когнітивний дефіцит може проявлятися як у крайньому уповільненні, так і в хаотичній надпродуктивності з великою кількістю помилок.

Особливу увагу привертає той факт, що дуже низький рівень концентрації (64 і менше фігур) був зафіксований лише у дітей із ДГ (30,0%), тоді як у ПГ таких випадків не виявлено взагалі. Ці діти демонстрували виражену інертність: вони часто зупинялися, перепитували інструкцію або

«зависали» над однією фігурою, намагаючись згадати відповідний символ. Для них процес розстановки знаків перетворювався на енерговитратну діяльність, яка швидко призводила до виснаження та втрати інтересу. Таке різке розмежування груп за нижньою межею норми підкреслює клінічну специфіку виконавчої дисфункції, яка обмежує працездатність дитини навіть у короткочасних завданнях.

Середній рівень концентрації в ДГ виявлено лише у 23,3% учасників, що є значно меншим показником порівняно з ПГ (40,0%). Діти з РДУГ, які потрапили до цієї категорії, зазвичай розпочинали роботу досить активно, проте вже на 30-40 секунд тесту починали відволікатися або припускати помилок через втому. У порівняльній групі середній рівень сприймався як базовий стандарт: діти працювали ритмічно, хоча й не прагнули до рекордної швидкості. Це свідчить про те, що для нормотипових школярів завдання було посилюючим і не вимагало надмірної мобілізації емоційно-вольових зусиль, на відміну від дітей клінічної групи.

Високий та дуже високий рівні концентрації в досліджуваній групі представлені мінімально (лише 6,7%), тоді як у ПГ вони складають половину вибірки (50,0% сумарно). Ті поодинокі діти з РДУГ, які досягли високих результатів, робили це ціною надвисокого нервового напруження, що проявлялося в супутніх рухах (grimасах, напруженні м'язів рук) та подальшому тривалому відпочинку після тесту. В ПГ висока концентрація супроводжувалася легкістю виконання та адекватним самоконтролем, що дозволяло дітям не лише швидко заповнювати фігури, а й миттєво помічати та виправляти власні помилки. Дані результати підтверджують, що дефіцит уваги при РДУГ є стійким бар'єром для досягнення високої продуктивності в когнітивній діяльності.

Якісний аналіз помилок показав, що діти з ДГ найчастіше помилялися у ромбах та квадратах, замінюючи крапку на плюс або навпаки, що вказує на слабкість диференціації стимулів під тиском часу. Багато учасників із РДУГ ігнорували правило «нічого не ставити в коло» і механічно вписували туди

знаки з попередніх фігур, що є ознакою порушення гальмівного контролю. У порівняльній групі помилки були поодинокими й переважно випадковими, а не системними, що вказує на збереженість механізмів моніторингу поточної діяльності. Таке домінування персеверацій (повторень) у клінічній групі прямо свідчить про недостатність виконавчої ланки саморегуляції.

Поведінкові реакції під час виконання методики П'єрона-Рузера також суттєво відрізнялися: діти з ДГ часто коментували свої дії вголос («так, тут крапка... ой, забув»), намагаючись за допомогою мовлення підтримати контроль над процесом. Деякі учасники з РДУГ після команди «Стоп!» виявляли ознаки фрустрації або сильної втоми, що вказує на високу ціну когнітивного зусилля для їхньої нервової системи. Діти з ПГ сприймали завдання як звичайну шкільну вправу, зберігаючи емоційну рівновагу та стабільний темп до кінця хвилини. Це підтверджує нашу тезу про те, що дефіцит виконавчих функцій унеможливорює формування адекватної самооцінки, оскільки дитина з РДУГ неспроможна стабільно контролювати якість своєї діяльності, що призводить до особистісної дезорієнтації.

Узагальнюючи результати за даною методикою, можна зробити висновок про виражену дефіцитарність концентрації уваги у молодших школярів із РДУГ порівняно з нормою. Середнє значення 69,14 бала в ДГ проти 88,56 бала в ПГ вказує на те, що клінічна група функціонує на межі виснаження регуляторних ресурсів уже на першій хвилині завдання. Виявлені труднощі у переключенні та гальмуванні нерелевантних реакцій створюють передумови для імпульсивності в поведінці та навчанні.

Наступним кроком нашого аналізу став розгляд результатів проєктивної методики «Дім - Дерево - Людина» (ДДЛ) Дж. Бака, яка дозволяє виявити глибокі, часто неусвідомлювані аспекти емоційної сфери та особистісні симптомокомплекси. Оскільки діти молодшого шкільного віку з РДУГ часто мають труднощі з вербалізацією своїх переживань, використання графічних методів стає незамінним для діагностики їхнього психоемоційного стану. Малюнок як продукт діяльності відображає не лише рівень сформованості

графічних навичок, а й проєкцію внутрішніх конфліктів, рівень тривожності та особливості соціальної взаємодії. Отримані результати були проаналізовані за вісьмома ключовими шкалами (симптомокомплексами) і представлені у порівняльній табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Вираженість емоційних симптомокомплексів за методикою «Дім - Дерево - Людина» (у середніх балах), n=60

Симптомокомплекси (шкали)	Досліджувана група (ДГ, n=30) '	Порівняльна група (ПГ, n=30)
	M ± SD	M ± SD
Незахищеність	4,82 ± 1,14	2,12 ± 0,56
Тривожність	5,64 ± 1,32	2,45 ± 0,72
Недовіра до себе	4,16 ± 0,98	1,84 ± 0,44
Почуття неповноцінності	3,92 ± 1,05	1,56 ± 0,38
Ворожість	3,24 ± 1,22	1,18 ± 0,41
Конфліктність (фрустрація)	4,56 ± 1,18	2,04 ± 0,63
Труднощі у спілкуванні	4,38 ± 1,26	2,28 ± 0,59
Депресивність	2,18 ± 0,84	0,86 ± 0,22

Аналіз результатів за шкалою «Тривожність» (табл. 3.5) виявив найвищі значення у дітей із досліджуваної групи (M = 5,64), що суттєво перевищує показники нормотипових однолітків. У малюнках дітей з РДУГ це проявлялося через сильний натиск олівця, багаторазове штрихування окремих деталей (особливо стін дому чи стовбура дерева) та наявність дрібних, тремтячих ліній. Висока тривожність у цій групі є прямим наслідком постійної напруги, зумовленої намаганням контролювати свою поведінку, та очікуванням негативної оцінки від оточуючих. У порівняльній групі тривожність знаходиться в межах вікової норми (M = 2,45), відображаючи здорову адаптацію до умов обстеження.

Шкала «Незахищеність» (M = 4,82) також виявилася значущо вищою в ДГ, що часто проявлялося у малюванні дуже маленьких фігур, зміщених до краю аркуша, або відсутності вікон та дверей у домі. Такі графічні ознаки свідчать про відчуття дитиною вразливості та пошук опори в середовищі, яке

сприймається як нестабільне. Діти з РДУГ через свою імпульсивність часто потрапляють у ситуації соціальної ізоляції, що формує в них стійке почуття незахищеності перед вимогами світу дорослих. У ПГ діти малювали впевненіше, розташовуючи об'єкти по центру аркуша, що вказує на наявність внутрішнього ресурсу та відчуття безпеки.

Показники за шкалами «Недовіра до себе» ($M = 4,16$) та «Почуття неповноцінності» ($M = 3,92$) у клінічній групі корелюють із результатами попередньої методики «Сходинки». У малюнках людини це проявлялося у відсутності кистей рук, слабо промальованих рисах обличчя або зображенні дуже маленьких, «хибких» фігур. Постійні труднощі з виконавчими функціями (увагою, гальмуванням) призводять до того, що дитина починає сумніватися у власних здібностях успішно завершити будь-яку справу. Для ПГ характерні чіткі зображення з усіма необхідними деталями, що свідчить про адекватне самосприйняття та впевненість у своїх силах.

Симптомокомплекс «Конфліктність (фрустрація)» у ДГ має високе значення ($M = 4,56$), що графічно виражалось у наявності великої кількості виправлень, стирань та суперечливих елементів у малюнку. Фрустрація у гіперактивних дітей виникає внаслідок розриву між їхніми інтенсивними бажаннями та неможливістю їх реалізувати через дефіцит вольового зусилля. Постійна боротьба із власною імпульсивністю створює стан хронічного внутрішнього конфлікту, який проектується на папір у вигляді диспропорційних зображень. У нормотипових дітей цей показник удвічі нижчий, що вказує на вищу злагодженість емоційно-вольових процесів.

Шкала «Труднощі у спілкуванні» ($M = 4,38$) у дітей із РДУГ відображає реальні проблеми у встановленні стабільних контактів із ровесниками. У методиці ДДЛ це проявлялося у малюванні людини з руками, притиснутими до тіла або захованими за спину, а також у «закритому» типі будинків без стежок до них. Недостатність гальмівного контролю робить поведінку таких дітей занадто інтенсивною для однолітків, що призводить до конфліктів та подальшого відчуття відчуженості. У порівняльній групі малюнки часто

містили додаткові елементи (квіти, сонце, паркани з відкритою хвірткою), що вказує на відкритість до соціуму та розвинені комунікативні навички.

Шкала «Ворожість» ($M = 3,24$) у ДГ проявлялася через гострі кути, зображення зброї або агресивні пози намальованих людей, що є формою захисної реакції на зовнішній тиск. Хоча цей показник не є домінуючим, він суттєво вищий, ніж у ПГ ($M = 1,18$), де прояви агресії були майже відсутні. «Депресивність» у ДГ ($M = 2,18$) хоч і має найнижчий бал серед інших відхилень, все ж вказує на наявність ознак пригніченості у частини дітей, що часто супроводжується низькою швидкістю малювання та слабким натиском. Загалом, профіль ДГ за методикою ДДЛ демонструє високу емоційну напруженість та вразливість особистості.

Підсумовуючи результати проективної діагностики, можна зробити висновок, що емоційна сфера молодших школярів із РДУГ характеризується високим рівнем тривожності, конфліктності та відчуттям власної неповноцінності. Виявлені симптомокомплекси вказують на те, що когнітивні труднощі (дефіцит уваги та контролю) мають серйозні наслідки для психічного здоров'я дитини, формуючи дезадаптивний профіль особистості. Велика різниця в показниках ДГ та ПГ за всіма шкалами підтверджує наявність глибокого емоційного дистресу у дітей клінічної групи. Ці дані стають важливим доповненням до нейропсихологічних показників, розкриваючи внутрішню сторону «виконавчої дисфункції».

Отже, ми встановили, що діти з РДУГ демонструють виражену дефіцитарність виконавчих функцій, яка проявляється у низькій концентрації уваги (методика П'єрона-Рузера) та значних труднощах подолання когнітивної інтерференції (тест Струпа). Психоемоційний профіль досліджуваної групи характеризується нестабільною, часто полярною самооцінкою за методикою «Сходінки» та високим рівнем тривожності й конфліктності, зафіксованим за допомогою проективного тесту «Дім - Дерево - Людина». Порівняльний аналіз підтвердив, що на відміну від нормотипових однолітків, молодші школярі з клінічної групи мають суттєво нижчу

когнітивну гнучкість, що безпосередньо корелює з їхньою емоційною вразливістю та відчуттям незахищеності. Таким чином, отримані дані доводять, що виконавча дисфункція при РДУГ є системним порушенням, яке деформує не лише пізнавальну діяльність, а й процеси саморегуляції та особистісного становлення дитини.

3.2. Результати кореляційного аналізу між змінними

Після завершення первинного кількісного та якісного аналізу результатів за всіма п'ятьма діагностичними методиками виникає необхідність систематизації отриманих даних для перевірки нашої першої емпіричної гіпотези. Оскільки ця гіпотеза передбачає наявність суттєвих розбіжностей між двома незалежними вибірками за ключовими когнітивними параметрами, наступним логічним кроком є застосування методів математичної статистики для підтвердження вірогідності цих відмінностей. Такий підхід дозволить нам вийти за межі описової статистики та довести, що виявлені особливості уваги та виконавчих функцій у дітей із РДУГ не є випадковими, а мають закономірний характер.

Для статистичного обґрунтування результатів нами було обрано U-критерій Манна-Вітні, який є найбільш адекватним інструментом для порівняння малих вибірок ($n=30$) із нерівномірним розподілом ознак. Вибір даного непараметричного критерію зумовлений високою варіативністю показників у дослідній групі, що було зафіксовано через значні значення стандартного відхилення у тестах Шульте та Струпа.

Застосування U-критерію дозволяє нам математично оцінити глибину розриву між групами за показниками нейродинаміки, стійкості уваги та когнітивного гальмування, що є критично важливим для верифікації гіпотези про специфічність дефіциту виконавчих функцій при РДУГ. Зведена статистика порівняльного аналізу за основними когнітивними шкалами представлена у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Порівняльна характеристика когнітивних показників дітей
досліджуваної та порівняльної груп, n=60**

Методика та показники (шкали)	Досліджувана група (ДГ, n=30) M±SD	Порівняльна група (ПГ, n=30) M±SD	Емпіричне значення Uemp	Рівень значущості ^p
1. Таблиці Шульте				
Ефективність роботи (ER, сек)	68,42 ± 12,15	42,18 ± 5,34	114,5	p < 0,01
Ступінь включення (VR)	1,28 ± 0,24	1,02 ± 0,08	186,0	p < 0,01
Психічна стійкість (PU)	1,34 ± 0,31	0,98 ± 0,12	212,5	p < 0,01
2. П'єрона-Рузера				
Концентрація (кількість фігур)	69,14 ± 10,26	88,56 ± 6,12	142,0	p < 0,01
3. Тест Струпа				
Читання слів (W, сек)	48,64 ± 9,12	34,22 ± 4,86	168,0	p < 0,01
Називання кольорів (C, сек)	56,18 ± 10,45	41,38 ± 5,14	194,5	p < 0,01
Колір/Слово (CW, сек)	112,42 ± 22,18	68,54 ± 9,32	96,5	p < 0,01
Ефект Струпа (CW-C, сек)	56,24 ± 12,76	27,16 ± 5,08	108,0	p < 0,01

Аналізуючи дані табл. 3.6, ми бачимо чітку статистичну підтвердженість нашої першої емпіричної гіпотези щодо наявності значущої різниці між групами. Показник ефективності роботи (ER) за таблицями Шульте у дітей із РДУГ складає 68,42 сек, що майже на 26 секунд більше за результат нормотипових однолітків (42,18 сек). Отримане емпіричне значення $U_{emp} = 114,5$ при $p < 0,01$ свідчить про те, що діти клінічної групи мають фундаментально нижчий темп психічної діяльності. Такий розрив у часі виконання ідентичного завдання вказує на виражену нейродинамічну виснажуваність, яка є базовим симптомом досліджуваного розладу.

Ступінь включення в роботу (VR) у досліджуваній групі фіксується на рівні 1,28, тоді як у порівняльній групі цей показник наближається до

ідеального одиничного значення (1,02). Статистична значущість цих відмінностей ($U = 186,0$) доводить, що дітям із РДУГ потрібно значно більше часу на орієнтування в новому завданні та впрацювання. Високий бал за цією шкалою відображає труднощі ініціації когнітивних процесів, що часто сприймається педагогами як повільність або небажання працювати. У дітей з нормою цей процес відбувається майже миттєво, що дозволяє їм зберігати високу продуктивність із перших секунд діяльності.

Параметр психічної стійкості (PU) демонструє аналогічну тенденцію: показник 1,34 у ДГ проти 0,98 у ПГ при $U = 212,5$. Це математично підтверджує, що увага дітей із РДУГ є надзвичайно коливною і швидко деградує в процесі виконання навіть нетривалих завдань. Якщо в групі норми стійкість є стабільною, то в клінічній групі спостерігається «аритмія» когнітивних зусиль, що веде до накопичення помилок. Така нестабільність прямо корелює з порушеннями гальмівного контролю, оскільки дитина не може утримувати фокус на стимулі протягом необхідного часу.

Розгляд результатів методики П'єрона-Рузера виявив критичну різницю в обсязі опрацьованої інформації: 69,14 фігур у ДГ проти 88,56 у ПГ. Значення $U = 142,0$ підтверджує високу достовірність розбіжностей у концентрації уваги між групами на рівні значущості 0,01. Діти з РДУГ опрацьовують у середньому на 20% менше матеріалу за ту саму хвилину часу, що підкреслює дефіцитарність їхньої оперативної працездатності. Ці цифри є кількісним вираженням труднощів, з якими стикаються гіперактивні учні при виконанні монотонних шкільних вправ, що вимагають уваги.

Особливо яскраво специфіка РДУГ проявилася у швидкості читання слів (W) та називання кольорів (C) у Тесті Струпа. Часовий розрив у 14-15 секунд на кожному з цих етапів ($U = 168,0$ та $194,5$ відповідно) свідчить про загальну когнітивну сповільненість клінічної групи. Навіть прості операції розпізнавання вимагають від дітей із РДУГ більших часових витрат через інертність нервових процесів. Це створює кумулятивний ефект затримки, який стає критичним при переході до складніших завдань, що вимагають

інтелектуального вибору та контролю.

Етап інтерференції (CW) став найбільш диференціюючим фактором нашого дослідження, показавши результат у 112,42 сек для ДГ проти 68,54 сек для ПГ. Низьке значення $U = 96,5$ вказує на максимальну статистичну силу розбіжностей саме в ситуації, де потрібно блокувати звичну реакцію. Майже двократна різниця в часі виконання підтверджує, що когнітивне гальмування є найбільш вразливою ланкою в структурі дефіциту виконавчих функцій. Для дітей з РДУГ ситуація конфлікту стимулів є надскладною, що математично обґрунтовує їхню імпульсивність у реальних життєвих ситуаціях.

Показник «Ефекту Струпа» (56,24 сек у ДГ проти 27,16 сек у ПГ) остаточно закріплює висновок про низьку когнітивну гнучкість дітей клінічної групи. Статистичне порівняння ($U = 108,0$) доводить, що ригідність мислення при РДУГ є стійким когнітивним стилем, а не випадковим проявом втоми. Високе значення цього індексу відображає нездатність психіки швидко адаптуватися до мінливих умов завдання, що лежить в основі емоційних зривів. У нормотипових дітей цей індекс удвічі менший, що дозволяє їм легко перемикаватися між різними алгоритмами діяльності без втрати якості.

Стандартне відхилення (SD) у всіх когнітивних тестах у групі дітей із РДУГ було значно вищим (наприклад, 22,18 проти 9,32 у тесті CW). Це вказує на високу гетерогенність клінічної групи, де порушення можуть варіюватися від помірних до важких дезорганізацій діяльності. У порівняльній групі показники є значно згуртованішими навколо середнього значення, що свідчить про стабільність нормативного розвитку уваги. Такий статистичний розкид у ДГ підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу до корекції кожного окремого випадку розладу дефіциту уваги.

Порівняння отриманих U-критеріїв із критичними значеннями для даної вибірки дозволяє нам повністю прийняти першу емпіричну гіпотезу. Ми бачимо, що за всіма вісьмома ключовими параметрами (від нейродинаміки до когнітивного гальмування) відмінності є значущими на рівні 0,01. Це означає,

що з імовірністю 99% різниця між дітьми з РДУГ та їхніми однолітками є закономірною і зумовленою саме наявністю розладу. Математична статистика об'єктивувала наші якісні спостереження, перетворивши їх на доведену наукову базу для подальших висновків.

Важливо зазначити, що найменші показники U-критерію (що вказує на найбільшу різницю) зафіксовані саме в показниках інтерференції та стійкості уваги. Це свідчить про те, що ядром порушення при РДУГ є саме здатність до тривалого утримання фокусу та вольового гальмування нерелевантних імпульсів. Нейродинамічні показники (швидкість включення) також є значущими, але вони меншою мірою розмежовують групи, ніж виконавчі функції. Таким чином, дефіцит контролю над імпульсами математично виступає провідним фактором у структурі досліджуваного порушення.

Отримані статистичні дані дозволяють нам стверджувати, що когнітивний дефіцит у молодших школярів із РДУГ має тотальний характер у межах системи уваги. Відставання спостерігається не в якомусь одному аспекті, а охоплює всю ланку: від швидкості нейронних реакцій до складних процесів когнітивної гнучкості. Це підтверджує системність розладу та пояснює, чому такі діти мають труднощі у найрізноманітніших сферах шкільного навчання. Порівняльна група, натомість, демонструє гармонійний розвиток усіх функцій, що забезпечує їхню високу адаптивність.

Таким чином, за результатами математико-статистичного аналізу за допомогою U-критерію Манна-Вітні, першу емпіричну гіпотезу підтверджено повністю. Існує статистично значуща різниця в показниках когнітивного гальмування, стійкості уваги та нейродинаміки між дітьми з РДУГ та їхніми нормотиповими однолітками.

Наступним етапом нашої роботи став перехід до верифікації другої емпіричної гіпотези, яка припускає наявність глибокого взаємозв'язку між когнітивними дефіцитами та емоційною дезадаптацією. Для цього нам необхідно встановити, чи є виявлена виконавча дисфункція (низька здатність до гальмування та швидка виснажуваність) безпосереднім чинником, що

посилює тривожність, конфліктність та деформує самооцінку дитини. Такий інтегративний підхід дозволить зрозуміти внутрішню механіку розладу, де когнітивна слабкість стає підґрунтям для формування стійких негативних особистісних характеристик у молодшому шкільному віці.

Для реалізації цього завдання нами було обрано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s), який ідеально підходить для виявлення зв'язків між кількісними показниками тестів та якісними оцінками проективних методик. Вибір цього методу обґрунтований тим, що він дозволяє встановити спрямованість та силу зв'язку навіть за умови нелінійної залежності між психологічними явищами, що часто спостерігається в клінічній психології. Застосування кореляційного аналізу допоможе нам математично довести, що емоційні проблеми дітей із РДУГ не є автономними, а напряду залежать від стану їхньої регуляторної системи. Результати кореляційного аналізу для досліджуваної групи (ДГ) представлено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Матриця кореляційних зв'язків між когнітивними та емоційними показниками дітей із РДУГ (n=30)

Когнітивні показники (виконавча ланка)	Тривожність (ДДЛ)	Конфліктність (ДДЛ)	Незахищеність (ДДЛ)	Самооцінка (Сходинки)	Труднощі спілкування
Ефект Струпа (Гальмування)	0,64**	0,58**	0,42*	-0,52**	0,54**
Ефективність роботи (ER, Шульте)	0,51**	0,46*	0,59**	-0,48*	0,40*
Концентрація (П'єрона- Рузера)	-0,56**	-0,44*	-0,49*	0,50**	-0,42*
Психічна стійкість (PU, Шульте)	0,48*	0,52**	0,44*	-0,39*	0,47*
Колір/Слово (CW, Струп)	0,62**	0,60**	0,45*	-0,55**	0,51**

Примітка: * — значущість при $p < 0,05$; ** — значущість при $p < 0,01$.

Аналіз отриманої кореляційної матриці (табл. 3.7) дозволяє стверджувати, що друга емпірична гіпотеза знайшла своє повне статистичне

підтвердження через наявність численних значущих зв'язків. Найбільш виражений прямий зв'язок встановлено між показником «Ефект Струпа» (когнітивне гальмування) та рівнем тривожності ($r_s = 0,64$ при $p < 0,01$). Це означає, що чим важче дитині з РДУГ загальмувати імпульсивну реакцію в тесті, тим вищий рівень внутрішньої напруги та тривоги вона відчуває в повсякденному житті. Така залежність пояснюється постійним страхом дитини припуститися помилки або вчинити неправильно через нездатність вчасно «зупинитися», що проектується у високі бали за шкалою тривожності.

Показник конфліктності та фрустрації також демонструє сильний прямий зв'язок із часом виконання завдання «Колір/Слово» ($r_s = 0,60$ при $p < 0,01$). Математично доведено, що низька когнітивна гнучкість є фундаментом для виникнення афективних спалахів та агресивних тенденцій у дітей клінічної групи. Коли нервова система не в змозі швидко переключитися між завданнями, виникає стан фрустрації, який виливається у конфліктну поведінку з оточуючими. Виявлений зв'язок підкреслює, що «ворожість» дітей із РДУГ часто є не рисою характеру, а наслідком втоми регуляторних механізмів мозку.

Кореляційний аналіз виявив значущий зворотний зв'язок між рівнем концентрації уваги (П'єрона-Рузера) та тривожністю ($r_s = -0,56$ при $p < 0,01$). Це свідчить про те, що дитина, яка здатна утримати увагу на стабільному рівні, відчувається значно спокійніше та впевненіше під час виконання соціальних завдань. Зниження працездатності автоматично веде до зростання емоційного дискомфорту, що підтверджує системну цілісність когнітивної та афективної сфер. Таким чином, успішна концентрація виступає природним стабілізатором психічного стану дитини, тоді як розсіювання уваги провокує тривожні стани.

Особливий інтерес викликає зв'язок між ефективністю роботи (ER) за таблицями Шульте та почуттям незахищеності ($r_s = 0,59$ при $p < 0,01$). Висока виснажуваність та низький темп діяльності призводять до того, що дитина починає сприймати світ як занадто швидкий та складний для неї. У малюнках

за методикою ДДЛ це проявляється у симптомах незахищеності, оскільки дитина фізично не встигає за ритмом школи та вимогами дорослих. Ця кореляція пояснює, чому діти з РДУГ часто відчують себе самотніми та безпорадними в ситуаціях, що вимагають тривалої уваги.

Встановлено статистично значущу залежність між самооцінкою («Сходинки») та показниками Тесту Струпа ($r_s = -0,55$ при $p < 0,01$). Незважаючи на від'ємне значення коефіцієнта, зумовлене специфікою шкал, ми констатуємо прямий зв'язок між глибиною виконавчого дефіциту та зниженням рівня самооцінки. Тобто, посилення когнітивної дисфункції прямо детермінує регрес самосприйняття дитини. Чим вищий рівень виконавчої дисфункції, тим нижчою (або неадекватно захисною) стає самооцінка дитини у молодшому шкільному віці. Постійний досвід неуспішності через когнітивні збої руйнує віру дитини у власні сили, що призводить до формування заниженого «образу Я». Це підтверджує нашу тезу про те, що дезадаптивна самооцінка при РДУГ є прямим продуктом тривалого проживання когнітивного дефіциту.

Шкала «Труднощі у спілкуванні» прямо корелює з психічною стійкістю (PU) та ефектом інтерференції ($r_s = 0,47$ та $0,54$ відповідно). Соціальна дезадаптація дітей із РДУГ виявляється тісно пов'язаною з їхньою нездатністю контролювати імпульси під час діалогу чи гри з однолітками. Труднощі з переключенням уваги заважають дитині вчасно зчитувати соціальні сигнали та адекватно на них реагувати, що призводить до ізоляції. Кореляційні дані доводять, що покращення когнітивного контролю є обов'язковою умовою для успішної соціалізації таких дітей у класі.

Важливим є той факт, що в порівняльній групі (ПГ) аналогічні кореляційні зв'язки виявилися значно слабшими або взагалі відсутніми. Це означає, що у нормотипових дітей емоційна сфера має більший запас автономності від когнітивних процесів завдяки зрілості гальмівних механізмів. У дітей з РДУГ, навпаки, спостерігається «тотальна залежність» настрою та поведінки від поточного стану уваги та працездатності. Таке

жорстке зчеплення функцій робить психіку дитини з РДУГ надзвичайно крихкою та вразливою до будь-яких когнітивних навантажень.

Показник виснажуваності, виражений через зниження продуктивності в кінці тестів, тісно пов'язаний із депресивними тенденціями у малюнках ($r_s = 0,42$ при $p < 0,05$). Хоча депресивність не є провідним симптомом, її зв'язок із нейродинамікою вказує на ризик розвитку вторинних емоційних розладів при ігноруванні РДУГ. Дитина, яка постійно відчуває «когнітивну стелю», починає втрачати інтерес до діяльності, що відображається у зниженні загального емоційного фону. Ці дані математично обґрунтовують необхідність ранньої діагностики виснажуваності для профілактики серйозних особистісних деформацій.

Зв'язок між неадекватно завищеною самооцінкою та конфліктністю в ДГ також знайшов своє відображення через кореляцію з низьким гальмівним контролем. Діти, які не можуть зупинити імпульс, часто використовують «високу сходинку» як щит від усвідомлення своїх соціальних помилок, що лише посилює конфлікт із реальністю. Кореляція $r_s = 0,52$ між конфліктністю та психічною нестійкістю підтверджує, що афективні вибухи є формою розрядки накопиченої когнітивної напруги. Таким чином, емоційні спалахи є сигналом про «перегрів» системи контролю, яка більше не справляється з навантаженням. Таким чином, емоційні та поведінкові порушення при РДУГ слід розглядати не як первинні дефекти характеру, а як функціональну декомпенсацію, спричинену виснаженням виконавчих ресурсів

Таким чином, результати кореляційного аналізу дозволяють повністю підтвердити другу емпіричну гіпотезу. Математично доведено існування прямого кореляційного зв'язку між рівнем виконавчої дисфункції (зокрема, низькою здатністю до гальмування та високою виснажуваністю) та рівнем самооцінки молодших школярів із РДУГ. Чим виразнішим є дефіцит регуляторних функцій, тим глибшою є деформація емоційно-ціннісного ставлення дитини до себе.

Варто акцентувати увагу на тому, що показники Тесту Струпа мають

найсильніші кореляційні зв'язки з тривожністю та конфліктністю ($r > 0,60$). Це робить дану методику не лише інструментом оцінки інтелекту, а й важливим прогностичним маркером емоційного благополуччя дитини. Виявлена закономірність дозволяє нам стверджувати, що успішність психологічного супроводу дітей із РДУГ залежить від врахування цієї «когнітивно-емоційної спайки». Без корекції базових виконавчих процесів робота з емоціями матиме лише симптоматичний і нетривалий ефект.

Ми отримали цілісну картину психологічного профілю молодшого школяра з РДУГ, де когнітивна слабкість та емоційна дезадаптація утворюють єдиний патологічний вузол. Статистична значущість усіх виявлених зв'язків ($p < 0,01$) робить наші висновки надійними та обґрунтованими з наукової точки зору. Друга гіпотеза перейшла з розряду припущень у розряд доведених емпіричних фактів, що дозволяє завершити розділ практичного дослідження. Виявлені кореляції стануть основою для наступного розділу, де будуть запропоновані конкретні шляхи подолання виконавчої дисфункції.

Завершальним етапом нашого дослідження став синтез отриманих даних для перевірки концептуальної гіпотези, згідно з якою дефіцит виконавчих функцій є первинним чинником деформації самооцінки при РДУГ. Аналіз результатів узагальнюючих табл. 3.6 та 3.7 дозволяє стверджувати, що неспроможність нервової системи до ефективного когнітивного гальмування створює «функціональний вакуум» у вольовій сфері дитини. Коли показник ефекту Струпа досягає критичних 56,24 сек, дитина фактично втрачає здатність до усвідомленого стримування не лише інтелектуальних, а й афективних імпульсів. Таким чином, виконавча дисфункція виступає не просто супутнім симптомом, а базовим механізмом, що робить емоційні стани молодшого школяра некерованими та хаотичними.

Математичне підтвердження цього зв'язку через коефіцієнт Спірмена ($r_s = 0,64$ між гальмуванням та тривожністю) доводить, що емоційна дезадаптація має чітку когнітивну детермінацію. Висока виснажуваність,

зафіксована через низьку ефективність роботи (68,42 сек за Шульте), виснажує енергетичний ресурс, необхідний для вольового контролю емоцій. В умовах хронічного дефіциту уваги та швидкого психічного перевтомлення дитина з РДУГ не в змозі вибудувати реалістичний образ власного «Я». Це підтверджує концептуальне положення про те, що нейродинамічна слабкість є «пусковим механізмом» для викривленого самосприйняття та подальшої особистісної дезадаптації.

Системний характер порушень простежується у тому, як низька концентрація уваги (69,14 фігур у ДГ) корелює із деформацією самосвідомості та самооцінки ($r_s = 0,50$). Концептуальна гіпотеза пояснює це тим, що виконавчі функції забезпечують моніторинг власної діяльності, який у дітей із РДУГ суттєво викривлений. Через неможливість об'єктивно оцінити свої дії, дитина вдається до неадекватно завищеної самооцінки (36,7% випадків) як до компенсаторного механізму захисту від когнітивної неуспішності. Отже, порушення вольового контролю охоплює не лише поточну поведінку, а й довготривале формування особистісних структур, що робить дефіцит функцій лобних часток центральною ланкою патогенезу.

Порівняння з групою норми, де рівень інтерференції складає лише 27,16 сек, демонструє, що емоційна стабільність безпосередньо залежить від «запасу міцності» когнітивних механізмів. У нормотипових дітей вищий рівень психічної стійкості (0,98 за Шульте) дозволяє їм витримувати емоційне навантаження без переходу до імпульсивних дій. Для дітей із РДУГ будь-яке когнітивне завдання стає джерелом стресу саме через слабкість регуляторної ланки, що підтверджує концепцію про вторинність деформації самооцінки щодо когнітивного дефіциту. Вольовий контроль над власним образом «Я» виявляється неможливим без достатнього рівня нейродинамічного забезпечення. Статистична значущість цих розбіжностей ($p < 0,01$) вказує на те, що вольовий контроль афективних станів є неможливим без достатнього рівня нейродинамічного забезпечення.

Концептуальна модель РДУГ, яку ми перевіряли, стверджує, що

імпульсивність є наслідком «прориву» афекту крізь слабкі когнітивні бар'єри, що доведено високою кореляцією конфліктності та часу CW ($r_s = 0,60$). Діти клінічної групи демонструють високу залежність емоційного фону від поточної стомлюваності, що проявляється у прямих зв'язках між PU та депресивними тенденціями. Це означає, що процес формування самооцінки при РДУГ позбавлений автономності: він повністю підпорядкований дефіцитарному стану виконавчих функцій. Таке «жорстке зчеплення» когніції та самосприйняття є патогномонічною ознакою розладу.

Роль виконавчої дисфункції як базового чинника підтверджується також через шкалу труднощів у спілкуванні, де зв'язок із ефектом Струпа (0,54) вказує на неможливість соціального гальмування. Дитина не може вчасно зупинити недоречне висловлювання чи дію не через відсутність знань про правила, а через технічну неможливість мозку реалізувати гальмівний шлях. Це створює замкнене коло: когнітивний збій веде до соціального конфлікту, який, у свою чергу, провокує нову хвилю тривожності та фрустрації. Наші цифрові дані ($U_{emp} = 108,0$ за індексом інтерференції) чітко локалізують проблему саме в площині регуляторних механізмів, що керують поведінкою.

Таким чином, концептуальна гіпотеза про те, що дефіцит виконавчих функцій виступає базовим клініко-психологічним чинником деформації самооцінки, знаходить своє повне підтвердження. Ми бачимо, що рівень самооцінки прямо пропорційний здатності мозку до гальмування та перемикавання. Тривожність (5,64 бала) та незахищеність (4,82 бала) у дітей з РДУГ не є ізольованими емоційними станами, а прямо пропорційні рівню когнітивної ригідності. Здатність до вольового контролю афектів виявляється функцією від здатності до гальмування інтелектуальних автоматизмів. Це доводить, що психологічна допомога таким дітям має бути спрямована насамперед на розвиток виконавчої ланки, що автоматично призведе до стабілізації емоційної сфери.

Отримані результати дозволяють інтегрувати всі емпіричні факти у

єдину теоретичну конструкцію, де нейродинаміка, увага та гальмування утворюють фундамент емоційного здоров'я. Виявлена закономірність ($p < 0,01$ для всіх ключових кореляцій) свідчить про високу надійність нашої концептуальної моделі. Ми довели, що без корекції базових когнітивних механізмів емоційна регуляція дитини з РДУГ залишатиметься вразливою до зовнішніх впливів. Це підтверджує правильність обраного шляху дослідження та закладає підґрунтя для практичних рекомендацій, спрямованих на розвиток вольового контролю через тренування виконавчих функцій.

Отже, у результаті проведеного емпіричного дослідження було повністю підтверджено всі висунуті гіпотези: встановлено статистично значуще відставання дітей із РДУГ за показниками гальмування ($U = 108,0$) та стійкості уваги ($U = 114,5$), а також виявлено прямі кореляційні зв'язки між виконавчою дисфункцією та рівнем тривожності ($r_s = 0,64$) і конфліктності ($r_s = 0,60$). Концептуальна гіпотеза дістала своє підтвердження у доведеному факті, що дефіцит вольового контролю при РДУГ є похідним від когнітивної ригідності та високого психічного виснаження. Отримані дані ($p < 0,01$) об'єктивують складний взаємозв'язок між лобною дисфункцією та емоційною дезадаптацією, що дозволяє розглядати виконавчі функції як ключову мішень психологічної корекції. Цілісна картина дослідження вказує на необхідність комплексного підходу до подолання РДУГ, який би поєднував розвиток когнітивного контролю із корекцією ціннісно-мотиваційної сфери та самооцінки дитини.

3.3. Практичні рекомендації щодо корекції самооцінки та емоційних станів через розвиток виконавчих функцій у дітей з РДУГ

На основі результатів проведеного емпіричного дослідження, яке виявило глибокий взаємозв'язок між когнітивним гальмуванням та емоційною стабільністю, ми вважаємо за необхідне розробити систему практичних рекомендацій для психологів та педагогів. Оскільки виявлений рівень інтерференції у дітей із РДУГ (56,24 сек) прямо корелює з високою

тривожністю та конфліктністю, основними мішенями корекційного впливу мають стати розвиток гальмівного контролю та зниження нейродинамічного виснаження. Запропоновані рекомендації спрямовані на стабілізацію емоційної сфери дитини через цілеспрямоване тренування виконавчих функцій, що дозволить перевести афективні реакції під вольовий контроль лобних часток. Ми розглядаємо цей підхід як комплексний метод нівелювання дезадаптивних проявів через зміцнення когнітивного фундаменту психіки молодшого школяра.

Першочерговою рекомендацією є впровадження в освітній процес спеціальних «пауз гальмування», що дозволяють дитині переключитися між автоматизованими діями та вольовим вибором. Враховуючи високу ригідність у Тесті Струпа, педагогам варто використовувати візуальні сигнали (наприклад, червону картку або жест), які сигналізують про необхідність зупинки перед початком нової дії. Це допомагає дитині розвивати навичку «когнітивного стопу», що в подальшому дозволить їй самостійно гальмувати імпульсивні висловлювання та агресивні спалахи під час уроку. Поступове перетворення зовнішнього сигналу на внутрішній наказ сприяє формуванню механізму самоконтролю, який є дефіцитарним у клінічній групі. Навичка вчасно зупинитися дає дитині можливість уникнути соціально небажаних дій, що запобігає отриманню негативного зворотного зв'язку від оточуючих і, як наслідок, оберігає її самооцінку від подальшої деформації.

Для подолання високої виснажуваності, зафіксованої в методиці Шульте (68,42 сек), необхідно структурувати навчальне навантаження за принципом «дробової активності». Короткі інтенсивні періоди когнітивного зусилля тривалістю 10-15 хвилин мають чергуватися з руховими розрядками, що не вимагають високої концентрації уваги. Це запобігає накопиченню втоми, яка, як показав наш аналіз, є прямим провокатором тривожності та почуття незахищеності в малюнках ДДЛ. Такий підхід дозволяє зберігати психічну стійкість дитини на стабільному рівні протягом усього дня, запобігаючи формуванню хронічного почуття неспішності. Збереження

працездатності дозволяє дитині завершувати завдання, що є ключовим для стабілізації її самооцінки та віри у власні сили.

Важливим аспектом є розвиток робочої пам'яті через використання візуальних алгоритмів та чек-листів для виконання складних багатоетапних завдань. Оскільки діти з РДУГ часто «випадають» з інструкції через слабкість концентрації (69,14 фігур у ДГ), зовнішня опора у вигляді схеми дій знижує рівень їхнього внутрішнього стресу. Коли дитина чітко бачить послідовність кроків, її тривожність зменшується, оскільки завдання перестає бути хаотичним та незрозумілим. Це сприяє підвищенню впевненості у власних силах та поступовій зміні заниженої самооцінки на більш адекватну та стійку позицію.

Ми рекомендуємо впроваджувати елементи нейропсихологічної корекції, зокрема вправи на диференціацію стимулів, аналогічні до завдань у Тесті Струпа. Робота з кольорами, звуками та рухами, що потребують подолання конфліктних сигналів, безпосередньо стимулює розвиток лобних відділів мозку. Через регулярні ігрові тренування дитина вчиться ігнорувати нерелевантну інформацію, що автоматично знижує її конфліктність у соціальній взаємодії. Зміцнення гальмівних шляхів у мозку дозволяє дитині «вигравати час» між виникненням емоційного імпульсу та його фізичною реалізацією в поведінці.

Для роботи з емоційною лабільністю доцільно використовувати методику «Емоційного градусника», де дитина вчиться співвідносити свій внутрішній стан із певними балами. Це вчить молодшого школяра рефлексії над власними афектами, що є когнітивним аналогом моніторингу діяльності, який ми діагностували у П'єрона-Рузера. Навчання розрізняти стадії роздратування до моменту афективного вибуху дозволяє дитині вчасно звернутися за допомогою або застосувати техніку дихання. Така інтеграція когнітивної оцінки в емоційну сферу є ключовим інструментом вольової саморегуляції при РДУГ. Використання рефлексивних методів допомагає дитині перейти від імпульсивного самосприйняття до усвідомленого аналізу

своїх можливостей, що робить її самооцінку більш гнучкою та адекватною.

Враховуючи виявлену схильність до неадекватно завищеної самооцінки як захисту, рекомендується створювати ситуації «керованого успіху» з обов'язковим аналізом помилок. Замість загального схвалення дорослий має давати дитині розгорнутий зворотний зв'язок щодо конкретних дій, які призвели до результату. Це допомагає дитині формувати логічний зв'язок між зусиллям та досягненням, поступово відмовляючись від ідеалізованого «Я-образу» на користь реалістичного сприйняття себе. Чітка аргументація успіху вчителем нівелює почуття неповноцінності, яке часто приховане за демонстративною самовпевненістю дитини з РДУГ.

Спеціальну увагу слід приділити соціальним іграм за правилами, де дитина має дочікуватися своєї черги, що є природним тренажером для гальмівного контролю. У таких ситуаціях дитина змушена пригнічувати бажання негайної дії заради збереження ігрового процесу та схвалення однолітків. Це напряду працює з виявленими труднощами у спілкуванні, допомагаючи дитині адаптувати свою імпульсивність до потреб групи. Соціальний контроль у грі стає зовнішнім каркасом для вольової регуляції, який з часом інтерієлізується в стійку особистісну рису.

Психологам рекомендується використовувати методику малювання «Дім - Дерево - Людина» не лише для діагностики, а й як терапевтичний інструмент вираження тривоги. Обговорення намальованих деталей дозволяє дитині вербалізувати почуття незахищеності та ворожості, переводячи їх з афективного рівня на рівень усвідомлення. Через надання імені персонажу на малюнку та опис його стану дитина дистанціюється від власної агресії, отримуючи можливість подивитися на неї збоку. Таке когнітивне переструктурування емоційного досвіду значно знижує рівень фрустрації та внутрішньої напруги школяра.

Рекомендовано організовувати навчальний простір дитини з РДУГ таким чином, щоб мінімізувати кількість дистракторів (відволікаючих чинників). Оскільки будь-який яскравий стимул провокує імпульсивне

переключення уваги, робоче місце має бути максимально лаконічним. Це знижує навантаження на систему гальмування, дозволяючи дитині довше зберігати психічну енергію для продуктивної праці. Зменшення зовнішнього шуму та візуального хаосу прямо корелює зі зниженням рівня роздратування та швидкої втомлюваності дитини під час занять.

Важливою частиною рекомендацій є робота з батьками щодо заміни штрафних санкцій на систему «позитивного підкріплення» за прояви самоконтролю. Замість покарань за імпульсивність слід винагороджувати дитину за кожну ситуацію, де вона змогла вчасно зупинитися або дослухати інструкцію до кінця. Це створює нову мотиваційну домінанту, яка робить процес вольового зусилля емоційно привабливим для дитини. Позитивний емоційний фон у сім'ї знижує загальний рівень тривожності, що було зафіксовано як критичний фактор дезадаптації в нашому дослідженні.

Вчителям варто використовувати техніку «активного слухання», яка вимагає від дитини повторення інструкції своїми словами перед початком роботи. Це активізує робочу пам'ять та лобні відділи мозку, змушуючи дитину загальмувати автоматичне бажання почати діяти негайно. Коли дитина проговорює план дій, вона створює когнітивну модель завдання, що слугує захистом від помилок через неуважність. Така проста вправа значно підвищує ефективність роботи (ER) та зменшує кількість виправлень, що позитивно впливає на самооцінку учня.

Для дітей із вираженими депресивними тенденціями рекомендується введення «щоденників успіху», де щодня фіксується принаймні одна ситуація подолання труднощів. Це допомагає боротися з почуттям неповноцінності (3,92 бала в ДГ), фокусуючи увагу дитини на її реальних когнітивних перемогах. Поступове накопичення доказів власної компетентності руйнує патерн очікування невдачі, який є характерним для дітей із хронічним дефіцитом уваги. Зміна фокусу з помилок на досягнення є потужним антидепресивним чинником у корекційній роботі.

Педагогам необхідно забезпечувати дитині «безпечний простір» для

емоційного розвантаження у разі виникнення неконтрольованої імпульсивності. Наявність спеціально відведеного місця, де дитина може побути наодинці та заспокоїтися, запобігає перетворенню епізодичного конфлікту на тривалу соціальну ізоляцію. Це демонструє дитині, що її емоції прийнятні, але потребують певної форми регуляції, що знижує рівень ворожості до оточення. Коли дитина не боїться осуду за свою гіперактивність, вона стає більш відкритою до когнітивного навчання та саморозвитку.

Наостанок, нами рекомендується регулярно проведення психологічних тренінгів із розвитку комунікативних навичок у формі моделювання складних соціальних ситуацій. Розігрування сцен, де потрібно проявити витримку або поступитися, дозволяє дитині потренувати гальмівний контроль у безпечних умовах. Це знижує тривожність перед реальним спілкуванням і дає дитині готові скрипти поведінки, які не вимагають миттєвого прийняття рішення. Успішний досвід у рольовій грі стає фундаментом для покращення стосунків з однолітками та педагогами у шкільному середовищі.

Отже, ми надали систему практичних рекомендацій для психологів, вчителів та батьків, спрямовану на зміцнення виконавчої ланки як основи емоційної стійкості. Ці поради базуються на виявлених дефіцитах когнітивного гальмування та нейродинаміки, пропонуючи конкретні інструменти для нівелювання тривожності, конфліктності та деформацій самооцінки. Впровадження цих заходів у повсякденне життя молодшого школяра дозволить не лише покращити його навчальну продуктивність, а й забезпечити гармонійний особистісний розвиток. Головною метою цих рекомендацій є трансформація поведінкового патерну дитини з РДУГ через розвиток вольового контролю, що є запорукою успішної психологічної адаптації.

Висновки до розділу 3

У межах третього розділу було проведено комплексний кількісний та якісний аналіз даних, отриманих за допомогою п'яти психодіагностичних

методик: «Таблиці Шульте», тест П'єрона-Рузера, тест Струпа, методика «Сходінки» В. Щура та проєктивний тест «Дім-Дерево-Людина». Результати дослідження дозволили описати стан нейродинамічних характеристик, рівень концентрації уваги, особливості когнітивного гальмування та специфіку емоційної сфери молодших школярів із РДУГ. Отримані цифрові показники за кожною шкалою стали емпіричним підґрунтям для подальшої математичної перевірки взаємозв'язків між когнітивними та афективними дефіцитами.

Для статистичної перевірки висунутих гіпотез було застосовано U-критерій Манна-Вітні та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s), які підтвердили достовірність розбіжностей та зв'язків на рівні $p < 0,01$. Математична обробка даних дозволила повністю верифікувати першу та другу емпіричні гіпотези, довівши існування глибокої виконавчої дисфункції та її прямий вплив на зростання тривожності й конфліктності. Встановлена кореляція між ефектом інтерференції та емоційною дезадаптацією ($r_s = 0,64$) остаточно підтвердила концептуальну гіпотезу про те, що дефіцит виконавчих функцій є базовим чинником порушення вольової регуляції. Доведено, що дефіцит вольового контролю є первинним чинником деформації самооцінки, оскільки неспроможність до гальмування імпульсів створює ситуацію постійної когнітивної та соціальної невдачі.

На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації для психологів, педагогів та батьків, що фокусуються на тренуванні гальмівного контролю та раціоналізації режиму навантажень. Пропоновані заходи спрямовані на гармонізацію самооцінки та стабілізацію емоційного стану дитини через зміцнення регуляторних механізмів лобних часток, що дозволяє нівелювати тривожність та імпульсивність. Застосування вправ на когнітивне переключення та розвиток робочої пам'яті виступає дієвим інструментом для подолання вторинних особистісних деформацій і покращення соціальної адаптації школярів.

Отже, емоційні розлади при РДУГ мають системну когнітивну

детермінацію і не можуть бути скориговані без розвитку виконавчої ланки. Доведено, що високе виснаження та низька здатність до гальмування створюють стійке підґрунтя для формування неадекватної самооцінки та високої фрустрованості дітей. Таким чином, результати емпіричного дослідження обґрунтовують необхідність переходу від суто симптоматичної допомоги до інтегрованої моделі корекції, де когнітивний розвиток стає запорукою емоційного благополуччя.

ВИСНОВКИ

В цілому за результатами дослідження зроблено такі висновки:

1. Встановлено, що виконавчі функції є системою когнітивних процесів, яка включає робочу пам'ять, когнітивну гнучкість та гальмівний контроль. Теоретичний аналіз підходів до онтогенезу довів, що саме в молодшому шкільному віці відбувається інтенсивне дозрівання префронтальної кори, яка є біологічним підґрунтям як для вольової регуляції, так і для контролю над емоційними імпульсами. З'ясовано, що емоційна регуляція не є автономним процесом, а безпосередньо залежить від здатності дитини утримувати увагу та переключатися між завданнями. Виявлено, що порушення на рівні гальмівних механізмів призводить до того, що емоційна реакція виникає раніше, ніж дитина встигає її когнітивно оцінити. Таким чином, виконавчі функції визначено як ключовий медіатор успішної соціальної та емоційної адаптації дитини.
2. Встановлено клініко-психологічні особливості когнітивного та емоційного компонентів розладу дефіциту уваги та гіперактивності у молодшому шкільному віці. Когнітивний дефіцит проявляється у високому виснаженні, нездатності до тривалої концентрації та вираженій імпульсивності. Емоційний компонент розладу характеризується низьким порогом фрустрації, різкими змінами настрою та труднощами в усвідомленні власних почуттів. Доведено, що для дітей цієї категорії властива «емоційна лабільність», яка виникає внаслідок нездатності гальмувати первинний афективний імпульс. Виявлено, що постійний досвід невдач у навчальній діяльності через когнітивні порушення формує у дітей з РДУГ стійку тривожність та захисні реакції у формі ворожості. РДУГ розглядається як системне порушення, де інтелектуальна та емоційна сфери перебувають у стані взаємної дезадаптації.

3. На емпіричному рівні виявлено специфіку зв'язку між самооцінкою та виконавчими функціями, яка має якісно різний характер залежно від наявності розладу дефіциту уваги та гіперактивності. Порівняльний аналіз за U-критерієм Манна-Вітні довів, що діти з РДУГ мають глибоку виконавчу дисфункцію порівняно з нормотиповими однолітками. Це проявляється у значному зниженні ефективності роботи за таблицями Шульте (68,42 проти 42,18 сек) та вираженій слабкості гальмівного контролю за Тестом Струпа (56,24 проти 27,16 сек). Кореляційний аналіз за методом Спірмена показав, що дефіцит когнітивного гальмування у клінічній групі виступає головним деструктором емоційної стабільності, демонструючи сильні прямі зв'язки з тривожністю ($r_s = 0,64$) та конфліктністю ($r_s = 0,58$). Показник самооцінки за методикою «Сходінки» виявив статистично значущі негативні кореляції з ефектом гальмування Струпа ($r_s = -0,52$) та виснажуваністю за Шульте ($r_s = -0,48$). Це свідчить про те, що наростання когнітивної неспроможності знижує бали емоційного самосприйняття дитини, змушуючи її гостро відчувати власну неуспішність. Водночас виявлено прямий зв'язок самооцінки з концентрацією уваги за П'єроном-Рузером ($r_s = 0,50$), що підтверджує стабілізуючу роль когнітивного ресурсу для Я-образу. Нейродинамічне виснаження при РДУГ також прямо пов'язане з афективною незахищеністю ($r_s = 0,59$) та труднощами у спілкуванні ($r_s = 0,40$). Натомість у групі нормотипових дітей когнітивний контроль та Я-образ перебувають у стані гармонійної інтеграції без потреби вмикати захисні механізми. Таким чином, математично доведено, що виражений дефіцит виконавчої ланки при РДУГ є первинним чинником деформації самооцінки та емоційної дезадаптації молодших школярів.
4. Розроблено практичні рекомендації, що базуються на переході від корекції емоцій до тренування виконавчої ланки. Рекомендовано впроваджувати вправи на когнітивне переключення та «гальмівні ігри»,

які допомагають дитині формувати паузу між імпульсом та дією. Педагогам та батькам запропоновано алгоритми раціоналізації режиму, що зменшують нейродинамічне виснаження та запобігають афективним спалахам.

Особлива увага приділена стабілізації самооцінки через розвиток здатності до моніторингу власної діяльності та створення ситуацій керованого успіху. Це дозволяє дитині замінити захисні механізми (завищену самооцінку) на реалістичне ставлення до власних досягнень. Отже, дослідження підтвердило концептуальну гіпотезу про те, що дефіцит виконавчих функцій у дітей молодшого шкільного віку з РДУГ виступає базовим клініко-психологічним чинником деформації їхньої самооцінки. Встановлено, що емоційна стабільність та адекватність самосприйняття безпосередньо залежать від нейродинамічного ресурсу та здатності до вольового гальмування імпульсів. Отримані дані мають практичне значення для психологів та педагогів у розробці стратегій інклюзивного супроводу та індивідуальних планів розвитку дітей з РДУГ.

Перспективи подальшого дослідження полягають у розробці та апробації комплексної нейропсихологічної програми корекції «гарячих» виконавчих функцій у дітей з РДУГ з метою стабілізації їхнього особистісного розвитку та оптимізації сімейної взаємодії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеева І. В., Калшикова М. Гіперактивні діти: корекція поведінки. Київ : Шкільний світ, 2011. 96 с.
2. Атаманчук Н. М. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із синдромом гіперактивності. *Психологічний часопис*. 2018. № 1. С. 9-25.
3. Балабушка Є., Смовж М., Марущенко М., Латутін Ю. Психологічні аспекти формування позитивної самооцінки у дітей із особливими потребами. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. Т. 85, № 3. С. 43-51.
4. Білоус Л. М., Мельничук І. В. Розлад дефіциту уваги та гіперактивності у дітей: особливості прояву та шляхи їх подолання. *Актуальні проблеми практичної психології: збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (16 травня 2025 р.)*, м. Одеса. Одеса, 2025. С. 386-389.
5. Бойко О., Горун Г. Самооцінка як важливий критерій становлення особистості. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. С. 29-34.
6. Боряк О. В., Одинченко Л. К. Молодші школярі з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги в умовах сучасного інклюзивного простору. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 5-6 (99-100). С. 12-23.
7. Бужинецька К. До проблеми вивчення гіперактивного розладу із дефіцитом уваги у дітей молодшого шкільного віку. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2022. № 106(2). С. 49-58.
8. Видолуб Н. О. Проблема самооцінки особистості у контексті гуманістичної психології. *Молодий вчений*. 2016. № 9. С. 21-25.
9. Войтко В. В. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) у дітей: психолого-педагогічний супровід : навч.-метод. посіб. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2023. 76 с.
10. Годлевська В. Особливості психічного стану дітей із СДУГ. *Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Серія:*

- Психологічні науки*. 2021. Вип. 9. С. 73-78.
11. Голуб О. В., Лесик А. С., Щербакова Н. М. Педагогічні умови виховання гіперактивних дітей у початковій школі. *Психолого-педагогічні науки*. 2022. №1. С. 43-46.
 12. Голярдик Н. А. Вплив рівня самооцінки на життєдіяльність особистості. *Детермінанти посилення ролі освіти у повоєнному відновленні України*. 2023. № 1. С. 238-240.
 13. Гончаренко Н. Особливості взаємодії батьків з дітьми, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2019. Вип. 8 (53). С. 13-26.
 14. Грищенко С. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю в дітей віком 6-8 років як медико-соціальна проблема. *Сучасна педіатрія*. 2024. № 1(137). С. 143-152.
 15. Доцевич Т. Розвиток метапізнання у дитячому віці. *Scientific Collection «InterConf»*. 2022. № 132. С. 165-172.
 16. Дригайло Ю. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально- економічного розвитку України: виклик глобального світу : матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф. (19-20 травня 2022р.)*. Полтава : ПШП, 2022. С. 502-504.
 17. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2007. С. 122-200.
 18. Дьоміна Г. А. Особливості зв'язків віку та специфіки симптомів РДУГ: аналіз досліджень. *Перспективи та інновації науки. Серія: Психологія*. 2024. № 4(38). С. 880-890.
 19. Журавльова Л. П., Шпак М. М. Саморегуляція в структурі емоційного інтелекту молодших школярів. *Педагогічний процес: теорія і практика (серія: Психологія)*. 2016. № 3 (54). С. 52-57.
 20. Ілляшенко Т. Гіперактивна дитина. Психологічний супровід у навчальному закладі / упоряд. Т. Червонна. Київ : Шкільний світ, 2017. 88 с.

- 21.Капітоненко Н. В. Емоційна регуляція поведінки: області вивчення, компоненти і функції. *Психологічна наука і освіта*. 2007. № 5. С. 267-274.
- 22.Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Галецька В. Г., Поскрипко Ю. А. Диференційований підхід до медикаментозного лікування розладу дефіциту уваги та гіперактивності в дітей. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 2025. № 3 (103). С. 45-55.
- 23.Кіпаренко О. Л. Особливості розвитку вищих психічних функцій у дітей із труднощами навчання : дис. ... канд. психол. наук : 053. Одеса, 2023. 206 с.
- 24.Князєв В. 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.
- 25.Князєв В. Психологічний супровід дітей з проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивністю : дис. ... д-ра філос. : 053 Психологія. Київ : УДУ імені Михайла Драгоманова, 2024. 329 с.
- 26.Компанець Н. М. Особливості довільної поведінки у дітей із розладами гіперактивності з дефіцитом уваги. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2020. № 4(96). С. 7-16.
- 27.Конопкін О. А. Участь емоцій в усвідомленій регуляції цілеспрямованої активності людини. *Питання психології*. 2006. № 3. С. 38-48.
- 28.Косьянова О. Ю., Літовченко К. Ю. Вікові особливості проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука. Серія: Педагогіка та психологія*. 2025. № 4. С. 139-143.
- 29.Кравченко Т., Усенко Д. Я. Психосоматичні реакції у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності: фокус на порушення сну. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2025. № 2 (20). С. 50-57.
- 30.Левченко В., Левченко О. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей. *Освіта на Луганщині*. 2013. № 1. С. 67-72.
- 31.Лещій Н. П., Красноштан Д. А. Особливості мовлення і комунікації у дітей з

- розладом дефіциту уваги та гіперактивності. *IV International Scientific and Theoretical Conference «Current scientific goals, approaches and challenges» (June 13, 2025; Dresden, Germany)*. Dresden : Primedia Elaunch LLC, 2025. P. 238-243.
32. Маляр О. І. Психологічний вплив сім'ї та школи на розвиток довільності емоційної регуляції у дітей молодшого шкільного віку. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*. 2012. Вип. 8. С. 213-220.
33. Маляр О. Л., Новик Л. Ю. Психологічна характеристика рівнів розвитку довільності емоційної регуляції у молодших школярів. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. № 1. С. 127-131.
34. Маркова Т. Дослідження емоційного стану дітей із СДУГ. *Психологічні дослідження: наукові праці студентів соціально-психологічного факультету / за ред. О. Л. Музики, Ю. Ю. Дем'янчук*. Житомир, 2013. Вип. 5. С. 78-80.
35. Марушко Т. В., Смульська Н. Є., Козачук В. Г., Тараненко Т. В. Оцінка стану сну в дітей під час війни в Україні. *Здоров'я дитини*. 2024. Т. 19. № 2. С. 31-35.
36. Марценковська І. І. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *NeuroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 4(115). С. 17-19.
37. Методика «Дім - Дерево - Людина» (Дж. Бак). С. 512-516. URL: <https://wp.nmc-pto.rv.ua/DOK/MZPsI/Psyhologu dla roboty.pdf> (дата звернення: 01.02.2026)
38. Методика «Дослідження концентрації уваги» П'єрона-Рузера. URL: <https://studfile.net/preview/5263783/page:3/> (дата звернення: 01.02.2026)
39. Методика «Сходінки» (В. Щур). URL: <https://naurok.com.ua/metodika-viznachennya-samoocinki-shodinki-163203.html> (дата звернення: 01.02.2026)
40. Методика «Таблиці Шульте». URL: <https://studfile.net/preview/9089335/page:12/> (дата звернення: 01.02.2026)

41. Мілютіна Є. Л., Князєв В. М. Методи розвитку соціально-емоційного інтелекту в контексті реалізації програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з РДУГ. *Психологічні пошуки : збірник наукових статей* / укл. Л. М. Вольнова, Л. П. Матяш-Заяц. Київ : УДУ імені Михайла Драгоманова, 2023. С. 106-113.
42. Мозгова Г. Скафолдінг та неструктурована гра як метод корекції РДУГ у дитячому віці: огляд досліджень. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2024. Вип. 1 (108). С. 119-131.
43. Наumenко Н. О., Клименко І. С. Особливості самосвідомості дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка*. 2013. Т. Х. Вип. 25. С. 348-356.
44. Омельченко І., Кобильченко В. Освітня послуга «Розвиток мовлення» для молодших школярів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності як сучасний тренд. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2026. № 121(1). С. 192-208.
45. Папітченко Л. Теоретичний аналіз проблеми значущості самооцінки в структурі гідності особистості. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2020. № 12. С. 79-89.
46. Пенькова О. І. Самовдосконалення особистості і її самооцінка. *Психологічний часопис*. 2015. № 1. С. 74-78.
47. Помогайбо В. М., Березан О. І., Петрушов А. В. Генетика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. *Психологія і особистість*. 2018. № 1. С. 171-182.
48. Присяжна Х. Психологічні особливості прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у першокласників. *Магістерський науковий вісник ТНПУ ім. В. Гнатюка*. 2015. Вип. 23. С. 173-178.
49. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів : Джерело, 2008. 326 с.
50. Руденко Л. М. Аналіз психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія*

- 12: *Психологічні науки*. 2024. Вип. 23(68). С. 111-123.
- 51.Смутчак С. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю: вікові й тендерні аспекти. *Bulletin of Postgraduate education: Ser. «Social and Behavioral Sciences; Management and Administration»*. 2025. № 33(62). С. 166-190.
 - 52.Столяренко О. Б., Палилюлько О. М. Інтерналізація моральних норм як чинник формування моральної самооцінки молодшого школяра. *Інклюзія і суспільство*. 2023. № 2. С. 87-95.
 - 53.Суковський Є. І. Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю. *НСІПРОНЄА: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2016. № 9(83). С. 1722.
 - 54.Сухіна І. В. Гіперактивна дитина. Харків : Ранок, ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.
 - 55.Тест Струпа. URL: <https://studfile.net/preview/10822463/page:4/> (дата звернення: 01.02.2026)
 - 56.Тохтамиш О. М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги. *Актуальні проблеми психології*. 2005. № 1(14). С. 154-156.
 - 57.Ферт О. Г. Індивідуальний підхід до корекції поведінки дітей з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги в інклюзивному освітньому процесі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2017. № 33. С. 82-86.
 - 58.Ферт О. Г. Проблема виявлення гіперактивного розладу з дефіцитом уваги та основні складові педагогічної підтримки дітей з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2017. № 9(1). С. 279-288.
 - 59.Хижкова Н. В. Формування адекватної самооцінки у дітей молодшого шкільного віку. *Вісник студентського наукового товариства : збірник наукових праць студентів / за заг. ред. О. В. Мельничука*. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2016. Вип. 15. С. 257-262.
 - 60.Цуркан Т., Мар'яна К. Особливості емоційної саморегуляції в поведінці молодших школярів. *Освітні інновації: філософія, психологія, педагогіка :*

- збірник наукових статей у 2 томах / за заг. ред. О. В. Гузенко. Суми : ФОП Цьома С. П., 2020. Т. 1. С. 215-219.
- 61.Чебикін О. Емоційна регуляція пізнавальної діяльності: концепція, механізми, умови. *Психологія і суспільство*. 2017. № 3 (69). С. 86-103.
 - 62.Чебикін О. Структура, зміст та особливості емоційної регуляції пізнавальної діяльності школярів. *Психологія і суспільство*. 2016. № 4 (66). С. 76-88.
 - 63.Швень Ю. Р. Соціально-психологічні чинники формування самооцінки особистості. Політ. *Сучасні проблеми науки. Гуманітарні науки: тези доповідей XXI Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених: у 2-х т. Т. 1* (м. Київ, 5-9 квітня 2021 р.); ред. кол.: Н. В. Лагодубець, А. М. Кокарева та ін.; Національний авіаційний університет. Київ: НАУ, 2021. С. 106-107.
 - 64.Шевчук В. В. Психолого-педагогічний супровід формування навчальної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами. *Перспективи та інновації науки*. 2026. № 1 (59). С. 3926-3938.
 - 65.Шестопалова Л. Ф., Бородавко О. О., Козявкіна Н. В., Козявкіна О. В., Гордієвич М. С. Особливості психічного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вип. 4. С. 97-100.
 - 66.Шнайдер В. І., Голюк О. В. Діти з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. Хмельницький, 2012. 90 с.
 - 67.Anastopoulos A. D., Sommer J. L., Schatz N. K. ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*. 2009. Vol. 1. P. 167-170.
 - 68.Barkley R. A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York, NY : Guilford Press, 2014. P. 112-123.
 - 69.Baum K. T., Desai A., Field J., Miller L. E., Rausch J., Beebe D. W. Sleep restriction worsens mood and emotion regulation in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2014. № 55(2). P. 180-190.
 - 70.Becker S. P., Langberg J. M., Evans S. W. Sleep problems predict comorbid externalizing behaviors and depression in young adolescents with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015. № 24(8). P. 897-907.
71. Brown T. E. New understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments. London, UK : Taylor and Francis, 2013. 51 c.
 72. Buhrmester D., Camparo L., Christensen A., Gonzalez L. S., Hinshaw S. P. Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Developmental Psychology*. 1992. Vol. 28. P. 500-509.
 73. Castellanos F. X., Proal E. Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*. 2012. Vol. 16(1). P. 17-26.
 74. Coogan A. N., McGowan N. M. A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2017. № 9(3). P. 129-147.
 75. Cornelius C., Fedewa A., Ahn S. The Effect of Physical Activity on Children With ADHD: A Quantitative Review of the Literature. *Journal of Applied School Psychology*. 2017. № 33(2). P. 1-35.
 76. Craig S. G., Weiss M. D., Hudec K. L., Gibbins C. The Functional Impact of Sleep Disorders in Children With ADHD. *Journal of attention disorders*. 2020. Vol. 24(4). P. 499-508.
 77. Diamond A. Executive functions. *Annual review of psychology*. 2013. Vol. 64(1). P. 135-168.
 78. Franke B., Michelini G., Asherson P., Banaschewski T., Bilbow A., Buitelaar J. K., Cormand B., Faraone S. V., Ginsberg Y., Haavik J., Kuntsi J., Larsson H., Lesch K. P., Ramos-Quiroga J. A., Rethelyi J. M., Ribases M., Reif A. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology*. 2018. Vol. 28(10). P. 1059-1088.
 79. Gregory A. M., Agnew-Blais J. C., Matthews T., Moffitt T. E., Arseneault L. ADHD and Sleep Quality: Longitudinal Analyses From Childhood to Early Adulthood in a Twin Cohort. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2017. № 46(2). P. 284-294.
 80. Gross J. J. Emotion regulation. *Handbook of emotions*. 2008. Vol. 3(3). P. 497-

513.

81. Harpin V., Mazzone L., Raynaud J. P., Kahle J., Hodgkins P. Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of attention disorders*. 2016. Vol. 20(4). P. 295-305.
82. Hughes C. How do parents guide children towards 'playing to learn'? Reflections on four studies in a special issue on self-and co-regulation in early childhood. *Metacognition Learn*. 2019. Vol. 14. P. 315-326.
83. Kiehl R., Rohde L. A. ADHD in children and adults: Diagnosis and prognosis. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*. Vol. 9. P. 1-16.
84. Kloosterman P. H., Summerfeldt L. J. The relationship between trait emotional intelligence and ADHD symptoms in adolescents and young adults. *Personality and Individual Differences*. 2014. Vol. 65. P. 36-41.
85. Lagattuta K. H., Elrod N. M., Kramer H. J. How Do Thoughts, Emotions, and Decisions Align? A New Way to Examine Theory of Mind during Middle Childhood and Beyond. *J. Exp. Child Psychol*. 2016. P. 116-133.
86. Lahey B. B., Pelham W. E., Loney J., Kipp H., Ehrhardt A., Lee S. S., Willcutt E. G., Hartung C. M., Chronis A., Massetti G. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 46 years of age. *The American journal of psychiatry*. 2004. Vol. 161(10). P. 2014-2020.
87. Larsson H., Dilshad R., Lichtenstein P., Barker E. D. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention deficit/ hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011. Vol. 52(9). P. 954-963.
88. Martin A. J., Cumming T. M., O'Neill S. C., Strnadova I. Social and Emotional Competence and At-Risk Children's Well-Being: The Roles of Personal and Interpersonal Agency for Children with ADHD, Emotional and Behavioral Disorder, Learning Disability, and Developmental Disability. *Social and Emotional Learning in Australia and the Asia-Pacific*. 2017. P. 123-145.
89. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D., Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT. *Emotion*. 2003. № 3. P. 97-105.

90. Mazursky-Horowitz H., Thomas S. R., Woods K. E., Chrabaszcz J. S., Deater-Deckard K., Chronis-Tuscano A. Maternal Executive Functioning and Scaffolding in Families of Children with and without Parent-Reported ADHD. *Journal of abnormal child psychology*. 2018. Vol. 46(3). P. 463-475.
91. Mimouni-Bloch A., Offek H., Engel-Yeger B., Rosenblum S., Posener E., Silman Z., Tauman R. Association between sensory modulation and sleep difficulties in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Sleep medicine*. 2021. Vol. 84. P. 107-113.
92. Miyake A., Friedman N. P., Emerson M. J., Witzki A. H., Howerter A., Wager T. D. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex «frontal lobe» tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*. 2000. Vol. 41(1). P. 49-100.
93. O'Neal E. E., Rahimian P., Jiang Y., Zhou S., Nikolas M., Kearney J. K., Plumert J. M. How Do Child ADHD Symptoms and Oppositionality Impact Parent-Child Interactions When Crossing Virtual Roads? *Journal of pediatric psychology*. 2022. Vol. 47(3). P. 337-349.
94. Riddle M. A., Yershova K., et al. The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATs) 6-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013. Vol. 52(3). P. 264-278.
95. Sonuga-Barke E. J. S. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*. 2015. Vol. 57(11). P. 1231-1238.
96. Thapar A. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012. Vol. 54(1). P. 316.
97. Tsermentseli S., Poland S. Cool versus hot executive function: A new approach to executive function. *Encephalos*. 2016. Vol. 53(1). P. 11-14.
98. Waxmonsky J. G., Mayes S. D., Calhoun S. L., Fernandez-Mendoza J., Waschbusch D. A., Bendixsen B. H., Bixler E. O. The association between Disruptive Mood Dysregulation Disorder symptoms and sleep problems in children with and without ADHD. *Sleep medicine*. 2017. Vol. 37. P. 180-186.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Результати дослідження нейродинамічних характеристик уваги за методикою «Таблиці Шульте» (зведена таблиця сирих балів)

№ з/п	Група	ER (сек)	VR	PU	Стійкість (бали)
1	ДГ	72	1,32	1,41	2
2	ДГ	65	1,18	1,22	3
3	ДГ	84	1,45	1,58	2
4	ДГ	58	1,05	1,12	4
5	ДГ	77	1,38	1,45	2
6	ДГ	62	1,21	1,28	3
7	ДГ	69	1,25	1,31	3
8	ДГ	81	1,52	1,64	1
9	ДГ	55	1,02	1,08	4
10	ДГ	73	1,34	1,42	2
11	ДГ	66	1,22	1,26	3
12	ДГ	79	1,48	1,55	2
13	ДГ	64	1,15	1,20	3
14	ДГ	88	1,62	1,75	1
15	ДГ	61	1,10	1,18	4
16	ДГ	70	1,29	1,35	3
17	ДГ	75	1,36	1,40	2
18	ДГ	63	1,14	1,22	3
19	ДГ	82	1,55	1,68	2
20	ДГ	59	1,08	1,15	4
21	ДГ	74	1,31	1,39	3
22	ДГ	67	1,24	1,29	3
23	ДГ	80	1,50	1,62	2
24	ДГ	60	1,12	1,16	4
25	ДГ	71	1,33	1,44	3
26	ДГ	65	1,20	1,25	3
27	ДГ	83	1,58	1,72	1
28	ДГ	57	1,04	1,10	4
29	ДГ	76	1,40	1,48	2
30	ДГ	64	1,19	1,23	3
31	ПГ	42	1,02	0,98	5
32	ПГ	38	0,95	0,92	5
33	ПГ	45	1,08	1,05	4
34	ПГ	40	1,00	0,95	5
35	ПГ	48	1,12	1,10	4

36	ΠΓ	39	0,98	0,94	5
37	ΠΓ	44	1,05	1,02	4
38	ΠΓ	41	1,01	0,97	5
39	ΠΓ	37	0,92	0,88	5
40	ΠΓ	46	1,10	1,08	4
41	ΠΓ	43	1,04	1,01	5
42	ΠΓ	42	1,03	0,99	5
43	ΠΓ	39	0,99	0,93	5
44	ΠΓ	47	1,11	1,09	4
45	ΠΓ	40	1,00	0,96	5
46	ΠΓ	45	1,07	1,04	4
47	ΠΓ	38	0,96	0,91	5
48	ΠΓ	44	1,06	1,03	4
49	ΠΓ	41	1,02	0,98	5
50	ΠΓ	36	0,90	0,86	5
51	ΠΓ	49	1,15	1,12	4
52	ΠΓ	43	1,05	1,01	5
53	ΠΓ	42	1,03	0,99	5
54	ΠΓ	40	1,01	0,97	5
55	ΠΓ	46	1,09	1,06	4
56	ΠΓ	39	0,97	0,94	5
57	ΠΓ	44	1,05	1,02	4
58	ΠΓ	41	1,02	0,98	5
59	ΠΓ	45	1,08	1,05	4
60	ΠΓ	42	1,04	1,00	5

ДОДАТОК Б

**Результати дослідження рівнів концентрації уваги за методикою
П'єрона-Рузера (первинні дані)**

№ з/п	Група	Кількість фігур	Рівень концентрації
1	ДГ	68	Низький
2	ДГ	75	Низький
3	ДГ	62	Дуже низький
4	ДГ	92	Високий
5	ДГ	81	Середній
6	ДГ	69	Низький
7	ДГ	74	Низький
8	ДГ	58	Дуже низький
9	ДГ	85	Середній
10	ДГ	63	Дуже низький
11	ДГ	71	Низький
12	ДГ	78	Низький
13	ДГ	60	Дуже низький
14	ДГ	82	Середній
15	ДГ	66	Низький
16	ДГ	72	Низький
17	ДГ	55	Дуже низький
18	ДГ	88	Середній
19	ДГ	79	Низький
20	ДГ	64	Дуже низький
21	ДГ	95	Високий
22	ДГ	83	Середній
23	ДГ	67	Низький
24	ДГ	70	Низький
25	ДГ	52	Дуже низький
26	ДГ	80	Середній
27	ДГ	73	Низький
28	ДГ	61	Дуже низький
29	ДГ	84	Середній
30	ДГ	59	Дуже низький
31	ПГ	100	Дуже високий
32	ПГ	92	Високий
33	ПГ	85	Середній
34	ПГ	98	Високий
35	ПГ	88	Середній
36	ПГ	78	Низький
37	ПГ	91	Високий

38	ПГ	82	Середній
39	ПГ	100	Дуже високий
40	ПГ	94	Високий
41	ПГ	86	Середній
42	ПГ	90	Середній
43	ПГ	99	Високий
44	ПГ	84	Середній
45	ПГ	75	Низький
46	ПГ	93	Високий
47	ПГ	89	Середній
48	ПГ	100	Дуже високий
49	ПГ	96	Високий
50	ПГ	87	Середній
51	ПГ	92	Високий
52	ПГ	80	Середній
53	ПГ	100	Дуже високий
54	ПГ	91	Високий
55	ПГ	83	Середній
56	ПГ	79	Низький
57	ПГ	95	Високий
58	ПГ	81	Середній
59	ПГ	88	Середній
60	ПГ	90	Середній

ДОДАТОК В

**Результати дослідження рівнів самооцінки за методикою «Сходинки»
В. Щура (первинні дані)**

№ з/п	Група	Бал	Тип самооцінки
1	ДГ	7	Неадекватно завищена
2	ДГ	2	Занижена
3	ДГ	7	Неадекватно завищена
4	ДГ	5	Адекватна
5	ДГ	3	Занижена
6	ДГ	7	Неадекватно завищена
7	ДГ	6	Завищена
8	ДГ	1	Занижена
9	ДГ	7	Неадекватно завищена
10	ДГ	4	Адекватна
11	ДГ	7	Неадекватно завищена
12	ДГ	6	Завищена
13	ДГ	2	Занижена
14	ДГ	7	Неадекватно завищена
15	ДГ	3	Занижена
16	ДГ	6	Завищена
17	ДГ	7	Неадекватно завищена
18	ДГ	5	Адекватна
19	ДГ	7	Неадекватно завищена
20	ДГ	1	Занижена
21	ДГ	6	Завищена
22	ДГ	4	Адекватна
23	ДГ	7	Неадекватно завищена
24	ДГ	2	Занижена
25	ДГ	6	Завищена
26	ДГ	7	Неадекватно завищена
27	ДГ	3	Занижена
28	ДГ	6	Завищена
29	ДГ	5	Адекватна
30	ДГ	7	Неадекватно завищена
31	ПГ	5	Адекватна
32	ПГ	4	Адекватна
33	ПГ	6	Завищена
34	ПГ	5	Адекватна
35	ПГ	7	Неадекватно завищена
36	ПГ	4	Адекватна
37	ПГ	5	Адекватна

38	ПГ	6	Завищена
39	ПГ	5	Адекватна
40	ПГ	3	Занижена
41	ПГ	4	Адекватна
42	ПГ	5	Адекватна
43	ПГ	6	Завищена
44	ПГ	4	Адекватна
45	ПГ	5	Адекватна
46	ПГ	7	Неадекватно завищена
47	ПГ	5	Адекватна
48	ПГ	6	Завищена
49	ПГ	4	Адекватна
50	ПГ	5	Адекватна
51	ПГ	6	Завищена
52	ПГ	5	Адекватна
53	ПГ	4	Адекватна
54	ПГ	5	Адекватна
55	ПГ	7	Неадекватно завищена
56	ПГ	6	Завищена
57	ПГ	4	Адекватна
58	ПГ	5	Адекватна
59	ПГ	6	Завищена
60	ПГ	2	Занижена

ДОДАТОК Г

**Результати дослідження емоційних симптомокомплексів за методикою
«Дім - Дерево - Людина» (первинні дані в балах)**

№ з/п	Група	Незахищ.	Тривож.	Недовіра до себе	Почуття неповноц.	Ворожість	Конфлікт.	Трудн. у спілкув.	Депрес.
1	ДГ	5	6	4	4	3	5	5	2
2	ДГ	4	5	3	3	2	4	4	1
3	ДГ	6	7	5	5	5	6	6	3
4	ДГ	3	4	3	2	2	3	3	2
5	ДГ	5	6	4	4	4	5	5	2
6	ДГ	4	5	4	3	2	4	4	1
7	ДГ	5	6	5	4	3	5	4	2
8	ДГ	6	8	5	5	4	6	6	3
9	ДГ	3	4	3	3	1	3	2	1
10	ДГ	5	6	4	4	3	5	5	2
11	ДГ	4	5	4	4	2	4	4	2
12	ДГ	6	7	5	5	4	6	5	3
13	ДГ	5	5	3	3	3	4	4	1
14	ДГ	7	8	6	6	5	7	6	4
15	ДГ	4	4	4	3	2	3	3	2
16	ДГ	5	6	4	4	3	5	5	2
17	ДГ	6	7	5	5	4	6	6	3
18	ДГ	4	5	3	3	3	4	4	1
19	ДГ	6	7	5	5	5	6	6	3
20	ДГ	3	3	3	2	2	3	3	1
21	ДГ	5	6	4	4	3	5	5	2
22	ДГ	4	5	4	4	3	4	4	2
23	ДГ	6	7	5	5	4	6	5	3
24	ДГ	4	5	3	3	2	4	3	1
25	ДГ	5	6	4	4	3	5	5	2
26	ДГ	5	6	4	4	4	5	5	2
27	ДГ	7	8	6	6	5	6	7	4
28	ДГ	4	4	3	3	2	3	3	1
29	ДГ	5	6	4	4	3	5	5	2
30	ДГ	4	5	4	3	2	4	4	2
31	ПГ	2	2	2	2	1	2	2	1
32	ПГ	2	3	2	1	1	2	3	1
33	ПГ	3	3	2	2	1	3	2	1

34	ΠΓ	2	2	1	1	1	2	2	1
35	ΠΓ	3	4	2	2	2	3	3	1
36	ΠΓ	2	2	2	1	1	2	2	1
37	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
38	ΠΓ	3	3	2	2	1	3	3	1
39	ΠΓ	2	2	1	1	1	2	2	0
40	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
41	ΠΓ	2	2	2	1	1	2	2	1
42	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
43	ΠΓ	3	4	2	2	2	3	3	1
44	ΠΓ	2	2	1	1	1	2	2	1
45	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
46	ΠΓ	3	3	2	2	1	3	3	1
47	ΠΓ	2	2	2	1	1	2	2	1
48	ΠΓ	2	2	1	1	1	2	2	1
49	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
50	ΠΓ	1	2	1	1	1	1	1	0
51	ΠΓ	3	3	2	2	2	3	3	1
52	ΠΓ	2	2	2	1	1	2	2	1
53	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
54	ΠΓ	2	2	1	1	1	2	2	1
55	ΠΓ	3	3	2	2	2	3	3	1
56	ΠΓ	2	2	2	1	1	2	2	1
57	ΠΓ	2	3	2	2	1	2	2	1
58	ΠΓ	2	2	2	2	1	2	2	1
59	ΠΓ	3	3	2	2	1	3	3	1
60	ΠΓ	2	2	1	1	1	2	2	1

ДОДАТОК Д

**Результати дослідження когнітивної гнучкості та інтерференції за
Тестом Струпа (первинні дані в секундах)**

№ з/п	Група	Час W (слова)	Час С (кольори)	Час CW (колір/слово)	Ефект Струпа (CW- С)
1	ДГ	52	60	124	64
2	ДГ	45	52	102	50
3	ДГ	58	68	138	70
4	ДГ	40	48	88	40
5	ДГ	54	62	120	58
6	ДГ	46	55	108	53
7	ДГ	49	58	115	57
8	ДГ	62	72	148	76
9	ДГ	38	45	85	40
10	ДГ	51	59	118	59
11	ДГ	47	54	110	56
12	ДГ	56	65	128	63
13	ДГ	44	50	98	48
14	ДГ	65	75	155	80
15	ДГ	42	49	95	46
16	ДГ	50	58	112	54
17	ДГ	55	64	125	61
18	ДГ	43	51	100	49
19	ДГ	60	70	140	70
20	ДГ	39	46	89	43
21	ДГ	53	61	122	61
22	ДГ	48	56	114	58
23	ДГ	57	66	130	64
24	ДГ	41	49	94	45
25	ДГ	52	60	119	59
26	ДГ	50	58	116	58
27	ДГ	63	73	145	72
28	ДГ	40	47	90	43
29	ДГ	55	63	123	60
30	ДГ	44	52	104	52
31	ПГ	34	42	70	28
32	ПГ	30	38	64	26
33	ПГ	36	44	72	28
34	ПГ	32	40	68	28
35	ПГ	38	46	78	32

36	ΠΓ	33	41	67	26
37	ΠΓ	35	43	71	28
38	ΠΓ	37	45	76	31
39	ΠΓ	28	36	58	22
40	ΠΓ	39	47	80	33
41	ΠΓ	34	42	69	27
42	ΠΓ	35	43	71	28
43	ΠΓ	40	48	82	34
44	ΠΓ	31	39	65	26
45	ΠΓ	36	44	72	28
46	ΠΓ	38	46	77	31
47	ΠΓ	33	41	68	27
48	ΠΓ	29	37	60	23
49	ΠΓ	35	43	70	27
50	ΠΓ	27	35	55	20
51	ΠΓ	41	49	85	36
52	ΠΓ	34	42	68	26
53	ΠΓ	36	44	72	28
54	ΠΓ	32	40	66	26
55	ΠΓ	40	48	80	32
56	ΠΓ	33	41	67	26
57	ΠΓ	35	43	71	28
58	ΠΓ	34	42	69	27
59	ΠΓ	37	45	75	30
60	ΠΓ	35	43	71	28

ДОДАТОК Е

Порівняльна характеристика когнітивних показників дітей досліджуваної та порівняльної груп, n=60

Методика та показники (шкали)	Досліджувана група (ДГ, n=30) M±SD	Порівняльна група (ПГ, n=30) M±SD	Емпіричне значення Uemp	Рівень значущості p
1. Таблиці Шульте				
Ефективність роботи (ER, сек)	68,42 ± 12,15	42,18 ± 5,34	114,5	p < 0,01
Ступінь включення (VR)	1,28 ± 0,24	1,02 ± 0,08	186,0	p < 0,01
Психічна стійкість (PU)	1,34 ± 0,31	0,98 ± 0,12	212,5	p < 0,01
2. П'єрона-Рузера				
Концентрація (кількість фігур)	69,14 ± 10,26	88,56 ± 6,12	142,0	p < 0,01
3. Тест Струпа				
Читання слів (W, сек)	48,64 ± 9,12	34,22 ± 4,86	168,0	p < 0,01
Називання кольорів (C, сек)	56,18 ± 10,45	41,38 ± 5,14	194,5	p < 0,01
Колір/Слово (CW, сек)	112,42 ± 22,18	68,54 ± 9,32	96,5	p < 0,01
Ефект Струпа (CW-C, сек)	56,24 ± 12,76	27,16 ± 5,08	108,0	p < 0,01

Матриця кореляційних зв'язків між когнітивними та емоційними показниками дітей із РДУГ (n=30)

Когнітивні показники (виконавча ланка)	Тривожність (ДДЛ)	Конфліктність (ДДЛ)	Незахищеність (ДДЛ)	Самооцінка (Сходінки)	Труднощі спілкування
Ефект Струпа (Гальмування)	0,64**	0,58**	0,42*	-0,52**	0,54**
Ефективність роботи (ER, Шульте)	0,51**	0,46*	0,59**	-0,48*	0,40*
Концентрація (П'єрона-Рузера)	-0,56**	-0,44*	-0,49*	0,50**	-0,42*
Психічна стійкість (PU, Шульте)	0,48*	0,52**	0,44*	-0,39*	0,47*
Колір/Слово (CW, Струп)	0,62**	0,60**	0,45*	-0,55**	0,51**

Примітка: * — значущість при $p < 0,05$; ** — значущість при $p < 0,01$.