

**Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Факультет соціально-гуманітарний
Кафедра психології та соціальної роботи**

ЛОЗИНСЬКА-СКОРОХОД Роксоляна Ігорівна

Кваліфікаційна робота

на тему: «Психологічний супровід батьків молодших школярів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) в умовах української нуклеарної сім'ї»

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Рівень вищої освіти - магістр

Виконала студентка
групи ПСЗМ-21
Лозинська-Скороход Роксоляна Ігорівна

Науковий керівник:
д.психол.н., проф.
А.Н. Гірняк

Кваліфікаційну роботу допущено до захисту

«___» _____ 2025р.

Завідувач кафедри

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НУКЛЕАРНИХ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З РДУГ	8
1.1. Психологічні особливості дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ).....	8
1.2. Особливості взаємодії в нуклеарній сім'ї та її вплив на формування особистості дитини із РДУГ.....	13
1.3. Порівняльний аналіз світового і вітчизняного досвіду психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з РДУГ.....	16
1.4. Систематика найбільш ефективних способів психологічної корекції РДУГ в умовах нуклеарної сім'ї.....	28
Висновки до розділу 1	33
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НУКЛЕАРНИХ СІМЕЙ З ДІТЬМИ ІЗ РДУГ	34
2.1. Основні концепції та підходи до дослідження психологічного супроводу батьків, які виховують молодших школярів із РДУГ.....	34
2.2. Структурно-функціональна модель психологічного супроводу батьків молодших школярів із розладом РДУГ.....	39
2.3. Систематика методів і психодіагностичних методик спрямованих на виявлення ефективності взаємодії у нуклеарній сім'ї, яка виховує дитину із РДУГ. Параметри та критерії ефективності.....	48
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНА ПРІКЛАДНА АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ РДУГ	55
3.1. Розробка та апробування програми психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ.....	55

3.2.Аналіз результатів експериментальної перевірки ефективності програми психологічного супроводу батьків, які виховують дітей із РДУГ.....	58
3.3. Психоедукація та система практичних рекомендацій батькам, які виховують молодших школярів із РДУГ.....	73
Висновки до розділу 3.....	76
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність проблеми. Останніми роками в Україні дедалі виразніше окреслюється тенденція до збільшення кількості дітей, які мають різноманітні поведінкові та емоційні труднощі, зокрема розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Даний розлад «належить до найбільш поширених у дитячому та підлітковому віці, зустрічається у близько 5-10% школярів» [25] і характеризується підвищеною рухливістю, труднощами з концентрацією уваги та імпульсивністю. У структурі дошкільного та початкового шкільного періоду такі діти потребують особливого підходу та організації освітнього середовища, оскільки розлад здатний суттєво ускладнювати навчальний процес і процес соціальної адаптації дитини. Діти з РДУГ потребують специфічних умов навчання, додаткової уваги з боку педагогів і, безумовно, конструктивної взаємодії з батьками. Відсутність належної поінформованості дорослих щодо причин, механізмів розвитку та методів корекції РДУГ призводить до неефективних виховних стратегій, накопичення негативних емоцій, загострення стосунків між дитиною і батьками та загалом погіршення емоційно-психологічного клімату в сім'ї. Особливої актуальності ця проблема набуває у контексті нуклеарної сім'ї, де основне виховне навантаження лягає на обох батьків без сторонньої підтримки.

Разом із цим слід зауважити, що поширеність РДУГ у молодшому шкільному віці хоч і досліджується у межах різних наук (педагогіки, клінічної психології, неврології, психіатрії, соціології тощо), все ж залишається відносно новим для широкого кола практиків освіти та психологічного консультування. У цьому контексті доречно згадати одного із найвідоміших дослідників РДУГ Russell A. Barkley, чії роботи значно вплинули на сучасне розуміння розладу та застосовуються для розробки ефективних методик підтримки та терапії для людей, які з стикаються з РДУГ. Серед інших помітних дослідників у цій галузі варто відзначити Stephen Faraone, Joseph Biederman, Goldstein S. і Goldstein M., M. Lebowitz, І. Марценковська, О. Романчук, Н. Васильєва, І. Сухіна, О. Ферт.

Запропонована у цій роботі програма і методологічні підходи можуть бути корисними для практичних психологів, педагогів, сімейних консультантів, а також усіх, хто працює з дітьми молодшого шкільного віку й прагне оптимізувати взаємини дитини з її найближчим оточенням.

Об'єкт дослідження: процес психологічної допомоги батькам дітей з РДУГ в умовах української нуклеарної сім'ї.

Предмет дослідження: особливості психологічного супроводу батьків молодших школярів з РДУГ як багаторівневого та поліаспектного процесу.

Мета магістерської роботи - дослідження змісту, форм, методів та етапів психологічного супроводу нуклеарних сімей, в яких виховується дитина з РДУГ, а також розробка ефективної програми з покращення соціально-психологічного клімату в них.

Відповідно до поставленої мети було визначено такі **завдання:**

1. Проаналізувати психологічні особливості дітей з РДУГ, а також дослідити теоретичні засади та сучасний вітчизняний і зарубіжний досвід психологічного супроводу сімей, які виховують дітей із зазначеним розладом.

2. Виявити психо-соціальні особливості взаємодії в сучасній нуклеарній сім'ї та з'ясувати її конструктивні та деструктивні впливи на формування і розвиток особистості дитини з РДУГ.

3. Розробити і теоретично обґрунтувати програму психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ, яка враховує особливості сучасної української нуклеарної сім'ї.

4. Експериментально апробувати ефективність розробленої програми та оцінити її вплив на рівень психологічного благополуччя батьків та міжособистісної взаємодії з дитиною.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз та узагальнення наукової літератури з проблеми РДУГ та сімейного виховання; порівняльний аналіз концепцій та підходів психологічного супроводу батьків, які виховують молодших школярів із РДУГ; порівняння та узагальнення вітчизняного та зарубіжного досвіду психологічного супроводу сімей з дітьми з РДУГ.

емпіричні: психолого-педагогічний експеримент з апробування розробленої програми психологічного супроводу; спостереження, опитування у формі закритого анкетування.

Методи *статистичного* опрацювання отриманих емпіричних показників.

Водночас в процесі дослідження нами застосовано батарею психодіагностичних методик, а саме: опитувальник для виявлення особливостей виховної позиції та рівня стресу батьків (Parenting Stress Index); Шкала батьківської самоефективності та задоволеності батьківством» (Parenting Sense of Competence Scale), Методика діагностики схильності особи до конфліктної поведінки К. Томаса та «Інструмент оцінювання сімейного функціонування» Family Assessment Device (FAD).

Практичне значення дослідження полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності: шкільних психологів і соціальних педагогів, які працюють із сім'ями, що виховують дітей із РДУГ; центрів психологічної підтримки, реабілітаційних центрів, де реалізуються програми супроводу та підвищення батьківської компетентності; сімейних консультантів і психотерапевтів, котрі займаються питаннями взаємодії батьків та дітей із поведінковими труднощами; педагогічних колективів початкової школи, які спільно з психологами можуть запроваджувати розроблені модулі для просвітницьких занять, тренінгів чи семінарів для батьків; науково-методичних установ, що розробляють освітні програми для спеціалістів-практиків і впроваджують інклюзивні технології в освітній процес України.

Програма психологічного супроводу, презентована в дослідженні, містить конкретні алгоритми та рекомендації, зважаючи на особливості української нуклеарної сім'ї. Її впровадження може покращити емоційний стан батьків, підвищити рівень їхньої готовності до конструктивної взаємодії з дитиною та сприяти позитивним змінам у навчальній і позашкільній активності молодшого школяра.

Структура й обсяг дослідження. Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків і списку використаних джерел (69 найменувань). Загальний обсяг роботи становить 87 сторінок, з них основного тексту -80сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НУКЛЕАРНИХ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З РДУГ

1.1. Психологічні особливості дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ)

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (скорочено РДУГ; англ. attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) - розлад нейророзвитку, що характеризується виконавчою дисфункцією, яка викликає симптоми неуважності, гіперактивності, імпульсивності та емоційної дисрегуляції, які є надмірними та поширеними, погіршуються в різних контекстах [24].

У Міжнародному класифікаторі хвороб 10-го перегляду РДУГ включено у V главу «Психічні та поведінкові розлади» (F00-F99), до підрозділу «Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці» (F90-F98), безпосередньо до групи «Гіперкінетичні розлади» (F90) під кодом F90.0 (англ. *Disturbance of activity and attention*). Американська психіатрична асоціація DSM-5 віднесла цей розлад до групи Нейророзвиткових розладів.[32;41.]

Симптоми, схожі на РДУГ, були вперше систематично описані в 1775 році Мельхіором Адамом Вейкардом і в 1798 році Олександром Крайтоном у їхніх медичних підручниках. [46]

Найчастіше у дітей із РДУГ спостерігаються імпульсивність, мінливість уваги й труднощі саморегуляції. Одним зі способів корекції цих проявів є залучення до цілеспрямованої ігрової діяльності, що водночас формує самоконтроль і соціальні навички [12]. Зниження когнітивного навантаження через застосування «простої мови» полегшує розуміння інструкцій і мінімізує фрустрацію в навчальних ситуаціях [11]

Існує три основних типи РДУГ:

- неуважний тип
- гіперактивний/імпульсивний
- комбінований тип

«За оцінками, 8, 4 % дітей і 2,5% дорослих мають РДУГ». Розлад часто вперше виявляється у дітей шкільного віку, й проявляється через порушення поведінки у класі або проблеми у навчанні[41]. Генетичні дослідження підтверджують високу спадковість РДУГ: метааналіз 37 близнюкових вибірок оцінив її у 74 %, а GWAS-дослідження показують складну полігенну архітектуру розладу, де сотні варіантів спричиняють невеликі, але кумулятивні ефекти [49].

Отже, чому саме в шкільному віці найчастіше виявляється розлад? Зазначені нижче симптоми дадуть змогу більш чітко зрозуміти цю статистику.

Отож, основними симптомами РДУГ є наступні:

– *Неуважність*: діти з розладом часто не можуть зосередитись на деталях, шкільні завдання виконують з помилками через неуважність; часті труднощі в утриманні уваги на правилах гри або завданні; труднощі з організацією діяльності та/або виконанні завдань; такі діти часто уникають, не люблять та не хочуть виконувати завдання, які вимагають тривалого зосередження уваги (зокрема домашні завдання, робота в шкільному класі); нерідко гублять або забувають речі, зокрема шкільне приладдя, іграшки, книги і т.д.; дуже легко відволікаються на зовнішні подразники; часто не чують, коли до них звертаються; часто не дотримуються вказівок, не до кінця або не в повному обсязі виконують отримані доручення, домашні завдання або іншу роботу (але не через нездатність зрозуміти завдання або вказівку); систематична забудькуватість у побуті.

– *Надмірна активність*: діти з РДУГ не можуть всидіти на місці, постійно рухаються; часто залишають своє місце, коли потрібно сидіти (наприклад на уроці); багато бігають та шумлять; їм складно тихо, спокійно бавитись або відпочивати; діють наче «заведені», з постійно включеним внутрішнім «двигуном»; дуже балакучі, часто занадто;

– *Імпульсивність*: діти з РДУГ нерідко відповідають, не дослухавши до кінця; їм дуже складно чекати своєї черги; регулярно перебивають розмови інших або їхню діяльність; ці діти добре знають, як потрібно поводитись, проте не можуть дотримуватись правил; відповідають до того, як їх запитують; часто не дотримуються правил (гри, поведінки тощо); мають низький рівень виконання завдань [35, с. 15-16].

У період молодшого шкільного віку (від 6-7 років до 10-11 років) в нейротипових дітей «відбувається активне анатомо-фізіологічне дозрівання організму. Закінчується морфологічне дозрівання лобного відділу великих півкуль, що створює умови для здійснення цілеспрямованої довільної поведінки, планування і виконання програм дій. Зростає рухливість нервових процесів, спостерігається більша, ніж у дошкільників, урівноваженість процесів збудження і гальмування, хоча процеси збудження переважають. Істотно зростає фізична витривалість дитини. Працездатність молодших школярів різко спадає через 25-30 хв уроку» [23].

Наукові дані показують, що у дітей з РДУГ дозрівання лобних ділянок кори, які забезпечують «виконавчі» функції (планування, гальмування поведінки, регуляцію емоцій), відбувається з відставанням приблизно на 2–3 роки порівняно з ровесниками [66]. Через це процеси гальмування у гіперактивних дітей ослаблені, а контроль уваги й поведінки менш ефективний. Хоч із віком префронтальна кора поступово дозріває, у більшості підлітків і дорослих із РДУГ зберігаються труднощі з самоконтролем, регуляцією емоцій та уваги через стійкі дефіцити виконавчих функцій [43].

Отже, ми бачимо, що у дітей з РДУГ порушений зв'язок між сигналом чи стимулом та реакцією/дією. На думку відомого американського клінічного нейропсихолога Рассела Алана Барклі, «саморегуляцію можна розуміти як процес, що складається з трьох кроків: (1) ми «приміряємо» якусь дію на себе в минулому, щоб (2) змінити свою поточну поведінку...зважаючи на наш минулий досвід, щоб (3) змінити наше майбутнє...(збільшити чи зменшити ймовірність пізніших наслідків для себе)» [1, с. 85].

Він визначив 7 виконавчих функцій, серед яких самоусвідомлення, тобто «усвідомлення себе і того, що ми робимо, щоб контролювати свої дії та їх гальмувати, коли нам це здається розумним рішенням...»[там же].

Люди мають здатність зберігати в пам'яті себе і свої дії з попередніх ситуацій і таким чином наш досвід минулого впливає на формування нашої теперішньої поведінки. Використовуючи його, ми вчимося на наших помилках і досягненнях. Крім того, використовуючи досвід минулого, ми часто роздумуємо про уявне майбутнє, опираючись на «що, якщо?». Що ж стосується дітей з РДУГ, то їхня реакція занадто швидка і це заважає їм звернутись до минулого досвіду та «спрогнозувати» майбутні наслідки. Вони живуть «тут і тепер», а не потенційними наслідками в майбутньому. Коли ж несподівано з'являються наслідки цього недостатнього прогнозування майбутнього, вони реагують на це відповідними діями. «Вони стають всього лише заручниками одного конкретного моменту». Тобто можна говорити про «короткозорість» стосовно майбутнього у дітей з розладом, саме тому вони здебільшого менше підготовлені до майбутнього [1, с. 86-88].

Порушена здатність гальмувати поведінку, бути самосвідомими і використовувати ретроспективне бачення і перспективне, - люди з РДУГ не тільки не прогнозують того, що їх очікує, а й не можуть діяти як інші. Неспроста багато дітей з розладом так часто зневірені та деморалізовані ще до досягнення підліткового віку [там же].

Цікавою «особливістю» є те, що у таких людей змінене відчуття часу, що може проявлятися часто в надмірній нетерплячості або навпаки спокійному байдюванні там, де часу обмаль чи дедлайн уже настав. [1, с. 89-90]. Близько 30–50 % дітей з РДУГ мають супутні опозиційно-зухвалі чи поведінкові розлади, а тривожні розлади та депресія зустрічаються до 50 % випадків; така коморбідність ускладнює діагностику й посилює тяжкість перебігу [44].

Також цим дітям притаманна більша частота залучення до шкідливих звичок, споживання нездорової їжі, байдуже ставлення до здоров'я, небажання займатись спортом та ін. [1, с. 89-90].

Довготермінові спостереження показують, що без лікування РДУГ асоціюється з нижчими академічними та професійними досягненнями, підвищеним ризиком зловживання психоактивними речовинами, дорожньо-транспортних пригод і скороченням очікуваної тривалості життя; своєчасна фармакотерапія та поведінкові втручання суттєво пом'якшують ці наслідки [50].

За даними Centers for Disease Control and Prevention діагноз РДУГ отримують лише 6 % дівчат 3–17 років проти 13 % хлопців, причому діагноз ставлять в середньому на п'ять років пізніше, ніж у хлопчиків [62]. Попри ймовірне існування реальної гендерної різниці в поширеності РДУГ, дослідження свідчать, що жінок рідше «помічають», скеровують на обстеження й отримують офіційний діагноз. Причини такого недообліку у жінок складні й багатогранні. [58].

Однією з головних причин є переважання в дівчат неуважного типу без яскравої зовнішньої гіперактивності; завдяки «тихій» поведінці, компенсуючій старанності та маскуванню такі учениці часто залишаються поза увагою педагогів і батьків. Шкільні скринінги підтверджують: за однакової вираженості симптомів учителі направляють хлопців на обстеження вдвічі частіше, ніж дівчат, керуючись видимими проявами гіперактивності, тоді як внутрішні труднощі концентрації у дівчат ігноруються. Клінічну картину дівчат ускладнює висока коморбідність із тривожними та депресивними розладами, що може «затіняти» РДУГ-симптоматику і спрямовувати діагностичний процес помилковим шляхом [40].

Попри всі труднощі та виклики, з якими стикаються діти з РДУГ та їх батьки, в більшості своїй це дуже творчі та добрі діти, чуйні і справедливі, які так само як і інші прагнуть до знань, досліджень та розвитку, а саме головне – розуміння, прийняття і любові.

1.2. Особливості взаємодії в нуклеарній сім'ї та її вплив на формування особистості дитини із РДУГ

«Нуклеарна сім'я – базова, проста, стандартна, соціально визнана сучасна модель сім'ї, що складається з подружжя/батьків і дітей на їхньому утриманні, які ще не перебувають у шлюбі» [31].

Нуклеарна сім'я в нашій країні вважається стандартною моделлю. Можна виділити нуклеарні сім'ї «складні» (повні нуклеарні сім'ї з декількома дітьми), звідні, або бінуклеарні сім'ї (повні нуклеарні сім'ї з дітьми від попередніх шлюбів) та розширені (повні нуклеарні сім'ї з іншими старшими дітьми або родичами у їхньому складі)» [30].

Для дитини сім'я є найважливішим середовищем і чинником формування особистості, а також її майбутнього [33, с. 89]. Сім'я є опорою, забезпечуючи відчуття безпеки під час її знайомства із світом та знижуючи тривогу при набутті нового досвіду. Ще з раннього дитинства, спостерігаючи за батьками, дитина засвоює як моделі партнерських стосунків, так і принципи виховання. Згодом батьки залишаються вагомим джерелом інформації, коли обговорюють різні життєві ситуації. Мати і батько формують поведінку дитини, підтримуючи позитивні дії та засуджуючи або караючи небажані, таким чином встановлюючи дисципліну, правила і сприяючи розвитку саморегуляції. Сімейне спілкування дозволяє дитині поступово сформувати власні погляди, цінності, принципи і пріоритети, які в майбутньому стануть основою її особистості та світогляду [34, с. 85].

Особливості взаємодії в нуклеарній сім'ї мають значний вплив на формування особистості дитини, оскільки в нуклеарній сім'ї, де між батьками та дитиною встановлено інтенсивну взаємодію, специфічні риси характеру (акцентуації) можуть як сприяти адаптації, так і посилювати труднощі, пов'язані з регуляцією поведінки та емоцій. В контексті нуклеарної сім'ї взаємодію можна розглядати «як систему..., де поведінка кожного з учасників є одночасно стимулом і реакцією на поведінку інших» [10].

Взаємодія з батьками зумовлює емоційний стан дитини, що є особливо важливим для дітей з РДУГ. Якщо ж в родині високий рівень емоційної напруженості, він негативно впливає на здатність дитини ефективно управляти своїми емоціями. Наявність позитивного сімейного клімату знизить ризик посилення емоційних розладів та допоможе дитині краще адаптуватися до соціальних вимог[6; 9; 10].

Важливо зауважити, що в сучасній нуклеарній сім'ї роль чоловіка як у партнерстві, так і у вихованні дітей має менш строгі та однозначні рамки, ніж традиційні уявлення про маскуліність. Сучасний чоловік стає все ближчим до своїх дітей, виявляє турботу (особливо в часі хвороби дитини), налагоджує дружні стосунки, виявляє зацікавленість під час ігор та прогулянок. Проте в цілому чоловіки все ж менше часу приділяють сімейним справам, ніж жінки[31].

Нуклеарна сім'я, де виховується дитина з РДУГ, потребує підвищеного рівня емоційної підтримки. Соціально-психологічні аспекти життєдіяльності сучасної сім'ї показують, що саме стиль батьківської взаємодії визначає психологічний клімат, у якому розвивається дитина [14]. Гармонізація стосунків між подружжям позитивно корелює з пониженням деструктивних поведінкових реакцій у дитини [13], а психологічна готовність батьків до конструктивного діалогу знижує рівень стресу та сприяє стабільним стратегіям виховання [8].

Дослідження дітей з РДУГ та їхнього місця в сім'ї свідчать, що ці діти сприймають сімейне оточення та своє місце в ньому через призму тривожності, відчуття неповноцінності та пригніченості, а також проявляють негативне або боязке ставлення до одного з батьків чи сиблінгів. Крім того, у сім'ях дітей з РДУГ часто зустрічаються сварки, конфлікти між батьками (або окремим з них) та дитиною, суперечки між дитиною та сиблінгами, ігнорування дитини, а також надмірний або жорсткий контроль над соціалізацією[39].

Дослідження доктора Барклі показали, що саме характеристики сім'ї дитини з РДУГ є визначальними для прогнозування її майбутнього,

повноцінного розвитку та самоактуалізації. Розлад можна розглядати як каталізатор, який в різних середовищах каталізує різні реакції, що відповідно призводить до різних негативних наслідків [33, с. 89].

Що стосується життя з дитиною з РДУГ, то воно є не просто особливим досвідом, а й великим стресом для сім'ї, особливо батьків. Враховуючи статистику, приблизно 25-40% ймовірність, що принаймні один з батьків також має РДУГ. Труднощі членів сім'ї мають вплив на те, як вони сприймають, люблять та виховують дитину з розладом. А це, в свою чергу, має довгострокові наслідки в підлітковому та згодом дорослому віці [1, с. 166].

Часто батьки не мають достатньої інформації про сам розлад, його природу та типові прояви, а також можливості корекції поведінки. Відсутність специфічних знань веде до закріплення невірних уявлень про дитину, формування стигматизуючих практик, коли дитину можуть називати «непосидючою», «некерованою» або «ледачою». Таке ставлення батьків несприятливо позначається на емоційному стані молодшого школяра, його ставленні до самих батьків, навчання, до самого себе та до оточення загалом. Якщо додати ще доволі звичну практику суспільства, а часто і педагогів, називати таких дітей «невихованими», такими «якими батьки не займаються», то і психологічне навантаження на батьків зростає в рази.

Виховання дитини із розладом дефіциту уваги та гіперактивності створює значні труднощі для батьків через інтенсивну активність, непокірну поведінку та високі вимоги дитини. Діти з РДУГ у різній мірі впливають на порушення сімейного та подружнього життя, стосунків між батьками та дітьми, особливості сприйняття батьками поведінки дитини, а також спричинюють зниження ефективності батьківства та підвищення рівня батьківського стресу й психопатології, особливо коли РДУГ супроводжується проблемною поведінкою. Аналіз сучасних досліджень вказує не лише на проблемну поведінку дітей із РДУГ, але й на вплив взаємодії між батьками та дітьми на їх здатність справлятися з труднощами. Такі діти частіше потребують зворотного зв'язку щодо своїх досягнень і додаткової допомоги при виконанні завдань, при

цьому вони зазвичай не зосереджені, менш піддатливі та демонструють менш ефективні способи вирішення проблем порівняно з дітьми без розладу. Батьки дітей із РДУГ часто зіштовхуються з труднощами у вихованні та зниженням психологічного функціонування, що стає ще виразнішим, якщо у дитини спостерігаються інші прояви порушення поведінки. Крім того, вік дитини, а також батьківські стратегії і сприйняття дитини з РДУГ можуть істотно впливати на якість їх взаємодії [54; 55].

Водночас важливо підкреслити, що успіх подолання чи пом'якшення симптоматики РДУГ значною мірою залежить від своєчасного виявлення порушень, чіткого плану корекційних заходів, узгоджених між педагогом, психологом, медичними фахівцями та батьками. Сім'я стає центральною ланкою, яка може суттєво посилити або, навпаки, послабити ефективність шкільних і медичних програм допомоги дитині. Якщо батьки розуміють природу РДУГ, володіють навичками коректної взаємодії з дитиною, підбирають адекватні методи мотивації та дисципліни, то успіхи дитини в навчанні та її емоційне благополуччя зростають у рази.

1.3. Порівняльний аналіз світового і вітчизняного досвіду психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з РДУГ

Сім'я є ключовим інститутом соціалізації дитини, а взаємовідносини між батьками та нащадками визначаються як вагомий ресурс для їх психічного розвитку.

Проте кожна родина стикається зі своїми власними викликами. Зокрема що стосується взаємодії між сиблінгами, несхожості у поглядах батьків, стрес через школу, оцінки або цькування з боку однокласників, а також багато інших питань і всі вони разом відчують стрес через сімейну рутину та побутові завдання. Якщо додати сюди ще дитину з РДУГ, яка має свої власні виклики, то часто сім'я загалом, і шлюб зокрема, «виявляються доведеними до краю» [15, с. 188].

Дослідження К. Гаррісона та К. Софронофф показали, що виникнення психологічного дистресу у батьків дітей з РДУГ зумовлюють такі чинники: *тяжкість поведінкових розладів дитини*, тобто чим важчими були проблеми у поведінці дитини, тим більший стрес відчували матері; *рівень батьківського контролю*, тобто менший рівень контролю над поведінкою дитини також був пов'язаний із вищими показниками стресу та депресії. Отже, результати дослідження підкреслюють важливість не лише загальних демографічних факторів, а й специфічних характеристик поведінки дитини та того, як батьки оцінюють свою здатність впливати на ситуацію [52].

В контексті вищенаведеного важливо розглянути роль психологічного супроводу батьків, які виховують дітей з РДУГ.

За І.Криницькою «консультування сім'ї - це професійна діяльність, спрямована на підтримку сімей у вирішенні різноманітних проблем та покращенні якості життя членів всієї сім'ї». Сімейне консультування постає ключовим засобом соціальної роботи та психологічної підтримки, що сприяє підвищенню якості життя сімей та їхньому гармонійному розвитку [21].

«Психологічне консультування - це особливий вид відносин між психоконсультантом і клієнтом й визначається як один із методів професійної психологічної допомоги, як процес спрямування людини до прийняття позитивних рішень у житті, як допомога в активізації внутрішніх ресурсів людей для відновлення та оптимізації адаптивних функцій». Психологічне консультування сім'ї спрямоване на розвиток толерантних відносин між її членами та сприяння створенню нових моделей взаємодії[26].

Науковці та практики виділяють два основні підходи до психологічної підтримки сім'ї - типовий (алгоритмізований) та індивідуальний. У першому випадку робота психолога ґрунтується на фаховій підготовці у сферах сімейного консультування, індивідуальної та групової психотерапії, а також психології розвитку, соціальної і медичної психології та інших спеціалізованих дисциплін. Це свідчить про те, що людина може отримати кваліфіковану підтримку, а не лише загальні поради, які можуть дати близькі.

Загальна модель такої допомоги включає:

- налагодження контакту з клієнтом -людиною, яка фізично здорова, але відчуває труднощі у сімейному житті, потребує підтримки і звертається за нею;
- психологічна діагностика, яка спрямована на виявлення причин проблем та визначення оптимальних форм допомоги;
- консультативна робота та терапевтичні заходи, які мають на меті усунення поточних проблем через активацію внутрішніх психологічних ресурсів клієнта або всієї сім'ї.

При застосуванні індивідуального підходу психолог-консультант зосереджується на усуненні або попередженні тих індивідуальних і соціально-психологічних чинників, які можуть призводити до розпаду сім'ї, глибоких непорозумінь, алкогольної залежності, невротичних розладів, зниження якості виховання, а також до проблем у поведінці та розвитку дітей. Таким чином, аналізується саме конкретна сім'я або особа, враховуючи їхні унікальні особливості розвитку, реакції на життєві ситуації, способи вирішення конфліктів, плани тощо.

Психолог-консультант надає підтримку за запитом клієнтів з дуже різних питань чи проблем: особливостей темпераменту дитини, які можуть ігноруватися батьками, соматичних чи психічних розладів, негативного досвіду сімейного спілкування, психічних травм, специфіки виховного впливу батьків, а також труднощів у комунікації між подружжям, включаючи сексуальні проблеми. Це вимагає високої кваліфікації спеціаліста, який здатний надати ефективну та адекватну допомогу [29].

Одне з дискусійних питань стосується взаємозв'язку між сімейним консультуванням та сімейною психотерапією. В обох випадках ключовим елементом є взаємодія між консультантом і клієнтом, тому сімейне консультування часто розглядають як один із варіантів сімейної психотерапії [26].

На підставі аналізу наукових досліджень можна виділити ключові напрямки психологічної роботи з батьками дітей з ООП:

- *діагностика сімейних характеристик*: визначення психологічних особливостей сім'ї, виявлення основних труднощів у щоденному житті та аналіз психологічних чинників, що спричиняють ці проблеми;
- *консультаційна підтримка*: надання інформації та рекомендацій для подолання виявлених труднощів;
- *корекційна робота*: зміна міжособистісних стосунків у сім'ї, корекція ставлення до дитини з ООП, регулювання емоційних станів батьків, усунення неадекватних патернів поведінки та реакцій;
- *профілактика та психологічна гігієна*: сприяння зміцненню сімейних зв'язків і набуттю навичок саморегуляції;
- *психологічна просвіта*: підвищення рівня психологічної культури батьків дітей з ООП.

Доцільно окремо визначити психолого-педагогічний супровід батьків дітей з ООП, який С. Петренко визначає як довгостроковий, динамічний і цілісний процес, що включає: «корекцію внутрішнього психологічного стану батьків; корекцію стосунків дитина - батьки; оптимізацію спілкування дитина-батьки-суспільство; полегшення адаптації до оточуючого середовища; підтримка і формування активної позиції батьків до участі у виховному процесі»[27]. Отож, супровід батьків дітей з ООП об'єднує всі попередньо згадані завдання психологічної роботи. Проте, якщо супровід розглядається як постійний та довготривалий процес, то всі інші завдання можуть виконуватися разово. У цьому контексті корекційна робота є ключовою як у супроводі, так і в інших видах психологічної роботи з батьками дітей з ООП [28].

О. Бондаренко формулює «...зміст психологічної допомоги полягає у забезпеченні емоційної, смислової та екзистенційної підтримки людини або суспільства в ситуаціях ускладнень, які виникають у ході їх особистісного та соціального буття» [2, с.10].

Тут доцільно звернути увагу на дослідження, яке розкриває особливості батьківського вигорання з точки зору гендерних відмінностей, тобто як воно проявляється у матерів і батьків. Незважаючи на те, що роль батьківства дуже

стереотипна за гендерною ознакою, вигорання впливає на обох батьків подібно, проте матері виявили вищий середній рівень вигорання, ніж батьки чоловічої статі. В обох груп діє один і той же механізм, пов'язаний з дисбалансом між ризиками та ресурсами у вихованні дітей. Проте, батьки, схоже, більш вразливі до цього дисбалансу. Виснаження має більш серйозні наслідки для батьків - вони частіше стикаються з бажанням втекти від ситуації, мають суїцидальні думки та проявляють нехтування до потреб дітей[64].

Таким чином, підтримка батьків дітей із РДУГ має ґрунтуватися на основних принципах психологічної допомоги, враховуючи особливості розладу та труднощі, що виникають у батьків під час виховання та розвитку своїх дітей.

Міжнародна практика супроводу сімей базується переважно на біхевіоральних тренінгах для батьків та когнітивно-поведінкових інтервенціях. Українські дослідження розширюють цей підхід, акцентуючи увагу на психорозвивальній взаємодії в освітньому процесі [38] та важливості подолання бар'єрів діалогічної комунікації між спеціалістами й родиною [37].

В Нідерландах, Німеччині, Австралії, Новій Зеландії, Японії, Південній Кореї, Тайвані, Норвегії та Гонконгу поширена програма PCIT, що означає Parent-Child Interaction Therapy (Батьківсько-дитяча терапія взаємодії), заснована на доказах, спрямована на покращення стосунків між дитиною та опікуном. Терапія полягає у навчанні вихователя методам позитивної та підтримуючої взаємодії з дитиною, а також у навчанні самої дитини новим навичкам та моделям поведінки. У 1970-х роках Шейла Ейберг, доктор філософії, розробила модель терапевтичної взаємодії батьків із дитиною і сьогодні PCIT є однією з найбільш досліджених і науково успішних програм навчання батьків для дітей у всьому світі[68].

Порівняльний аналіз досвіду психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з РДУГ, у світовій та вітчизняній практиці дозволяє виділити основні відмінності в підходах, методах та організації роботи з такими родинами (див. табл. 1.1).

Порівняння світового та вітчизняного досвіду психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з РДУГ [виконано за джерелами 1; 17; 20;68]

Критерій	Світовий досвід	Вітчизняний досвід	Що доцільно перейняти для запровадження в Україні	Що може бути цінним для світової практики
Загальний підхід	Програмний, інтегрований підхід з використанням міждисциплінарних методів (психологія, психіатрія, педагогіка)	Інклюзивний підхід з акцентом на психолого-педагогічний супровід та корекційну роботу	Ширше впровадження міждисциплінарних команд, інтеграція медичних і освітніх практик	Гнучкість вітчизняного підходу до інклюзії у складних соціальних умовах
Основні методи супроводу	Когнітивно-поведінкова терапія, нейропсихологічна реабілітація, групові заняття для батьків і дітей	Інтеграція психологічної допомоги з навчальними програмами, індивідуальні консультації	Стандартизація методів, активніше впровадження КПТ і групових програм	Інтеграція терапевтичних технік у навчальний процес без значного розриву між «лікуванням» і «навчанням»
Підготовка фахівців	Спеціалізовані навчальні програми на базі університетів і центрів	Курси підвищення кваліфікації, нестача профільних програм	Розробка бакалаврських/магістерських програм з РДУГ	Адаптаційні рішення з мінімальними ресурсами - можливість створення гнучких короткотермінових курсів
Підтримка сімей	Системна підтримка через фонди, організації, психоосвіта	Програми існують, але не масштабні і нерівномірно доступні	Побудова мережі психоосвітніх центрів, особливо в громадах	Досвід неформального волонтерського залучення до підтримки родин
Взаємодія з освітніми закладами	Розвинена міжвідомча співпраця (освіта, психологія, медицина)	Недостатня координація між інституціями	Встановлення протоколів взаємодії між закладами освіти, медицини, соцслужб	Гнучкість локальних ініціатив, створення неформальних партнерств на рівні громади

Продовження таблиці 1.1

Критерій	Світовий досвід	Вітчизняний досвід	Що доцільно перейняти для запровадження в Україні	Що може бути цінним для світової практики
Моніторинг ефективності	Оцінка через дослідження, стандартизовані інструменти	Не завжди системно, обмежено ресурсами	Впровадження національної системи оцінки втручань	Активне включення експертів-громадських організацій у моніторинг (громадський контроль)
Залучення батьків	Активна участь у терапії, тренінги, групи підтримки	Залучення здебільшого на етапі консультацій	Побудова системної роботи з батьками як ключовими учасниками втручань	Український досвід створення середовища взаємопідтримки в умовах кризи (наприклад, через ГО та спільноти)

Світовий досвід психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з РДУГ, ґрунтується на інтегрованих міждисциплінарних підходах, де психологія, психіатрія та педагогіка є невід'ємними складовими корекційних програм. Застосовуються когнітивно-поведінкові методи, нейропсихологічна реабілітація, а також спеціалізовані групові заняття для батьків та дітей, що сприяє не лише розвитку дітей, а й покращенню розуміння батьками потреб їхніх дітей. Такі підходи активно використовуються в країнах із розвиненими соціальними та медичними системами, де існують спеціалізовані організації та благодійні фонди, які забезпечують регулярну підтримку сімей[17].

У порівнянні з цим, вітчизняний досвід супроводу сімей, що виховують дітей з РДУГ, має певні особливості, що стосуються застосування інклюзивного підходу в роботі з родинами. Вітчизняна практика часто орієнтована на психолого-педагогічну допомогу з акцентом на корекційно-виховну роботу, однак рівень розвитку цих програм залежить від конкретного регіону. Інклюзія в освітній процес дітей з РДУГ є важливим аспектом, хоча інтеграція

психологічної допомоги та освітніх програм ще не досягла достатнього рівня в багатьох навчальних закладах.

Щодо підготовки фахівців, то у світі існують розвинуті спеціалізовані навчальні програми для психологів і педагогів, які дозволяють забезпечити високу кваліфікацію кадрів. В Україні, в свою чергу, підготовка фахівців здійснюється переважно через курси підвищення кваліфікації, що обмежує доступ до новітніх наукових знань та методик. Це також впливає на рівень професіоналізму в роботі з дітьми з РДУГ.

Підтримка сімей у світовій практиці здійснюється на системному рівні через національні та міжнародні організації, що сприяє безперервному процесу психоосвіти та підтримки. В Україні ж програми психологічної освіти та підтримки сімей зазвичай реалізуються на рівні окремих організацій або регіональних центрів, що обмежує доступ до якісних послуг в менш розвинутих або віддалених районах.

Щодо моніторингу ефективності програм психологічного супроводу, то у світі регулярно проводяться оцінки результативності програм через наукові дослідження та тести, що дозволяє коригувати підходи та підвищувати ефективність роботи. В Україні моніторинг, як правило, обмежений на рівні окремих центрів, і не має загальноприйнятих стандартів оцінки ефективності, що ускладнює порівняння результатів і покращення практик[17].

Залучення батьків у процес супроводу є важливою складовою світових практик, де проводяться групи підтримки та психоосвітні тренінги, що забезпечує комплексний підхід до корекції та адаптації дітей з РДУГ. В Україні ж батьки часто залучаються тільки на етапі консультацій, що обмежує їх участь у процесі зміни поведінки та розвитку дітей. Більш активне залучення батьків потребує подальшого розвитку для досягнення більшого ефекту від програм супроводу[20].

Отже, світовий досвід свідчить про більш систематичний, інтегрований підхід до супроводу сімей з дітьми з РДУГ, в той час як вітчизняна практика знаходиться на етапі розвитку, де необхідно впроваджувати більш

стандартизовані методи та програми для підвищення доступності та ефективності допомоги.

PCIT-терапія реалізується у дві фази: 1 - фаза, орієнтована на дитину Child-Directed Interaction (CDI), під час якої батьки вдосконалюють свої навички спілкування з дитиною задля зміцнення стосунків між ними; 2 - фаза взаємодії під керівництвом батьків Parent-Directed Interaction (PDI), коли опікуни набувають додаткових умінь у регулюванні поведінки дитини. PCIT зосереджується як на зміцненні зв'язку між батьками та дитиною, так і на формуванні у вихователів навичок регулювати поведінку[68].

Під час першої стадії (CDI) терапії PCIT, основний принцип полягає в тому, щоб батьки наслідували поведінку своєї дитини. Тут дитина отримує можливість керувати грою, а опікуни підтримують її, використовуючи техніку PRIDE (Praise-похвала, Reflect-віддзеркалення, Imitate-імітація, Describe -опис, Enjoy-насолада) для заохочення позитивної взаємодії. Метою цієї стадії є поглиблення емоційного зв'язку між батьками та дитиною шляхом створення атмосфери максимальної позитивності, уваги та взаємного наслідування під час гри. На другому етапі (PDI), опікуни навчаються давати ефективні команди та використовувати додаткові методи для управління складною поведінкою, такою як агресія чи руйнування. Основна мета цього етапу - забезпечити стабільне та передбачуване домашнє середовище, допомагаючи батькам розвинути послідовність у застосуванні стратегій управління поведінкою. Тільки фахівці з психічного здоров'я, які мають відповідну підготовку за програмою PCIT, можуть надавати послуги терапії взаємодії батьків і дітей. Зазвичай лікування за методом PCIT триває 14–16 тижнів із проведенням щотижневих сесій тривалістю 60 хвилин [там же].

У США високою ефективністю користується програма 8 конкретних кроків поведінкової терапії для батьків, розроблена американським клінічним психологом Р. Барклі. Дуже важливим є поступове запровадження цієї програми, виконання якої займе в середньому 8 тижнів, тобто орієнтовно щонайменше один тиждень на кожен крок, перш ніж рухатись далі. Автор

радить не переходити до наступного кроку, допоки батьки не відчуватимуть достатнього комфорту, практикуючи крок попередній. Отже, ці 8 кроків включають наступне[1, с. 230-258]:

1. *Навчитись приділяти позитивну увагу своїй дитині.* Позитивна увага допомагає зміцнити відчуття власної цінності у дитини та сприяє зменшенню кількості негативних дій, оскільки дитина розуміє, що її бажані вчинки отримують увагу і схвалення.

2. *Використовувати переконливу турботу, щоб досягти згоди.* Переконлива турбота дозволяє дитині відчувати, що її батьки розуміють її потреби, а не просто вимагають дотримання правил, що сприяє досягненню внутрішньої згоди на співпрацю.

3. *Давати ефективніші вказівки* [там же] - важливо формулювати завдання та вказівки чітко, конкретно та просто. Це допомагає дитині зрозуміти, що саме від неї очікується.

4. *Навчити дитину не втручатись, коли батьки зайняті своїми справами.* Батьки повинні допомогти дитині навчитися самостійності та поважати особистий простір дорослих. Такий підхід розвиває в дитини розуміння меж і сприяє зниженню надмірної залежності.

5. *Запровадження вдома жетонної системи винагород.* Система жетонів або балів допомагає візуалізувати досягнення дитини. За позитивну поведінку дитина отримує жетони, які потім можна обміняти на певні винагороди чи привілеї. Це створює відчуття досягнення та стимулює бажання підтримувати позитивну поведінку[там же].

6. *Застосування конструктивних покарань за неналежну поведінку.* Конструктивні покарання - це не кара, а логічні наслідки, які допомагають дитині зрозуміти зв'язок між діями та їх результатами. Такі покарання мають бути справедливими, послідовними і спрямованими на те, щоб навчити дитину правильним альтернативним моделям поведінки.

7. *Розширити використання тайм-аутів.* Тайм-аути (короткочасне відсторонення від ситуації) використовуються, щоб дитина мала можливість заспокоїтись та переосмислити свою поведінку.

8. *Навчитись керувати дитиною у громадських місцях.* Цей крок орієнтований на ситуації поза домом, де від поведінки дитини залежить не лише власне її благополуччя, а й комфорт оточуючих.

Ці вісім кроків утворюють послідовну програму, яка допомагає батькам систематично працювати з поведінкою дітей із РДУГ. За допомогою даних стратегій батьки не лише покращують поведінку дитини, а й сприяють її емоційному та соціальному розвитку, створюючи стабільне та підтримуюче середовище як вдома, так і поза ним, тим самим зменшуючи власне психологічне навантаження, пов'язане з розладом дитини [1, с. 230-258].

В Україні представлено кілька програм допомоги дітям з РДУГ та їх батькам. Так, О. Романчуком описана програма для батьків з досягнення наступних цілей:

- *поглиблення розуміння розладу:* надання батькам комплексної інформації про особливості ADHD, його прояви, причини та вплив на розвиток дитини. Це дозволяє їм краще усвідомити, з якими труднощами вони мають справу, і приймати більш зважені рішення;

- *встановлення позитивного стосунку між батьками та дітьми* як бази та основи для успішної взаємодії;

- *формування практичних навичок:* «оснащення» батьків інструментами та методами, які допомагають управляти поведінкою дитини у повсякденному житті[33, с. 147-155];

- *емоційна підтримка та впевненість* для розвитку у батьків почуття впевненості та зниження стресу через навчання способам саморегуляції, пошук ресурсів підтримки та обмін досвідом з іншими батьками.

- *покращення комунікації у сім'ї:* спрямування зусиль на налагодження ефективного спілкування між батьками та дітьми для встановлення

взаєморозуміння, формування довіри та створення сприятливого емоційного клімату в сім'ї;

– *інтеграція допоміжних ресурсів*: заохочення співпраці між батьками, педагогами та фахівцями для створення єдиного інформаційного та практичного простору, що сприяє комплексній підтримці дитини.

Таким чином, основна ідея - допомогти батькам стати активними учасниками корекційного процесу. Такий підхід сприяє не лише зниженню проявів гіперактивності та дефіциту уваги, а й укріпленню сімейних відносин, що є важливим чинником у формуванні гармонійного розвитку дитини.

Формат надання психологічної допомоги визначається станом дитини, ступенем порушення та настроєм її батьків. Передбачається проведення групових занять, а за необхідності також проводиться індивідуальна робота.[33, с. 147-155]

Також у центрі “Коло сім'ї” працює спеціалізована програма підтримки дітей, молоді та дорослих із РДУГ, що ґрунтується на сучасних міжнародних протоколах. Фахівці центру займаються проблематикою РДУГ протягом багатьох років.

Програма підтримки Центру включає наступні науково обґрунтовані методи:

- комплексне обстеження, подання інформації та розробку плану допомоги;
- медикаментозна терапія;
- поведінкова терапія та психологічний супровід для батьків;
- за потреби індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія; групові тренінги з розвитку соціальних навичок тощо;
- психологічний супровід із застосуванням відповідних поведінкових втручань та навчальних методик у навчальних закладах;
- «Батьківська школа» - програма групових занять для батьків дітей із РДУГ[19].

1.4. Систематика найбільш ефективних способів психологічної корекції РДУГ в умовах нуклеарної сім'ї

Згідно з сучасними міжнародними протоколами, які розроблені на основі результатів наукових досліджень, рекомендовано два основних напрями допомоги особам із РДУГ: медикаментозна терапія; поведінкова терапія для дітей та молоді з РДУГ, яку застосовують батьки вдома і педагоги у закладах освіти. Ці два напрями мають вагомі докази ефективності і рекомендовані як основні форми допомоги особам із РДУГ (при легших формах переважно поведінкова терапія, при більш виражених - поєднання поведінкової та медикаментозної) [19].

Найкращий контроль симптомів РДУГ у дітей досягається шляхом застосування препаратів ADD у поєднанні з поведінковою терапією. Тому розглянемо 8 найпопулярніших способів корекції РДУГ:

1. Поведінкова терапія для дітей допомагає усунути проблеми поведінки, характерні для дітей із РДУГ, шляхом організації домашнього розпорядку, встановлення чіткої рутини та посилення позитивної уваги. За словами Вільяма Пелхема-молодшого, доктора філософії, ефективна поведінкова терапія повинна починатись зі «здорового глузду виховання».

Плани терапії для дітей із РДУГ повинні включати:

- заохочення позитивної поведінки через систему винагород;
- ігнорування негативної поведінки для її зменшення;
- позбавлення від привілеїв, коли негативна поведінка занадто серйозна для простого ігнорування;
- усунення загальних причин небажаної поведінки.

Доктор філософії Томас Е. Браун наголошує, що користь від терапії залежить від послідовності батьків у виконанні програми.

2. Когнітивно-поведінкова терапія для дорослих. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - це свого роду тренування для мозку, яке адаптоване до потреб людей з РДУГ. Це короткострокова, цілеспрямована

форма психотерапії, що допомагає змінити негативні схеми мислення і переосмислити ставлення до себе та власних симптомів РДУГ. Варто зауважити, що КПТ не усуває основні симптоми РДУГ, такі як неуважність, гіперактивність та імпульсивність. Її завдання - зменшити негативний вплив РДУГ на повсякденне життя, допомагаючи впоратися з такими проблемами, як прокрастинація та невміння ефективно керувати часом. Хоча наразі немає доказів того, що КПТ може замінити медикаментозне лікування або дозволити використовувати менші дози препаратів. Дослідження свідчать, що вона є більш ефективною для дорослих із РДУГ порівняно з іншими терапевтичними методами. Зокрема, дослідження 2010 року, проведене в Бостонській загальній лікарні штату Массачусетс, виявило, що поєднання медикаментозної терапії та КПТ краще контролює симптоми РДУГ, ніж лише медикаментозне лікування [59].

Ефективна програма КПТ допомагає дорослим із РДУГ виправити низку викривлених схем мислення, зокрема:

- мислення за принципом «усе або нічого» - сприйняття подій як повністю успішних або повністю невдалих; якщо щось не виходить ідеально, це означає повну невдачу;
- надмірне узагальнення - інтерпретація однієї невдачі як ознаки постійного негативного тренду;
- «читання» думок - переконання, що ви точно знаєте, що інші думають про вас чи ваші вчинки, і це завжди негативно;
- «ворожіння-передбачування» - очікування, що все буде йти не так;
- збільшення ваги проблем і применшення досягнень - гіпертрофоване перебільшення значущості дрібних негараздів при одночасному применшенні (знецінюванні) власних успіхів;
- надмірний самопримус (думка «треба»)- зацікнення на тому, як усе має бути;
- порівняння себе з іншими - постійне зіставлення своїх досягнень з успіхами інших.

3. Діалектична поведінкова терапія для дорослих. Діалектична поведінкова терапія (DBT), як і когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), орієнтована на вирішення соціальних та емоційних труднощів, що супроводжують РДУГ й інші нейропсихологічні розлади. Розроблена Маршею Лінехан - доктором філософії, АВРР, професором психології Вашингтонського університету та засновницею Інституту Лайнехана. DBT спочатку була створена для корекції шкідливих патернів поведінки у пацієнтів із межовим розладом особистості (BPD). Сьогодні цей метод визнається одним із найефективніших для покращення навичок емоційного саморегулювання. Програма DBT організована у вигляді серії модулів, які проводяться на щотижневих групових заняттях, кожен з яких фокусується на окремій навичці, при цьому індивідуальні терапевтичні сесії допомагають адаптувати ці навички до конкретних життєвих ситуацій [57].

4. Тренування психосоціальних навичок для мінімізації наслідків РДУГ. Тренери, що спеціалізуються на РДУГ, допомагають дітям, підліткам і дорослим з розладом організувати своє життя та приймати відповідальні рішення. Вони підтримують розвиток емоційного та інтелектуального зростання, сприяють формуванню міцних соціальних навичок, впровадженню ефективних стратегій навчання, підвищенню досягнень у кар'єрі та бізнесі, а також продуманому фінансовому плануванню. Кваліфікований тренер з проблем РДУГ може реально допомогти своїм клієнтам у таких аспектах: розвиток навичок керування часом, ефективною організації простору та розстановки пріоритетів; підтримка мотивації та наполегливості; здорове спілкування та налагодження взаємин; розробка стратегічного планування та бачення майбутнього; прийняття свідомих та обдуманих рішень; спрощення та структурування повсякдення, а також досягнення збалансованого та здорового способу життя.

5. Тренування мозку або нейрофідбек. Вправи для мозку можуть знизити імпульсивність та покращити зосередженість у дітей і дорослих із РДУГ. Проте критики відзначають, що цей метод недостатньо вивчений, хоча

деякі пацієнти повідомляють про покращення уваги. Однак він мало впливає на інші проблеми, пов'язані з РДУГ.

6. Ігрова терапія допомагає дітям із РДУГ ефективно спілкуватися, вчитися, заспокоюватися, знижувати рівень тривоги та підвищувати самооцінку. Вона дає терапевтам можливість ненав'язливо впливати на сприйняття, пізнавальні процеси та поведінку дитини та є ключовою для встановлення почуття зв'язку, безпеки та прив'язаності[47].

7. Арт-терапія є ефективним методом підтримки дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), особливо тоді, коли традиційна вербальна психотерапія виявляється малоефективною. Вона дає змогу дитині виразити свої думки, емоції та внутрішній стан за допомогою творчих засобів, що активізують різні сенсорні системи. Такий підхід особливо цінний для дітей з імпульсивністю, емоційною нестабільністю та труднощами саморегуляції. Модальності арт-терапії можна поділити відповідно до сенсорних каналів, через які здійснюється вплив: слухова, зорово-просторова, тактильна, нюхова, смакова. Слухова модальність (музична терапія) має потужний вплив на когнітивні функції та емоційний стан. Музика створює передбачуване середовище, допомагає структурувати мислення, знижує хаотичність поведінки та стимулює вироблення дофаміну - нейромедіатора, дефіцит якого притаманний дітям з РДУГ. Завдяки цьому покращуються увага, робоча пам'ять і мотивація. Музична діяльність також розвиває соціальні навички через командну взаємодію, слухання та реакцію на інших учасників музичного процесу. Зорово-просторова модальність включає малювання, живопис, створення колажів і формотворення. Цей вид творчості дозволяє знизити рівень тривожності, виразити внутрішні переживання у безпечний спосіб, покращити концентрацію уваги, розвинути вміння планувати, завершувати завдання та оцінювати результат. Водночас зорові образи стимулюють уяву, гнучкість мислення та сприяють формуванню позитивного самообразу. Тактильна модальність реалізується через ліплення, роботу з піском, глиною, тканинами або природними матеріалами. Вона має заспокійливий, організуючий ефект,

сприяє формуванню сенсомоторної інтеграції та підвищує рівень тілесної обізнаності. Завдяки тактильній стимуляції дитина краще орієнтується у власних межах, вчиться контролювати силу рухів і знижує фізичну гіперактивність. Нюхова модальність менш поширена, але також може використовуватись, наприклад, через ароматерапію або роботу з матеріалами, що мають характерний запах (віск, ароматизована глина). Вона допомагає стабілізувати емоційний стан, знижувати напруження, викликати приємні асоціації та сприяти емоційній регуляції. Смакові сенсори активізуються під час спільного приготування в ігровій формі смаколиків, частування друзів. Чаювання є неформальним способом налагодження міжособистісної комунікації, позитивних емоційних зв'язків, а зволоження ротової порожнини допомагає повернутися до рівноваги в стресових ситуаціях. Таким чином, арт-терапія через різноманітні сенсорні канали забезпечує комплексний вплив на дитину з РДУГ, активуючи різні психічні функції та сприяючи емоційному і поведінковому самоконтролю. Кожна модальність може бути адаптована відповідно до індивідуальних особливостей дитини, що робить цей підхід гнучким і результативним у контексті корекційної та психотерапевтичної роботи.

8. Іпотерапія передбачає роботу з кіньми під наглядом фахівців, що сприяє управлінню своєю енергією та сприйманню невербальних сигналів. Завдяки миттєвому зворотному зв'язку від коня, клієнти отримують можливість краще усвідомлювати свої вчинки [47].

Важливо зауважити, що психологічний супровід сім'ї дитини з РДУГ має базуватись на індивідуальних особливостях кожного випадку, враховуючи потреби дитини та її близьких і уникаючи стандартних схем. Ігнорування цього може зменшити ефективність втручання, а спроба вирішити лише окрему проблему без урахування загального контексту сімейної системи може навіть погіршити ситуацію. Програма психологічного супроводу родини повинна мати чітко визначені цілі з регулярним моніторингом її ефективності.

Висновки до розділу 1

Узагальнюючи теоретичні засади дослідження психосоціальних особливостей нуклеарних сімей, які виховують дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності, можна констатувати, що РДУГ є комплексним нейророзвитковим розладом із високою генетичною схильністю та різноманітними проявами, які значним чином залежать від особистісних, сімейних і соціальних чинників. Симптоматика РДУГ охоплює спектр порушень уваги, гіперактивності, імпульсивності та емоційної дисрегуляції, що ускладнює навчання, соціалізацію та міжособистісні взаємодії дітей у різних контекстах. Прикметно, що своєчасна діагностика розладу, а також розуміння особливостей його перебігу у дівчат, часто залишаються недооціненими порівняно з аналогічною діагностикою та лікуванням РДУГ у хлопців.

Особливе місце у забезпеченні психологічного благополуччя дитини з РДУГ займає родина, передусім нуклеарна сім'я, яка формує емоційний клімат, стиль спілкування, базові навички саморегуляції та адаптації. Взаємодія між членами сім'ї набуває особливої ваги для дітей із РДУГ, оскільки саме в сімейному оточенні закладаються фундаментальні установки щодо самоцінності, соціальної відповідальності та самоприйняття. Доведено, що гармонізація стосунків між подружжям і конструктивний стиль батьківської взаємодії сприяють зменшенню інтенсивності проблемної поведінки та емоційних розладів у дітей. Водночас підвищений рівень емоційного напруження, відсутність розуміння природи РДУГ і неадекватні стратегії виховання можуть погіршувати перебіг розладу та посилювати відчуття ізоляції як у дитини, так і в її батьків.

Аналіз міжнародного і вітчизняного досвіду супроводу таких сімей свідчить про доцільність комплексного підходу, який передбачає поєднання медикаментозної терапії, поведінкових інтервенцій і психолого-педагогічної підтримки родини. В Україні, хоча практика психологічної допомоги сім'ям дітей із РДУГ ще формується, спостерігається тенденція до

впровадження сучасних міжнародних підходів із врахуванням національного контексту.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НУКЛЕАРНИХ СІМЕЙ З ДІТЬМИ ІЗ РДУГ

2.1. Основні концепції та підходи до дослідження психологічного супроводу батьків, які виховують молодших школярів із РДУГ

У контексті методологічних аспектів дослідження психологічного супроводу нуклеарних сімей з дітьми із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ) важливо розглянути основні концепції та підходи, що застосовуються у цій сфері. Психологічний супровід батьків, які виховують молодших школярів із РДУГ, є складним та багатогранним процесом, що вимагає інтеграції різних теоретичних рамок і практичних стратегій. Сутнісний зміст основних підходів розкрито в таблиці (Табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Ключові теоретико-методологічні підходи [виконано за джерелами 3; 5; 7; 16; 36; 60]

Назва	Автори/представники	Сутнісний зміст
Раціогуманістичний підхід	Г.О. Балл, С.І. Болтівець, В.В. Рибалка, О.Є. Самойлов	Поєднання раціонального мислення з гуманістичними цінностями; розвиток мудрості як інтегративного ресурсу особистості.
Діяльнісний підхід	А.В. Брушлинський, В.В. Давидов, Л.В. Занков, Г.С. Костюк, О.Р. Лурія, С.Л. Рубінштейн	Психічне розглядається як продукт діяльності; діяльність - як єдність зовнішнього і внутрішнього, об'єктивного і суб'єктивного.
Комунікативно-діяльнісний підхід	І.Д. Бех, Є.П. Ільїн, В.О. Моляко, Р.С. Немов, В.А. Семиченко, Т.Д. Щербан	Особистість як результат комунікації; діалог - форма гармонізації взаємин та розвитку суб'єктів взаємодії.
Циклічно-вчинковий підхід	А.В. Фурман, О.Є. Фурман, С.К. Шандрук	Психологічна модель вчинку як процесу метасистемної взаємодії, що має циклічний і синергетичний характер.

Теорія символічного інтеракціонізму	Джордж Мід	Соціальна поведінка зумовлюється інтерпретаціями символічних значень у міжособистісній взаємодії.
-------------------------------------	------------	---

Продовження таблиці 2.1

Назва	Автори/представники	Сутнісний зміст
Теорія соціальної дії	Макс Вебер	Людська дія має сенс, орієнтований на інших, що є основою соціального порядку.
Теорія трансактного аналізу	Ерік Берн	Аналіз міжособистісної комунікації через транзакції між Его-станами: Дитина, Дорослий, Батько.
Теорія керування враженнями	Ервінг Гоффман	Індивід дотримується певних ролей у соціальній взаємодії, керуючи враженням, яке справляє на інших.
Гуманістичний підхід	К. Роджерс, А. Маслоу	Цілісне бачення людини як унікальної, самореалізуючої особистості.
Соціокультурний підхід	Л.С. Виготський	Культура формує пізнавальні процеси; навчання - соціально опосередкований процес.
Системний підхід	П.К. Анохін, М.С. Каган, В.П. Казміренко, О.В. Киричук, Г.О. Ковальов, О.В. Савченко	Розгляд особистості в контексті соціальних взаємозв'язків як складного, багатофакторного елемента соціальної системи.
Теорія вчинку	В.А. Роменець, В.О. Васютинський, П.А. М'ясоїд, В.О. Татенко, Т.М. Титаренко	Психологічне осмислення вчинку як інтегрального акту самовиявлення особистості, що формує колективну суб'єктність.
Вітакультурна парадигма освіти	Я.М. Бугерко, М.І. Дробноход, А.В. Фурман, О.Є. Фурман, С.К. Шандрук, А.Н. Гіряк	Формування особистості на основі культурних цінностей, розвиток освітнього середовища, орієнтованого на внутрішній розвиток людини.

Когнітивно-поведінковий підхід є одним з найбільш широко використовуваних у психологічному супроводі батьків дітей із РДУГ. Він спрямований на зміну негативних патернів мислення та поведінки, формування ефективних стратегій управління поведінкою дитини. Цей підхід включає навчання батьків технікам позитивного підкріплення, встановлення чітких правил та меж, а також розвиток навичок ненасильницького спілкування[60].

Раціогуманістичний підхід пропонує розмивання радикального поділу між раціональним і емоційним пізнанням світу через концепт мудрості як

гармонійного інтелекту. Він забезпечує методологічну основу для розуміння феноменів цілісного розвитку, духовного зростання та конструктивного реагування на суперечності дійсності. В проблематиці психологічного супроводу батьків дітей з РДУГ це означає формування навичок структурованого підходу до вирішення складних виховних завдань: від організації домашнього режиму до вибору корекційних стратегій. Батьки навчаються відштовхуватися від потреб і потенціалу дитини, а не тільки від симптомів РДУГ, і шукати рішення, що поважають її унікальність. У свою чергу, діяльнісний підхід, сформований на базі культурно-історичної школи Л.С. Виготського та подальших досліджень, розглядає діяльність як основу розвитку психіки. В межах цієї парадигми акцент робиться на внутрішню активність суб'єкта, що є основою його навчання, змін і адаптації [7, с. 35]. Для батьків це означає: їхні внутрішні стани (емоції тривоги, втоми, задоволення від взаємодії) та когнітивні стратегії (поведінкові сценарії, способи організації режиму дня) конструюються у взаємодії з реальними завданнями догляду та навчання дитини з РДУГ. Ми вважаємо, що діяльність батьків - це не просто зовнішні вчинки (організація режиму, контроль виконання завдань, заохочення тощо), а водночас внутрішній (мотиваційно-ціннісний, емоційний) світ батьків, де конкретні дії як то створення розкладу, використання таймера, співпраця зі школою та ін., тісно переплітаються з цінностями (відповідальність за розвиток дитини...), емоціями (роздратування, гордість, сором...) та уявленнями про власну компетентність.

З погляду гуманістичного підходу людина розглядається не як сукупність окремих психічних процесів, а як єдина гармонійна система, що прагне до самореалізації, а тому у рамках супроводу батьків дітей із РДУГ це би означало врахування не лише їхніх стратегій виховання, а й їхніх потреб, самооцінки, внутрішнього потенціалу і прагнення до гармонії в родині.

У дослідженні психологічного супроводу батьків також важливо враховувати емоційний аспект, зокрема рівень стресу, тривожності та депресії, які можуть виникати у батьків дітей із РДУГ. Психодинамічний підхід як

продовження і розширення ідей З. Фрейда, пристосований до роботи з міжособистісними та сімейними взаємодіями, дозволяє глибше зрозуміти внутрішні конфлікти та емоційні переживання батьків, що впливають на їхню взаємодію з дитиною [3]. У контексті досліджуваної нами проблематики психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ це би зачіпало поєднання уваги до зовнішньої поведінки дитини з глибинною роботою з емоційним станом батьків. Інтеграція оцінки емоційного стану з психодинамічним підходом дозволяє глибше зрозуміти, які глибинні переживання й установки впливають на взаємодію батьків з дитиною з РДУГ, та розробити цілісний план психологічного супроводу, що враховує як пізнавальні, так і глибинні психоемоційні потреби сім'ї.

Комунікативно-діяльнісний підхід зосереджується на міжсуб'єктній взаємодії як базовому чиннику становлення особистості, де ключовими стають діалог, розуміння, паритетна участь у спільному просторі. Він відкриває потужний потенціал для побудови терапевтичних, освітніх і соціальних інтервенцій на засадах емпатії, партнерства та довіри. У роботі з батьками діалог створює безпечне середовище для обговорення труднощів і пошуку спільних рішень, що зміцнює довіру та мотивацію до змін, адже їхня батьківська ідентичність і компетентність розгортаються не ізольовано, а в діалозі з дитиною, іншими батьками, вчителями та психологом.

З погляду транзакційного аналізу кожен акт спілкування між батьком і дитиною можна розглядати як послідовність звернень ("стимул → відповідь") між еґо-станами Батько (Parent), Дорослий (Adult) та Дитина (Child). У сім'ях із РДУГ сценарії можуть містити жорсткі заборони (Батько) проти прояву енергії дитини (Дитина), що провокує постійні перетини транзакцій.

Що стосується системного підходу, який розглядає особистість як складну динамічну систему в контексті її соціальних зв'язків і впливів, він дозволяє інтегрувати різні аспекти психіки, поведінки, емоційної регуляції та соціальних ролей в єдину модель розуміння індивіда в соціумі. У психологічному супроводі батьків це передбачає розгляд родини не як

сукупності індивідів, а як єдиного динамічного поля, де кожен член взаємодіє з іншими, впливаючи на загальний баланс. Це дає змогу працювати не лише з індивідуальними реакціями батьків, а і з закономірностями їхніх взаємин, що значно зміцнює ефективність підтримки.

Важливим для розуміння є вітакультурний підхід, який акцентує на формуванні особистості через культурні смисли й цінності, а також на створенні освітнього простору, що забезпечує повноцінний розвиток суб'єктності дитини. Він формує базу для модульно-розвивальних освітніх систем і спрямований на гуманізацію взаємодії [7, с. 4]. Для досліджуваної нами проблематики це означає, що для батьків їхня роль - не лише передавати знання, а створювати в сім'ї культурну атмосферу, що підтримує розвиток самооцінки, емпатії та ціннісної рефлексії дитини. Поруч із ним вагоме місце займає теорія вчинку В. Роменця [7, с. 55] та її продовження в циклічно-вчинковій концепції А. Фурмана [5, с. 12; 7, с. 56]. Цей підхід визначає, що вчинок - це базова ланка та ядро будь-якої форми людської діяльності [36], це дії, які людина виконує усвідомлено і добровільно, керуючись власними переконаннями, потребами, соціальними цілями та цінностями [16]. Він дозволяє глибоко досліджувати механізми формування «Я-концепції», розбудову соціальної відповідальності і розвиток психологічної зрілості. У батьків учня з РДУГ це би означало, що вчинки щодо організації режиму, комунікації з дитиною та взаємодії зі школою уособлюють їхнє прагнення до підтримки, захисту й розвитку особистості дитини.

Усі перелічені підходи мають як теоретичне, так і практичне значення. По-перше, вони слугують основою для побудови програм психосоціального супроводу, педагогічних інновацій та інтервенцій для людей у кризі або з особливими освітніми потребами. По-друге, їхня цінність полягає в тому, що вони не лише пояснюють внутрішні механізми поведінки, а й дозволяють створювати конкретні моделі розвитку, лікування чи соціальної інтеграції. Різноманітність концепцій свідчить про міждисциплінарний характер сучасної гуманітарної науки та її відкритість до нових форм досвіду. Це дає змогу

адаптувати методичні напрацювання до реалій сучасного суспільства, трансформацій в освіті і викликів воєнного часу. У контексті підтримки батьків молодших школярів із РДУГ необхідно інтегрувати кілька методологічних підходів. Така комбінація дозволяє врахувати багатогранність процесу - від діагностики і мотивації до практичних стратегій поведінкового втручання та емоційної підтримки родини. Кожен із застосованих підходів має свої переваги та обмеження, тому їхнє поєднання сприяє розробці ефективних, адаптованих до потреб сімей із дітьми, які мають розлад, стратегій.

2.2. Структурно-функціональна модель психологічного супроводу батьків молодших школярів із розладом РДУГ

В Україні досвід психологічного супроводу батьків, які виховують молодших школярів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), перебуває на етапі становлення та поступового розвитку. Переважно він базується на ініціативах окремих спеціалістів, громадських організацій, а також на адаптації зарубіжних практик, які не завжди враховують соціокультурні особливості українського суспільства. Робота з батьками таких дітей часто стикається з низкою викликів, серед яких недостатня проінформованість про природу розладу, стигматизація дітей із РДУГ у суспільстві, обмежений доступ до кваліфікованих спеціалістів, особливо в сільській місцевості, а також брак структурованих програм, які б охоплювали всі аспекти супроводу. Водночас окремі позитивні приклади, такі як діяльність центрів психологічної підтримки, тренінги для батьків, організовані громадськими організаціями, та впровадження інклюзивних практик у школах, свідчать про поступове формування бази для створення комплексних моделей супроводу.

Структурно-функціональна модель психологічного супроводу батьків, які виховують молодших школярів із РДУГ охоплює чотири ключові етапи: 1) мотиваційний; 2) когнітивний, 3) конативний (поведінковий); 4) рефлексивний.

Кожен із цих етапів має свої особливості та завдання, спрямовані на підвищення психологічної компетентності батьків, формування адекватних стратегій виховання та покращення якості життя дітей із РДУГ. Запровадження такої моделі в Україні, з урахуванням національного досвіду та специфіки, може сприяти створенню цілісної системи підтримки сімей, які стикаються з подібними викликами.

Мотиваційний етап є фундаментом успішного психологічного супроводу, адже без заангажованості та бажання батьків брати активну участь у процесі, подальші етапи втрачають свою ефективність. Тому ми вважаємо, що головне завдання мотиваційного етапу полягає у подоланні бар'єрів (страху, провини, заперечення) та створенні активної позиції батьків щодо участі у довготривалій корекційній роботі.

Реалізація цього етапу починається на широкому, інформаційно-просвітницькому рівні, що охоплює загальнонаціональний та місцевий контексти. Першочерговим завданням тут є дестигматизація РДУГ у суспільній свідомості та в конкретному освітньому середовищі. Функція цього аспекту - зниження соціального тиску на родину. Психолог у своїй роботі спирається на цей фон, використовуючи прийом інформаційного насичення достовірними даними про нейробіологічну природу розладу. Коли батьки усвідомлюють, що гіперактивність та неухважність не є наслідком їхніх виховних помилок, рівень їхньої тривоги знижується, а готовність до діалогу зростає. Наприклад, проведення загальношкільних семінарів або розповсюдження науково-популярних матеріалів у школі створює сприятливе середовище для звернення по допомогу [18].

Наступний аспект мотиваційного етапу зосереджується на встановленні первинного контакту та формуванні довіри на індивідуальному рівні. Батьки часто приходять до фахівця у стані фрустрації або заперечення. Завдання психолога - створити безпечний простір прийняття. Тут застосовуються техніки активного слухання та емпатійного приєднання. Психолог не оцінює, а валідизує почуття батьків. Ефективною на цьому етапі може бути вправа "Лист

моїй дитині", де батьки можуть висловити як любов, так і розчарування чи втому, що дозволяє легалізувати складні емоції та знизити почуття провини, яке блокує мотивацію до змін.

Третій важливий компонент мотиваційного етапу – це переорієнтація батьків з фокусу на проблемі на фокус на рішення. Завдання полягає в тому, щоб допомогти родині побачити перспективу позитивних змін. Для цього використовується техніка рефреймінгу - переосмислення "проблемної поведінки" дитини як "симптому, що потребує допомоги", а не як свідомого непослуху. Також застосовується прийом з когнітивно-поведінкової терапії - декатастрофізація. Психолог допомагає батькам знизити рівень драматизації майбутніх труднощів, показуючи конкретні шляхи корекції. Це формує надію, яка є паливом для мотивації.

Четвертий аспект стосується персоналізації цілей супроводу. Мотивація стає стійкою, коли батьки розуміють, що робота спрямована на досягнення значущих саме для них результатів. Завдання - перетворити абстрактну "корекцію РДУГ" на конкретні життєві цілі: "щоб син міг спокійно зробити уроки", "щоб ми менше сварилися ввечері". Тут доречною є техніка "Чарівне питання": "Уявіть, що вночі сталося диво і проблема зникла. Що перше ви помітите вранці?". Відповіді на це питання допомагають сформулювати позитивний образ бажаного майбутнього і мотивують рухатися до нього.

Нарешті, п'ятий аспект включає використання групового ресурсу для посилення мотивації. Навіть на початковому етапі організація ознайомчих груп або зустрічей з іншими батьками виконує функцію нормалізації проблеми. Завдання тут - подолати відчуття ізоляції. Техніка "Спільний досвід" дозволяє батькам побачити, що вони не самотні у своїх викликах. Усвідомлення спільності проблеми знижує опір і значно підвищує готовність долучитися до системної програми психологічного супроводу. Успішне завершення мотиваційного етапу означає, що батьки свідомо приймають необхідність допомоги, довіряють фахівцям і готові інвестувати час та зусилля в наступні етапи роботи [42].

Після того, як на мотиваційному етапі було сформовано бажання батьків співпрацювати та створено базовий рівень довіри, модель психологічного супроводу переходить до другого, ключового етапу *-когнітивного*. Основна мета цього етапу - забезпечити батьків глибокими знаннями про РДУГ, змінити їхні установки та переконання щодо поведінки дитини, а також розвинути навички аналізу власних реакцій.

Перший і фундаментальний аспект когнітивного етапу -це поглиблена психоедукація щодо природи РДУГ. Завдання полягає не просто в інформуванні, а в досягненні розуміння нейробіологічних механізмів розладу. Батьки мають усвідомити, що проблеми з концентрацією уваги, імпульсивність та гіперактивність є наслідком особливостей функціонування мозку, зокрема дефіциту виконавчих функцій, а не свідомою впертістю дитини. Для цього використовуються метафори, наприклад, порівняння мозку дитини з РДУГ як "потужне «феррарі», в якому встановлено велосипедні гальма"[4, с. 14]. Функція цього аспекту - остаточне зняття провини з дитини та батьків, що дозволяє перейти від боротьби до підтримки.

Другий аспект спрямований на розвиток у батьків розуміння внутрішнього світу дитини з РДУГ. Завдання - сформувані емпатійне сприйняття труднощів, з якими щодня стикається їхній син чи донька. Психолог використовує техніки децентрації та прийняття ролі. Наприклад, вправа-симуляція "Перерваний фільм", де батькам дають завдання, постійно перериваючи їх і відволікаючи, допомагає їм на власному досвіді відчути, що таке дефіцит уваги. Це розуміння трансформує батьківське роздратування у співчуття та бажання допомогти.

Третій, критично важливий аспект когнітивного етапу - це робота з власними когнітивними викривленнями та ірраціональними переконаннями батьків. Часто батьки вдаються до катастрофізації ("він ніколи не зможе нормально вчитися") або персоналізації ("це я винен, що він такий"). Завдання психолога – навчити батьків ідентифікувати ці автоматичні думки. Тут активно застосовуються техніки когнітивно-поведінкової терапії, зокрема когнітивна

реструктуризація. Батьки вчаться ставити під сумнів свої негативні переконання за допомогою "Сократівського діалогу" та шукати більш адаптивні інтерпретації поведінки дитини.

Четвертий аспект полягає у навчанні батьків функціональному аналізу поведінки. Завдання тут - дати інструмент для розуміння причин складної поведінки та впливу власних реакцій на неї. Батьки опановують модель ABC (Antecedent-Behavior-Consequence/Передумова-Поведінка-Наслідок), з якою вчать вести щоденники спостережень, де фіксують, що передувало спалаху активності чи імпульсивному вчинку, і як саме вони (батьки) відреагували. Це дозволяє усвідомити, що часто звичні батьківські реакції (крик, покарання) можуть ненавмисно підкріплювати небажану поведінку або руйнувати стосунки, замість того, щоб коригувати ситуацію[63].

П'ятий аспект стосується корекції батьківських очікувань. Завданням тут є привести очікування у відповідність до реальних можливостей дитини з РДУГ, враховуючи її нейропсихологічний профіль. Психолог допомагає зрозуміти концепцію "нерівномірності розвитку" при РДУГ. Використовується прийом порівняння з нормою, але з акцентом на індивідуальний темп дитини. Батьки вчаться розрізняти, де дитина "не хоче", а де "не може" через особливості розладу.

Шостий аспект когнітивного етапу - це зміщення фокусу з дефіцитів на сильні сторони дитини. Завдання полягає у тому, щоб сформувати у батьків позитивний образ дитини, незважаючи на наявність РДУГ. Використовується техніка позитивного рефреймінгу: імпульсивність можна розглядати як швидкість реакції, а гіперактивність - як високий рівень енергії. Вправа "Банк успіхів дитини" спонукає батьків свідомо помічати та фіксувати досягнення і позитивні риси школяра. Це змінює загальну атмосферу в родині та підвищує самооцінку дитини через зміну ставлення батьків [67].

Успішне завершення когнітивного етапу означає, що батьки не просто знають про РДУГ, а розуміють свою дитину, усвідомлюють власні когнітивні

пастки та готові застосовувати отримані знання для вироблення нових стратегій взаємодії на наступному, поведінковому етапі.

Третій етап структурно-функціональної моделі психологічного супроводу - *поведінковий*. Він є логічним продовженням когнітивного етапу, переводячи отримані знання та змінені установки у площину конкретних дій та навичок. Основна мета цього етапу полягає у формуванні та закріпленні нових, більш ефективних стратегій взаємодії батьків з дитиною з РДУГ, а також у модифікації домашнього середовища для підтримки адаптивної поведінки школяра. Це етап активного тренування та впровадження змін у повсякденне життя родини.

Перший аспект поведінкового етапу зосереджений на навчанні батьків технікам управління увагою та організації діяльності дитини. Завданням тут є допомогти батькам структурувати середовище таким чином, щоб мінімізувати відволікаючі фактори та полегшити дитині виконання завдань. Саме тому впроваджуються прийоми візуальної підтримки: складання чітких розкладів дня, використання таймерів для структурування часу (наприклад, техніка Pomodoro, адаптована для дітей), створення покрокових інструкцій для складних завдань. Батьки вчаться давати короткі, чіткі та позитивно сформульовані інструкції замість довгих нотацій. Практикується вправа "Одна інструкція за раз", де батьки тренуються давати завдання дитині і чекати його виконання, перш ніж давати наступне.

Другим аспектом є впровадження систем позитивного підкріплення. Завданням тут є змістити акцент з покарання за небажану поведінку на заохочення бажаної. Батьки мають навчитися помічати та підкріплювати навіть невеликі успіхи дитини. Ключовою технікою тут є жетонна система винагород або система балів, коли дитина отримує певні бонуси за дотримання правил, виконання обов'язків чи прояви самоконтролю. Психолог допомагає розробити індивідуальну систему, яка є значущою для конкретної дитини. Також батьки опановують навичку ефективної похвали - конкретної, описової та негайної [35, с. 53-54,57].

Третій елемент - це навчання батьків методам модифікації поведінки та реагування на імпульсивність і гіперактивність. Тут нашим завданням є дати батькам інструменти для конструктивного реагування на складні ситуації. Батьки вивчають техніки планового ігнорування незначної провокативної поведінки, методику тайм-ауту як способу заспокоїтися, а не як покарання, та прийоми переключення уваги. Важливою є вправа на розробку "Стоп-сигналів" - умовних знаків або слів, які допомагають дитині та батькам зупинитися в момент наростання конфлікту чи імпульсивної реакції.

Четвертий елемент поведінкового етапу фокусується на розвитку комунікативних навичок батьків, завданням якого є покращити якість спілкування в родині, знизити рівень конфліктності. Батьки тренують техніки Я-повідомлень для вираження своїх почуттів без звинувачення дитини, а також навички активного слухання дитини, що особливо важливо, коли дитина намагається пояснити свої труднощі чи емоції. Рольові ігри під час консультацій або групових занять дозволяють батькам відпрацювати ці навички у безпечному середовищі перед тим, як застосовувати їх вдома [65].

П'ятий аспект стосується управління власним емоційним станом батьків у стресових ситуаціях. Виховання дитини з РДУГ вимагає значних емоційних ресурсів. Завданням є навчити батьків технікам саморегуляції та стрес-менеджменту. Якщо батьки зберігають спокій, їм легше застосовувати вивчені стратегії послідовно. Тут використовуються техніки майндфулнес (усвідомленості), дихальні вправи для швидкого зниження напруги, а також прийоми когнітивного дистанціювання в момент конфлікту. Батьки вчаться брати паузу перед реакцією ("Порахувати до десяти"), щоб обрати конструктивний спосіб дії замість автоматичної емоційної відповіді.

Шостий аспект - це забезпечення послідовності та генералізації нових навичок. Завдання полягає в тому, щоб нові моделі поведінки стали звичкою і застосовувалися обома батьками (або всіма значущими дорослими) у різних контекстах. Психолог допомагає розробити єдину стратегію виховання та правила, які є зрозумілими і передбачуваними для дитини. Супровід на цьому

етапі включає аналіз домашніх завдань, розбір складних ситуацій, що виникли протягом тижня, та корекцію застосування технік [48].

Успішне завершення поведінкового етапу характеризується тим, що батьки не просто знають, як діяти, але й активно та послідовно застосовують нові стратегії у повсякденному житті, що призводить до помітного покращення поведінки дитини та зменшення напруги у сімейних стосунках.

Четвертий і завершальний етап структурно-функціональної моделі психологічного супроводу - *рефлексивний*. Цей етап є критично важливим для інтеграції отриманого досвіду, усвідомлення досягнутих результатів та забезпечення сталості позитивних змін у довгостроковій перспективі. Основна мета рефлексивного етапу - не просто підбити підсумки, а сприяти інтерналізації нових навичок та установок, щоб батьки могли самостійно підтримувати ефективну взаємодію з дитиною після завершення активної фази супроводу.

Перший елемент цього етапу полягає в комплексному аналізі та оцінці досягнутих результатів. Завдання психолога тут - допомогти батькам побачити реальний прогрес, порівнюючи поточну ситуацію з тією, що була на початку роботи. Для цього використовуються техніки за шкалами, де батьки оцінюють зміни у поведінці дитини, власний рівень стресу та сімейну атмосферу за суб'єктивною шкалою (наприклад, від 1 до 10) у ретроспективі. Також ефективним є повернення до цілей, сформульованих на мотиваційному етапі, та їх детальний розбір. Візуалізація прогресу, наприклад, через перегляд щоденників спостережень або "Банку успіхів", робить досягнення більш відчутними та зміцнює віру батьків у власні сили [69]. Другим аспектом є усвідомлення батьками власної ролі у досягненні позитивних змін. Завдання полягає у формуванні адекватної атрибуції успіху. Дуже важливо, щоб батьки приписували покращення не зовнішнім факторам (втручанню психолога чи медикаментам), а власним зусиллям, послідовності та зміні підходів. Психолог використовує рефлексивний діалог, спонукаючи батьків відповісти на питання: "Що саме ви зробили, що призвело до цього результату?". Функція цього кроку

- підвищення батьківської самоефективності та компетентності, що є запорукою самостійного подолання труднощів у майбутньому.

Третій аспект рефлексивного етапу - це аналіз труднощів та невдач, які виникали в процесі супроводу. Завданням цього аспекту є трансформувати помилки в досвід. Замість уникнення розмов про зриви, психолог ініціює їх детальний розбір. Застосовується техніка аналізу кейсів: що пішло не так, які когнітивні чи поведінкові пастки спрацювали і як можна було б вчинити інакше. Розуміння механізмів зриву дозволяє батькам сприймати їх не як катастрофу, а як тимчасові труднощі, з якими можна впоратися, повернувшись до ефективних стратегій [53].

Четвертий аспект спрямований на профілактику рецидивів та планування майбутнього. Завдання - підготувати родину до можливих викликів, пов'язаних з розвитком дитини з РДУГ (наприклад, перехід до середньої школи, гормональні зміни). Тут використовується техніка сценарного планування ("Що, якщо...?"), де батьки прогнозують потенційно складні ситуації та заздалегідь розробляють план дій, спираючись на засвоєний інструментарій. Створення "Аптечки швидкої допомоги" - переліку найбільш ефективних для їхньої родини прийомів реагування на стрес чи складну поведінку - допомагає відчувати себе підготовленими.

П'ятий аспект стосується формування нової, більш адаптивної батьківської точки зору та довгострокової життєвої перспективи родини. Завданням тут є інтегрування досвіду виховання дитини з РДУГ у позитивну історію сім'ї. Психолог допомагає батькам переосмислити свій шлях. Обговорюються довгострокові цілі розвитку дитини, її сильні сторони та шляхи їх реалізації. У роботі з психологом батьки не лише вчаться реагувати на щоденні труднощі, а й формують бачення майбутнього: якою буде дитина в підлітковому віці, у що можуть перетворитися її сильні риси (енергійність → лідерство; гіперфокус → майстерність). У цьому процесі виховання дитини з РДУГ інтегрується в загальну історію родини як шлях зростання, зближення й зміцнення стосунків[56].

Завершення рефлексивного етапу знаменує собою перехід від інтенсивного супроводу до самостійного функціонування родини або до режиму підтримуючих консультацій за потребою. Батьки виходять з програми не просто з набором технік, а з глибоким розумінням своєї дитини, високим рівнем самосвідомості та впевненістю у власній здатності справлятися з викликами, пов'язаними з РДУГ.

Узагальнюючи представлену структурно-функціональну модель психологічного супроводу батьків молодших школярів з РДУГ, можна визначити її як комплексну, поетапну систему, спрямовану на підвищення батьківської компетентності, гармонізацію дитячо-батьківських стосунків та оптимізацію умов для розвитку дитини з нейровідмінностями. Модель складається з чотирьох взаємопов'язаних етапів, кожен з яких має специфічні завдання та функції, що забезпечують логічний перехід від усвідомлення проблеми до її ефективного вирішення.

2.3. Систематика методів і психодіагностичних методик спрямованих на виявлення ефективності взаємодії у нуклеарній сім'ї, яка виховує дитину із РДУГ. Параметри та критерії ефективності

Систематизація методів оцінки ефективності взаємодії в нуклеарній сім'ї з дитиною з РДУГ базується на комплексному підході, що враховує множинність факторів впливу на сімейну систему. Основними параметрами ефективності виступають: якість батьківсько-дитячих стосунків, рівень батьківського стресу, адаптивність виховних стратегій, емоційна регуляція членів сім'ї, згуртованість сімейної системи та здатність до конструктивного вирішення проблем.

Проективні методики для оцінки глибинних аспектів сімейної взаємодії дозволяють виявити неусвідомлювані патерни та емоційні блоки, що впливають на ефективність взаємодії. Критеріями ефективності за результатами методики "Малюнок сім'ї" [45] є просторова близькість фігур, наявність позитивних

деталей, пропорційність зображень членів сім'ї. Техніка "Незавершені речення" (Sacks J.M., Levy S., 1950) оцінює позитивність установок батьків через аналіз емоційного забарвлення відповідей. "Тест руки" (Wagner E., 1962) визначає рівень конструктивності через співвідношення категорій "афективність" та "комунікація". Методика "Будинок-Дерево-Людина" (Buck J.N., 1948) аналізує ресурсність батьків через символічні елементи малюнка. "Тематичний апперцептивний тест" (Murray H.A., 1943) виявляє адаптивність копінг-стратегій через аналіз способів вирішення конфліктів у розповідях. "Кольорові метафоричні карти" (Moritz E., 1985) оцінюють здатність до пошуку ресурсів через кількість позитивних асоціацій. "Тест дерева" (Koch K., 1949) визначає стійкість та життєздатність сімейної системи через характеристики зображеного дерева.

Когнітивно-поведінкові методики для оцінки функціональності виховних практик фокусуються на вимірюванні конкретних поведінкових змін та когнітивних трансформацій. Програма "Triple P - Positive Parenting Program" (Sanders M.R., 1999) оцінює ефективність через зниження частоти проблемної поведінки дитини на 30-50% за стандартизованими шкалами. "Parent-Child Interaction Therapy" (Eyberg S.M., 1988) використовує критерій покращення якості взаємодії через збільшення позитивних вербалізацій на 40% під час структурованого спостереження. "Behavioral Parent Training" (Kazdin A.E., 1997) вимірює ефективність через досягнення 80% послідовності у застосуванні виховних стратегій. "Cognitive Behavioral Therapy for Parents" (Kendall P.C., 2000) оцінює зміни в дисфункціональних переконаннях за допомогою шкали когнітивних спотворень. "The Incredible Years" (Webster-Stratton C., 1992) визначає успішність через підвищення батьківської самоефективності на 2 стандартних відхилення. "Parent Management Training" (Patterson G.R., 1982) використовує критерій зменшення коерсивних циклів взаємодії на 60%. "Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents" (Kabat-Zinn J., 1990) оцінює ефективність через зниження рівня кортизолу та покращення показників варіабельності серцевого ритму.

Стандартизовані опитувальники для оцінки сімейного функціонування забезпечують об'єктивні вимірювання ключових параметрів. "Parenting Stress Index" (Abidin R.R., 1995) визначає ефективність через зниження загального показника стресу. "Alabama Parenting Questionnaire" (Frick P.J., 1991) оцінює покращення через збільшення показників позитивного батьківства та зменшення непослідовності. "Parental Acceptance-Rejection Questionnaire" (Rohner R.P., 2004) використовує критерій підвищення показника прийняття вище 60 балів. "Family Assessment Device" (Epstein N.B., Baldwin L.M., Bishop D.S., 1983) визначає ефективність через нормалізацію показників за шкалами "вирішення проблем" та "емоційна залученість". "Parenting Sense of Competence Scale" (Johnston C., Mash E.J., 1989) оцінює зростання самоефективності вище 75-го перцентилля. "Parent-Child Relationship Inventory" (Gerard A.B., 1994) використовує критерій покращення показників підтримки та комунікації. "Eyberg Child Behavior Inventory" (Eyberg S.M., Pincus D., 1999) визначає ефективність через зниження інтенсивності проблем нижче клінічного рівня. "Strengths and Difficulties Questionnaire" (Goodman R., 1997) оцінює збільшення просоціальної поведінки та зменшення загальних труднощів.

Арт-терапевтичні методики для оцінки емоційної динаміки та креативних ресурсів дозволяють відстежити якісні зміни в емоційному кліматі сім'ї. "Сімейна мандала" (Fincher S.F., 1991) оцінює ефективність через гармонізацію кольорової гами та збалансованість композиції. "Колаж почуттів" (Landgarten H.B., 1981) визначає покращення через збільшення позитивних образів та зменшення хаотичності композиції. "Спільне малювання" (Kwiatkowska H.Y., 1978) використовує критерій узгодженості дій та естетичної цілісності спільного твору. "Ліплення з глини" (Sherwood P., 2004) оцінює зниження м'язової напруги та збільшення плавності рухів. "Казкотерапія для батьків" (Mills J.C., Crowley R.J., 1986) визначає ефективність через появу конструктивних розв'язок у створених історіях. "Музична імпровізація" (Nordoff P., Robbins C., 1977) використовує критерій синхронізації ритмів та гармонійності звучання. "Фототерапія" (Weiser J., 1999) оцінює збільшення

позитивних спогадів та переосмислення травматичного досвіду. "Драматерапія" (Jennings S., 1990) визначає ефективність через розширення рольового репертуару та гнучкість у програванні ситуацій.

Психоедукаційні програми для оцінки рівня компетентності та практичних навичок фокусуються на вимірюванні засвоєння знань та їх практичного застосування. "ADHD Parent Training" (Barkley R.A., 1997) оцінює ефективність через тестування знань про РДУГ (мінімум 80% правильних відповідей) та демонстрацію навичок у рольових іграх. "New Forest Parenting Programme" (Thompson M.J., 2009) використовує критерій підвищення батьківської чутливості за шкалою спостереження на 2 бали. "Community Parent Education Program" (Cunningham C.E., 1995) визначає успішність через активність участі в групових дискусіях та кількість запропонованих рішень. "Stepping Stones Triple P" (Whittingham K., 2009) оцінює адаптацію стратегій до особливих потреб дитини через індивідуалізовані плани втручання. "Parents Plus" (Sharry J., 2001) використовує критерій засвоєння матеріалу через виконання домашніх завдань на 90%. "1-2-3 Magic" (Phelan T.W., 2003) визначає ефективність через зменшення часу на вирішення конфліктів до 3 хвилин. "The Nurtured Heart Approach" (Glasser H., 1999) оцінює збільшення позитивних підкріплень до співвідношення 5:1. "Collaborative Problem Solving" (Greene R.W., 2010) використовує критерій успішного вирішення 70% проблемних ситуацій через співпрацю.

Інтегральними критеріями ефективності взаємодії в нуклеарній сім'ї з дитиною з РДУГ виступають: стабілізація емоційного стану всіх членів сім'ї, підвищення задоволеності сімейними стосунками, зменшення конфліктності, покращення академічної успішності дитини, розвиток соціальних навичок дитини, зниження проявів гіперактивності та імпульсивності, формування позитивної самооцінки у всіх членів сім'ї, та загальне підвищення якості життя родини.

Інтеграція цих різноманітних груп методів та технік у комплексну програму психологічного супроводу дозволяє створити індивідуалізований

підхід до кожної української нуклеарної сім'ї, враховуючи її унікальні потреби, ресурси та культурний контекст. Важливо, що всі представлені методики адаптуються до специфіки роботи з батьками молодших школярів з РДУГ, забезпечуючи холистичний підхід до вирішення складних викликів, з якими стикається родина.

Для забезпечення комплексної оцінки ефективності психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ в умовах української нуклеарної сім'ї нами було відібрано низку валідних та надійних психодіагностичних методик, що дозволяють поєднати вимірювання емоційного стану батьків, рівня їхнього стресу, особливостей сімейної взаємодії та відчуття компетентності у батьківських ролях. Вибір цих інструментів зумовлений необхідністю отримати цілісне уявлення про внутрішньосімейну динаміку, а також про індивідуальні ресурси та труднощі батьків, які безпосередньо впливають на якість взаємодії з дитиною з РДУГ. З огляду на це, у нашому дослідженні були застосовані такі методики: Методика діагностики схильності особи до конфліктної поведінки К. Томаса (адаптація Н.В. Гришиної), Шкала батьківського стресу (PSS) - адаптація для батьків дітей з РДУГ, «Інструмент оцінювання сімейного функціонування» (Family Assessment Device, скорочена версія) та «Шкала батьківської самоефективності та задоволеності батьківством» (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC). Далі детально розглянемо особливості кожної з обраних методик та їх діагностичні можливості у контексті нашого дослідження.

Методика діагностики схильності особи до конфліктної поведінки К. Томаса (адаптація Н.В. Гришиної). Ця методика дає можливість визначити індивідуальні стилі реагування у конфліктних ситуаціях: суперництво, співробітництво, компроміс, уникнення та пристосування. Для дослідження батьків дітей з РДУГ вона є особливо значущою, оскільки дозволяє виявити домінуючі моделі поведінки у стосунках із дитиною, а також готовність батьків до конструктивного вирішення труднощів, що виникають у процесі виховання.

Шкала батьківського стресу (PSS) - адаптація для батьків дітей з РДУГ. Інструмент спрямований на вимірювання рівня стресу, пов'язаного з виконанням батьківських обов'язків. Адаптована версія враховує специфічні труднощі, з якими стикаються сім'ї дітей із РДУГ: гіперактивність, імпульсивність, проблеми уваги та поведінкові виклики. Оцінка рівня стресу дає змогу виявити ризики емоційного виснаження батьків та окреслити напрями психологічного супроводу, спрямованого на зниження напруги та відновлення ресурсного стану.

Інструмент оцінювання сімейного функціонування (Family Assessment Device, FAD, скорочена версія). Методика дозволяє комплексно оцінити ключові параметри функціонування сімейної системи: вирішення проблем, комунікацію, емоційну залученість, рольову структуру та контроль поведінки. Для нуклеарної сім'ї, яка виховує дитину з РДУГ, цей інструмент є важливим, оскільки допомагає визначити сильні та слабкі сторони сімейної взаємодії, а також рівень згуртованості та адаптивності родини.

Шкала батьківської самоефективності та задоволеності батьківством (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC). Ця методика спрямована на вивчення того, наскільки батьки відчують свою компетентність у виконанні виховних функцій та наскільки вони задоволені своєю роллю. У контексті виховання дитини з РДУГ показники за цією шкалою відображають рівень упевненості батьків у власних силах, їх здатність застосовувати ефективні виховні стратегії та отримувати позитивний досвід від взаємодії з дитиною.

Таким чином, використання зазначених методик дозволяє отримати багатовимірну картину сімейного функціонування, рівня стресу та батьківської самоефективності, що є основою для побудови ефективної програми психологічного супроводу українських нуклеарних сімей, які виховують дітей із РДУГ.

Висновки до розділу 2

У другому розділі ми здійснили детальний аналіз різних підходів до дослідження психологічного супроводу нуклеарних сімей, які виховують дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю. Вивчаючи останні наукові матеріали, визначили основні ідеї, які допомагають батькам ефективно взаємодіяти з дитиною з РДУГ, та з'ясували важливі фактори, що впливають на емоційний стан сім'ї та якість виконання батьківських обов'язків.

У підрозділі 2.2 була розроблена та представлена структурно-функціональна модель психологічного супроводу батьків дітей з РДУГ. Це допомогло зібрати основні елементи процесу супроводу: мету, блоки змісту, завдання, механізми та очікувані результати. Модель показує зв'язок між психологічною готовністю батьків до ефективної взаємодії, їхнім рівнем знань про особливості РДУГ, навичками самоконтролю та можливостями сімейного середовища. Такий підхід дозволяє створювати оптимальні шляхи психологічної допомоги.

У підрозділі 2.3 було проаналізовано і упорядковано методи та інструменти для оцінки ефективності взаємодії у нуклеарній сім'ї, яка виховує дитину з РДУГ. Визначено список критеріїв та параметрів, які дозволяють робити комплексну оцінку роботи сім'ї: рівень компетентності батьків, особливості емоційної реакції, стратегії поведінки в конфліктах, якість спілкування, ступінь узгодженості ролей у сім'ї та ресурсність сімейного середовища. Пропонована система методів дає можливість аналізувати різні рівні від особистих властивостей членів сім'ї до загальних показників сімейної динаміки.

Отже, результати теоретичного аналізу підтверджують важливість комплексного та системного підходу до психологічного супроводу нуклеарних сімей з дітьми, які мають РДУГ. Отримані висновки створюють надійну основу для практичного дослідження та аналізу ефективності розробленої моделі психологічного супроводу.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ РДУГ

3.1. Розробка та апробування програми психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ

На основі розробленої структурно-функціональної моделі та методологічних аспектів дослідження психологічного супроводу нуклеарних сімей з дітьми із РДУГ, ми пропонуємо таку програму психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ.

Назва програми: "Крок за кроком: ефективне батьківство в сім'ї з дитиною із РДУГ"

Мета програми: Підвищення батьківської компетентності, гармонізація сімейних стосунків, створення сприятливих умов для розвитку дитини з РДУГ через надання комплексної психологічної підтримки батькам.

Цільова аудиторія: Батьки (або особи, що їх замінюють) молодших школярів (6-10 років) з діагностованим РДУГ або з вираженими ознаками розладу.

Принципи програми:

1. Системність: розгляд сім'ї як цілісної системи, де зміни в одному елементі впливають на інші.
2. Комплексність: поєднання діагностичних, просвітницьких, корекційних, консультативних та підтримуючих заходів.
3. Наукова обґрунтованість: використання доказових методів та підходів.
4. Індивідуалізація: врахування унікальних потреб кожної сім'ї.
5. Партнерство: побудова довірливих стосунків з батьками на основі співпраці.
6. Конфіденційність: дотримання етичних норм психологічної практики.

Очікувані результати програми:

- Підвищення рівня обізнаності батьків про РДУГ та методи допомоги.

- Зменшення рівня батьківського стресу, тривожності та депресивних симптомів.
- Формування та закріплення ефективних навичок виховання та управління поведінкою дитини з РДУГ.
- Покращення психоемоційного клімату в сім'ї, гармонізація внутрішньосімейних стосунків.
- Підвищення батьківської самоефективності та впевненості у власних силах.
- Покращення соціальної адаптації та навчальної успішності дитини (опосередковано, через зміни у батьківській поведінці та створенні сприятливого середовища).
- Налагодження конструктивної взаємодії сім'ї зі школою .

Спеціалісти, залучені до реалізації програми:

Практичний психолог, який має спеціалізацію або підвищення кваліфікації у роботі з дітьми з РДУГ та їхніми сім'ями, володіє методами поведінкової та когнітивно-поведінкової терапії, сімейного консультування. За потреби - координація з дитячим психіатром, неврологом, логопедом, корекційним педагогом. Програму психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ "Крок за кроком: ефективне батьківство" відображено у таблиці 3.1.

Апробація програми психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ проводилася на базі Комунальної установи змішаного типу «Львівський міський центр соціальних послуг та реабілітації “Джерело” у м. Львові в період із серпня по жовтень 2025 року.

В апробації взяли участь 70 батьків дітей молодшого шкільного віку, з яких 35 - експериментальна група, 35 - контрольна. Заняття відбувалися 1 раз на тиждень протягом 5 тижнів, у формі групових консультацій та тренінгових занять.

Таблиця 3.1

Програма психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ "Крок за кроком: ефективне батьківство"

№ з/п	Назва етапу	Перелік заходів/вправ	Терміни проведення	Хто проводить	Очікуваний результат
1	мотиваційний	Привітання, правила; очікування, вхідні вимірювання; первинне тестування; вправа «3 ситуації»; психоедукація; вправа «Перерваний фільм»; дихальні техніки; домашні завдання.	Дві зустрічі (2 тижні)	Психолог, фахівець з РДУГ, дитячий психіатр	Зниження стигми; підвищення мотивації; формування безпеки; розуміння РДУГ.
2	когнітивний	Аналіз попереднього тижня; автоматичні думки; Сократівський діалог; АВС-модель; корекція батьківських очікувань; банка успіхів дитини; АВС-щоденник; домашні завдання.	Чотири зустрічі (4 тижні)	КПТ-терапевт, фахівець з РДУГ, за потреби-сімейний консультант	Корекція викривлень; реалістичні очікування; розвиток емпатії; перехід до сильних сторін.
3	поведінковий	Аналіз попереднього тижня, Карта стійкості; STOP–Pause–Plan; план SOS підтримки; куток спокою та інші сімейні ресурси; 50 способів наповнення; солодка година; структура середовища; SMART-цілі; драбинка успіху; Я-повідомлення; правила; жетонна система; домашні завдання	Чотири зустрічі (4 тижні)	Психолог, поведінковий терапевт/АВА фахівець, соціальний педагог	Батьківський ресурс; налагодження стосунку з дитиною; зміцнення поведінкових стратегій; зменшення конфліктів; послідовність правил; покращення комунікації.
4	рефлексивний	Візуалізація прогресу; інформація про медикаментозну підтримку, повторне анкетування; усвідомлення власної ролі (батьків); аналіз труднощів; співпраця зі школою; планування викликів; вправа «Моя історія сили».	Три зустрічі (3 тижні)	Психолог, фахівець з РДУГ, психіатр, шкільний психолог, соціальний педагог	Зміцнення самоефективності; зниження тривоги; готовність до майбутніх викликів; стабілізація родини.

3.2. Аналіз результатів експериментальної перевірки ефективності програми психологічного супроводу батьків, які виховують дітей із РДУГ

Дослідження проводилось за лонгітудною схемою з двома зрізами (до та після програми) та включало експериментальну групу ($n = 35$) та контрольну групу ($n = 35$). Програма тривала 5 тижнів (1 заняття на тиждень), мала групову форму (консультації та тренінги) та спрямована на зменшення батьківського стресу, покращення сімейного функціонування, підвищення само-ефективності та зменшення конфліктної поведінки. Аналіз проводився за чотирма ключовими методиками.

Методика діагностики схильності особи до конфліктної поведінки К. Томаса (адаптація Н.В. Гришиної) була використана для оцінки стратегій поведінки батьків у конфліктних ситуаціях до та після реалізації програми

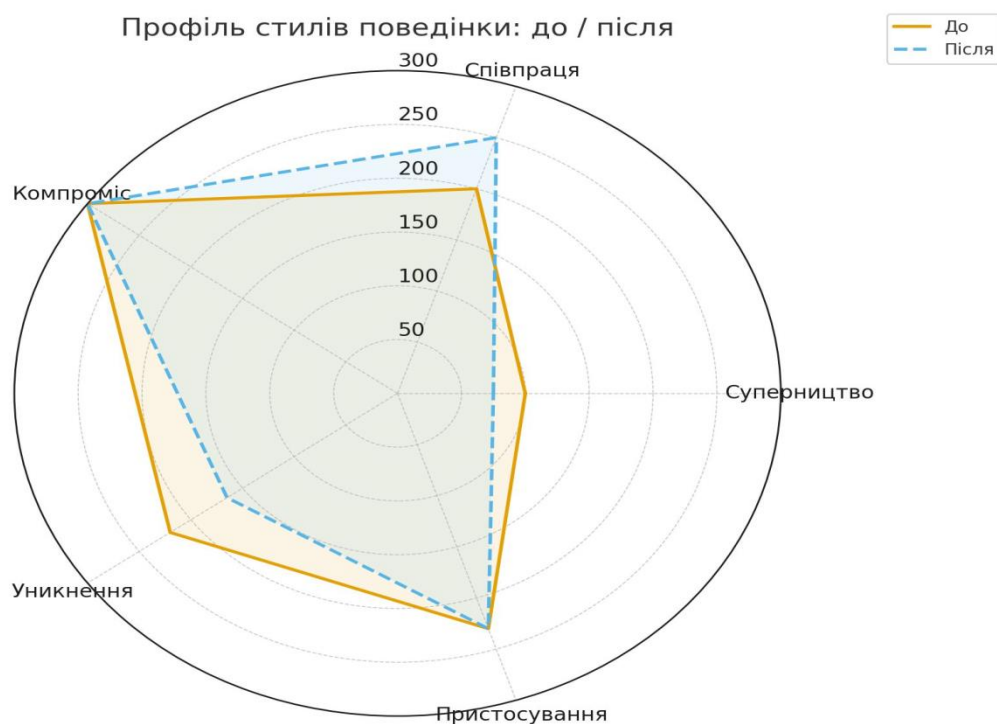


Рис. 3.1. Результати оцінювання експериментальної групи за методикою Томаса

Результати, зображені на діаграмі (Рис 3.1), відображають зміни стилів поведінки у конфліктних ситуаціях в експериментальній групі до та після участі у програмі психологічного супроводу. До початку роботи найбільш вираженим стилем був компроміс - батьки прагнули знайти прийнятні для обох сторін рішення, часто роблячи взаємні поступки. Після завершення програми показник компромісу дещо знижується. Це може свідчити про зменшення потреби «поступатися наполовину» заради швидкого зняття напруги, оскільки учасники навчилися використовувати більш конструктивні способи взаємодії.

Найсуттєвіше зростає показник співпраці. Після програми співпраця стає найбільш вираженим після компромісу стилем поведінки. Така зміна означає, що батьки почали активніше залучати дітей до обговорення проблем, шукати рішення, які задовольняють усіх учасників ситуації, проявляти відкритість до діалогу і здатність чути іншу сторону. Це свідчить про розвиток навичок конструктивної комунікації та збільшення впевненості у власній здатності впливати на результат конфлікту.

Показник суперництва після програми знижується. Якщо «до» він був вищим, ніж після, то тепер батьки рідше використовують жорстке відстоювання власної позиції чи тиск. Це інтерпретується як зменшення потреби домінувати у взаємодії, що пов'язано з розвитком умінь розв'язувати конфлікти без силового нав'язування власного рішення.

Стиль уникнення після програми зменшується. До участі в інтервенції уникнення займало одне з найвищих місць у структурі поведінкових стратегій, що означало тенденцію уникати конфліктів або відкладати їхнє вирішення. Після програми цей показник знижується, що свідчить про зменшення страху перед конфліктом та формування готовності обговорювати складні питання.

Показник пристосування теж злегка зменшується. Це означає, що учасники стали рідше жертвувати власними потребами і погоджуватися на рішення, які повністю відповідають іншій стороні. Вони дедалі менше приймають пасивно-поступливу роль у конфлікті й водночас частіше обирають відкритий діалог.

Узагальнюючи зміни, можна сказати, що програма сприяла переходу учасників від пасивних стратегій (уникнення, пристосування) та компромісу як «швидкої поступки» до співпраці - до найбільш зрілої та ефективної стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях. Це вказує на підвищення рівня самоусвідомлення, емоційної регуляції та конструктивних навичок комунікації серед батьків після завершення програми.



Рис. 3.2. Результати оцінювання контрольної групи за методикою Томаса до та після проходження Програми

На діаграмі (Рис 3.2) подано порівняння стилів поведінки у конфліктних ситуаціях у контрольній групі до та після проведення програми. Контрольна група не отримувала жодного психологічного впливу або тренінгових втручань, тому порівняння дає змогу оцінити природні коливання показників без зовнішнього впливу.

До початку вимірювання найбільш вираженим стилем був компроміс. Батьки прагнули знаходити взаємоприйнятні рішення, уникали різких загострень та знімати напруження у взаємодії з іншими учасниками конфлікту.

Показник співпраці також був досить високим, що свідчило про готовність до відкритого обговорення ситуацій та пошуку конструктивного вирішення проблем. Інші стилі - уникнення, пристосування - проявлялися значною мірою, при цьому суперництво залишалося найнижчим, що вказувало на небажання батьків вдаватися до тиску або домінування.

Після повторного вимірювання значення майже всіх стилів залишаються практично незмінними. Невеликі коливання на графіку знаходяться в межах похибки й не утворюють чіткої тенденції до зростання чи зниження певних стратегій поведінки. Компроміс і надалі залишається найпоширенішим стилем, співпраця зберігає стабільно високий рівень, а суперництво продовжує залишатися найменш вираженим. Показники уникнення та пристосування у другому вимірюванні також майже збігаються зі стартовими значеннями, що підтверджує відсутність змін у схильності до конфлікту чи підлаштування під іншу сторону.

Стабільність профілю поведінки учасників контрольної групи є важливим результатом, оскільки вона демонструє відсутність спонтанних змін стилів конфліктної поведінки протягом п'ятитижневого періоду за умов відсутності втручання. Це підсилює достовірність результатів експериментальної групи: зміни, які спостерігалися після реалізації програми, не були випадковими або пов'язаними з впливом часу, а швидше є наслідком участі у тренінгах і консультаціях.

Порівняльний аналіз результатів дослідження стилів поведінки у конфліктних ситуаціях за методикою К. Томаса в експериментальній та контрольній групах демонструє значущі відмінності у динаміці поведінкових стратегій батьків дітей із РДУГ, які безпосередньо пов'язані з участю у програмі психологічного супроводу. Вони демонструють, що навіть відносно короткострокове втручання може забезпечити значні зміни у стійких поведінкових патернах, якщо воно цілеспрямоване, структуроване та включає як теоретичні, так і практичні компоненти. Зіставлення початкових показників, кінцевих результатів та характеру змін у обох групах дозволяє чітко

виокремити ефекти цілеспрямованого психологічного втручання від природних коливань поведінкових патернів та створює переконливу картину ефективності запропонованої програми.

Шкала батьківського стресу (PSS) була застосована для оцінки рівня стресу, який відчувають батьки, виховуючи дітей із РДУГ. Ця методика дозволяє ідентифікувати основні джерела стресу та оцінити їх інтенсивність. Аналіз результатів до та після програми допоміг визначити, чи психологічний супровід сприяв зниженню рівня стресу батьків та покращенню їх емоційного стану, що є критично важливим для ефективного виховання дітей із РДУГ.

На основі представленої діаграми (Рис 3.3) та наведених даних можна зробити детальний аналіз динаміки батьківського стресу в експериментальній групі до та після впровадження корекційної програми.



Рис. 3.3. Результати порівняльного вимірювання рівня батьківського стресу за шкалою PSS серед учасників експериментальної групи

Аналізуючи початковий стан експериментальної групи, важливо підкреслити, що високий та дуже високий рівні стресу разом охоплювали більше двох третин усіх учасників, що є критично високим показником. Це означає, що типовий досвід батьківства дитини з РДУГ характеризується не

просто підвищеним навантаженням, а хронічним стресом, який впливає на всі сфери життя сім'ї. Батьки змушені постійно адаптуватися до непередбачуваної поведінки дитини, справлятися з освітніми труднощами, реагувати на соціальне стигматизування та балансувати між численними обов'язками без достатньої підтримки або ресурсів для відновлення.

Після впровадження корекційної програми картина суттєво змінилася, що наочно демонструє ефективність психологічного втручання. Найбільш вражаючим результатом стала поява двох респондентів у категорії низького стресу, чого не спостерігалось на початковому етапі. Хоча ця група є невеликою чисельно, сам факт її появи символізує можливість досягнення стану відносного психологічного благополуччя навіть в умовах виховання дитини з РДУГ. Ці батьки змогли вибудувати ефективні стратегії подолання стресу, відновити емоційні ресурси та відчути задоволення від батьківської ролі.

Загальна динаміка розподілу свідчить про системний ефект корекційної програми на всю експериментальну групу. Графік показує зміщення вагового центру від високих рівнів стресу до більш помірних та низьких показників. Якщо до програми розподіл мав виражену правосторонню асиметрію з концентрацією у високих діапазонах стресу, то після втручання спостерігається більш збалансована картина з присутністю всіх рівнів від низького до високого. Це вказує на те, що програма не просто зменшила стрес у окремих учасників, а змінила загальну динаміку психологічного благополуччя в групі.

Представлена динаміка також підкреслює важливість системного підходу до підтримки сімей дітей із РДУГ. Стрес батьків не є ізольованою проблемою окремої особи, а відображає складну взаємодію індивідуальних, сімейних та соціальних факторів. Ефективна програма має враховувати всі ці рівні, забезпечуючи не лише індивідуальну психологічну підтримку, але й сімейну терапію, психоедукацію та допомогу у взаємодії з освітніми та медичними закладами. Саме такий комплексний підхід, найімовірніше, і забезпечив позитивні зміни, що спостерігаються на діаграмі.

Повторне оцінювання рівня батьківського стресу у контрольній групі, проведене після завершення дослідження, продемонструвало мінімальні зміни порівняно з початковими показниками, що підтверджує стабільність високого рівня психологічного навантаження у батьків дітей із РДУГ за відсутності спеціалізованого психологічного втручання. Представлена діаграма (Рис 3.4) наочно ілюструє, що розподіл учасників за рівнями стресу залишився практично незмінним, зберігаючи критично високі показники емоційного напруження у всій групі.



Рис. 3.4. Результати повторного вимірювання рівня батьківського стресу за шкалою PSS серед учасників контрольної групи

Порівнюючи загальну структуру розподілу до та після повторного вимірювання, можна констатувати практично повну тотожність результатів. Співвідношення між високим та дуже високим рівнями стресу залишилося майже ідентичним, а графічне представлення показує збереження тієї самої патерну з абсолютним домінуванням критичних показників стресу. Така стабільність високих значень протягом усього періоду дослідження демонструє, що батьківський стрес у сім'ях дітей із РДУГ не є тимчасовим або ситуативним явищем, яке може зменшитися природним шляхом з плином часу або завдяки простій адаптації до обставин.

Відсутність будь-якої позитивної динаміки у контрольній групі має важливе теоретичне та практичне значення для розуміння природи батьківського стресу при РДУГ. Результати чітко показують, що без спеціалізованої психологічної допомоги батьки не можуть самостійно вийти зі стану хронічного стресу, навіть маючи час для можливої природної адаптації. Це спростовує припущення про те, що батьки поступово звикають до особливостей поведінки дитини і їхній стрес природно знижується з часом. Навпаки, дані свідчать про те, що стресові навантаження залишаються стабільно високими або навіть можуть накопичуватися, якщо не застосовуються ефективні стратегії подолання та не надається професійна підтримка.

Якщо в експериментальній групі спостерігалася чітка позитивна динаміка зі зниженням стресу, появою категорії низького стресу та зменшенням кількості батьків у критичних діапазонах, то контрольна група демонструє практично повну відсутність таких змін. Це контраст ясно вказує на те, що покращення у експериментальній групі було результатом саме психологічного втручання, а не природної динаміки стресу з часом або артефактом повторного тестування. Стабільність високих показників у контрольній групі служить переконливим доказом ефективності застосованої корекційної програми.

Отримані результати також підкреслюють важливість раннього виявлення високого батьківського стресу та своєчасного надання психологічної допомоги сім'ям дітей із РДУГ. Оскільки стрес не зменшується самостійно і може мати кумулятивний негативний ефект, відкладання втручання призводить до пролонгації страждань батьків та потенційного погіршення їхнього стану. Чим довше батьки перебувають у стані високого або дуже високого стресу, тим більше виснажуються їхні психологічні ресурси і тим складнішим може стати процес відновлення. Тому результати підкреслюють необхідність інтеграції програм психологічної підтримки батьків у стандартний протокол супроводу дітей із РДУГ.

«Інструмент оцінювання сімейного функціонування» (FAD) був використаний для оцінки динаміки сімейних відносин та функціонування сім'ї в цілому. Ця методика дозволяє оцінити такі аспекти, як вирішення проблем, ролі членів сім'ї, комунікацію, афективну відповідність та загальну задоволеність сімейним життям. Аналіз результатів допоміг визначити, чи програма психологічного супроводу сприяла покращенню сімейного функціонування та створенню більш сприятливого середовища для виховання дитини з РДУГ (Рис 3.5).

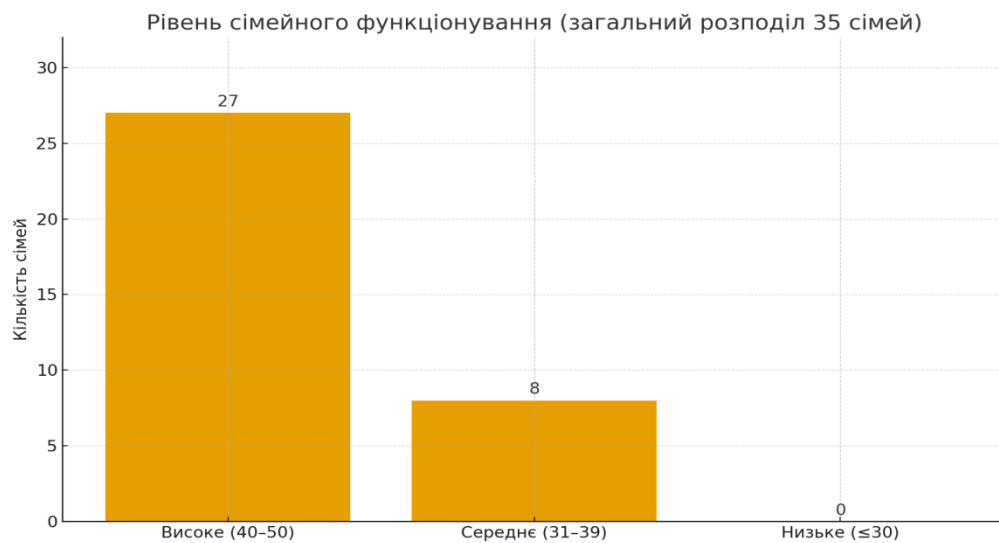


Рис. 3.5. Результати повторного вимірювання рівня сімейного функціонування за методикою FAD серед учасників експериментальної групи

Порівняння динаміки експериментальної та контрольної групи надає додаткові важливі інсайти щодо ефекту програми. У контрольній групі кількість сімей з високим рівнем функціонування залишилася практично незмінною, знизившись незначно з 35 до 34, що становить втрату лише однієї сім'ї або близько 3%.. Така мінімальна зміна у контрольній групі, де одна сім'я перемістилися з високого до середнього рівня, може відобразити природні коливання сімейного функціонування під впливом життєвих обставин, стресових подій або просто варіативність у відповідях при повторному тестуванні

Загалом результати повторного оцінювання експериментальної групи свідчать про помірний, але значущий позитивний ефект програми психологічного супроводу на сімейне функціонування. Збільшення частки сімей з високим рівнем функціонування представляють клінічно значущі зміни, які вказують на покращення ключових аспектів сімейної взаємодії. Порівняння з контрольною групою, де такої динаміки не спостерігалось, підтверджує, що ці зміни є результатом саме психологічного втручання, а не природної еволюції сімейних систем або артефактів вимірювання. Водночас результати також нагадують про складність та багатогранність сімейного функціонування, яке не завжди піддається швидкій трансформації навіть при наявності якісної професійної підтримки, що підкреслює необхідність диференційованих та тривалих підходів до роботи з сім'ями дітей із РДУГ.

«Шкала батьківської самоефективності та задоволеності батьківством» (PSOC) була застосована для оцінки відчуття компетентності батьків у вихованні дитини та їх задоволеності батьківством. Ця методика дозволяє ідентифікувати рівень впевненості батьків у своїх виховних здібностях та їх емоційне ставлення до ролі батька/матері. Аналіз результатів допоміг визначити, чи програма психологічного супроводу сприяла підвищенню самоефективності батьків та покращенню їх задоволеності процесом виховання дитини з РДУГ.

Результати первинного оцінювання батьківської самоефективності за шкалою PSOC в експериментальній групі демонструють неоднорідну картину суб'єктивного відчуття компетентності батьків у вихованні дітей з РДУГ.

Розподіл учасників виявив 3 приблизно рівні групи з різними профілями самоефективності. Найбільшу групу, яка становить 51% або 18 осіб, складають батьки з рівнем вище середнього. Ці батьки демонструють достатню впевненість у власних навичках та відчувають помірне задоволення від батьківської ролі, проте їхній рівень не є оптимальним і вказує на наявність зон невпевненості, які можуть стосуватися управління найскладнішими

поведінковими проявами дитини, взаємодії з освітніми закладами або балансування між різними сімейними обов'язками.

23% або 8 батьків продемонстрували лише середній рівень самоефективності. Ця група перебуває у стані значної невпевненості щодо своєї батьківської компетентності та відчуває обмежене задоволення від виконання батьківської ролі. Такі батьки часто сумніваються у правильності своїх рішень, відчувають вину за поведінкові проблеми дитини та можуть інтерпретувати труднощі як свідчення власної неефективності, а не як об'єктивні наслідки нейророзвиткового розладу. Низька самоефективність може призводити до непослідовності у застосуванні виховних стратегій, надмірної поступливості або, навпаки, жорсткості, а також знижувати мотивацію до пошуку інформації та впровадження рекомендованих втручань.

Ще 23% або 8 батьків показали високий рівень самоефективності. Ці батьки демонструють значну впевненість у своїх здібностях та відчувають високе задоволення від батьківської ролі, незважаючи на об'єктивні труднощі. Вони, ймовірно, володіють добре розвиненими навичками управління поведінкою, мають знання про РДУГ та здатні зберігати позитивне ставлення навіть у складних ситуаціях. Високий рівень самоефективності пов'язаний зі здатністю реалістично оцінювати прогрес, розпізнавати навіть малі успіхи та атрибутовувати труднощі характеристикам розладу, а не власній некомпетентності.

Загальна картина розподілу відображає типову ситуацію для батьків дітей з РДУГ, де постійні виклики підривають батьківську впевненість. Той факт, що найбільша група перебуває лише на рівні вище середнього, а майже третина на середньому рівні, свідчить про те, що більшість батьків відчувають невпевненість або незадоволеність аспектами свого батьківства. Це підкреслює значну потребу у психологічній підтримці, спрямованій на підвищення відчуття компетентності через психоедукацію про РДУГ, тренінг навичок управління поведінкою, когнітивну роботу з дисфункціональними переконаннями та групову підтримку для нормалізації досвіду.

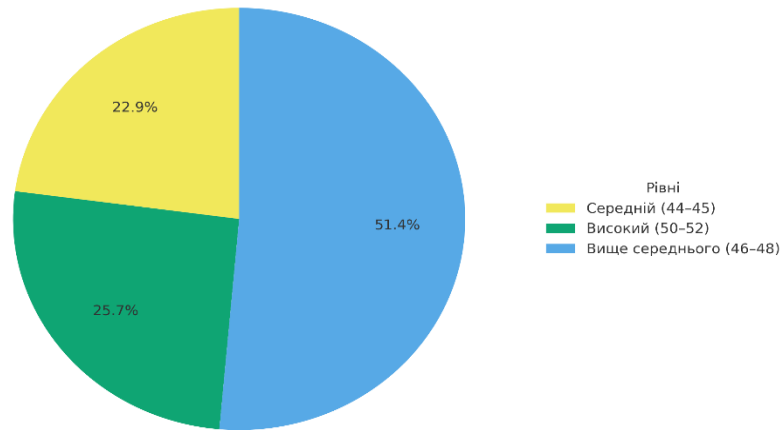
Первинне оцінювання рівня батьківської самоефективності в контрольній групі за шкалою PSOC показало загалом високу впевненість батьків у власних виховних здібностях і позитивне ставлення до батьківства. Розподіл результатів між рівнями є досить рівномірним, приблизно третина батьків (34 %, 12 осіб) продемонструвала середній рівень самоефективності, ще третина (34 %, 12 осіб) - високий рівень, і майже стільки ж (32 %, 11 осіб) - дуже високий. Значення середнього рівня (близько 44 балів) вказує на базову впевненість, але без відчуття повного контролю над ситуацією. Такі батьки здатні застосовувати виховні стратегії, однак можуть сумніватися у своїх рішеннях у складних або нестандартних ситуаціях. Вони частіше сприймають труднощі як особисту відповідальність, що може знижувати емоційне задоволення батьківською роллю.

Важливо, що в контрольній групі понад дві третини учасників перебувають на високому або дуже високому рівні самоефективності. Це свідчить про позитивне сприйняття батьківської ролі, впевненість у своїх навичках та здатність відчувати задоволення від взаємодії з дитиною. На відміну від експериментальної групи, де значна частина батьків демонструвала лише середній рівень впевненості й потребувала додаткової підтримки, у контрольній групі вже з початку спостерігається сформована батьківська компетентність. Такий результат може пояснюватися наявністю попереднього досвіду, власних ефективних стратегій взаємодії або більш сприятливим зовнішнім середовищем.

Повторне діагностичне обстеження батьківської самоефективності за шкалою PSOC після завершення Програми виявило суттєві якісні та кількісні зміни у структурі розподілу учасників експериментальної групи за рівнями компетентності та впевненості у виконанні батьківської ролі (Рис 3.6).

Ці зміни носять виразний позитивний характер і свідчать про глибокі трансформації у самосприйнятті батьків, які виховують дітей із розладами дефіциту уваги та гіперактивності.

PSOC: Самоефективність і задоволеність батьківством (n=35)



Розподіл рівнів самоефективності після втручання (n=35)

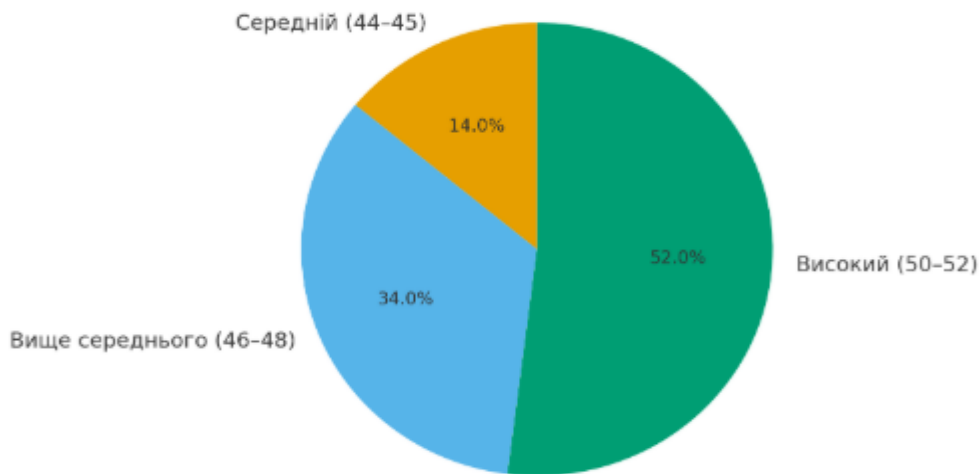


Рис. 3.6. Результати повторного вимірювання рівнів самоефективності серед учасників експериментальної групи

Отримані результати переконливо свідчать про високу ефективність реалізованої психокорекційної програми у досягненні її основних цілей. Програма змогла не просто надати батькам теоретичні знання про РДУГ, а й сприяла глибокій трансформації їхнього самосприйняття, емоційного стану та поведінкових патернів. Комплексний підхід, що поєднував психоосвіту, тренінг

навичок, групову підтримку та індивідуальну роботу з когнітивними спотвореннями, виявився особливо ефективним у формуванні стійкого відчуття батьківської компетентності. Така позитивна динаміка створює міцний фундамент для довгострокового покращення якості життя як батьків, так і дітей із РДУГ, оскільки сформовані навички та установки мають тенденцію до стабілізації та подальшого розвитку навіть після завершення формальної програми підтримки.

Повторне діагностичне обстеження рівня батьківської самоефективності в контрольній групі, проведене через той самий часовий інтервал, що й в експериментальній групі, виявило досить стабільну картину з мінімальними змінами у структурі розподілу учасників за рівнями компетентності. Отримані результати свідчать про те, що без цілеспрямованого психологічного втручання показники батьківської самоефективності залишаються відносно незмінними, демонструючи лише природні коливання, які можуть бути пов'язані з випадковими факторами або поступовим накопиченням власного досвіду. Результати відображено на діаграмі (Рис 3.7)

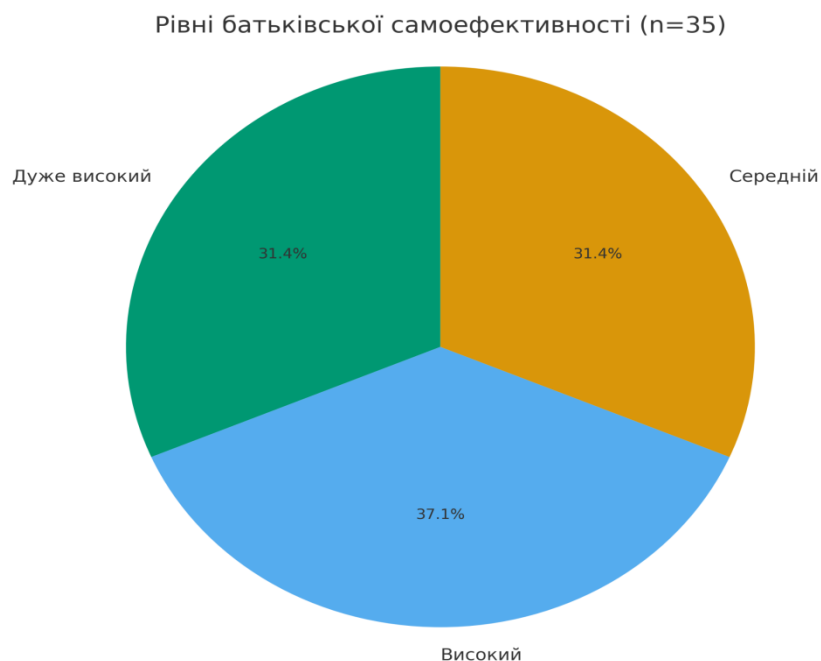


Рис. 3.7. Результати повторного вимірювання рівнів самоефективності серед учасників контрольної групи

Загалом, повторне обстеження контрольної групи демонструє картину відносної стагнації, коли показники батьківської самоефективності залишаються в тих самих діапазонах, що й під час первинної діагностики. Незначні коливання на рівні 2-3 відсоткових пунктів не мають клінічної значущості та не свідчать про системні зміни у самосприйнятті батьків або їхній здатності справлятися з викликами виховання дітей із РДУГ. Така стабільність підтверджує гіпотезу про те, що батьківська самоефективність є відносно стійкою характеристикою, яка без цілеспрямованого психологічного впливу схильна зберігатися на початковому рівні, навіть якщо цей рівень є недостатнім для ефективного функціонування в умовах підвищених виховних навантажень.

Зіставлення результатів повторного діагностичного обстеження в експериментальній та контрольній групах виявляє принципово різні траєкторії змін, які переконливо свідчать про ефективність реалізованої психокорекційної програми та підтверджують її вплив на розвиток батьківської самоефективності.

Важливо відзначити, що обидві групи на початку дослідження мали приблизно схожі вихідні характеристики з точки зору розподілу за рівнями самоефективності, що робить порівняння коректним і валідним. Проте після завершення періоду дослідження профілі груп виглядають суттєво по-іншому: експериментальна група демонструє виразне переважання високих показників, порівняно з контрольною групою.

З методологічної точки зору, отримані результати переконливо підтверджують, що саме участь у психокорекційній програмі, а не просто плив часу або природний процес адаптації, стала вирішальним чинником покращення батьківської самоефективності. Стабільність показників у контрольній групі виступає своєрідним базовим рівнем, відносно якого можна об'єктивно оцінити ефект втручання. Різниця у динаміці між групами є статистично та клінічно значущою, що дозволяє з високою впевненістю стверджувати про ефективність розробленої програми.

3.3. Психоедукація та система практичних рекомендацій батькам, які виховують молодших школярів із РДУГ.

Результати проведеного емпіричного дослідження переконливо продемонстрували ефективність комплексного психологічного супроводу батьків дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності у покращенні ключових аспектів функціонування сім'ї, зниженні батьківського стресу, розвитку конструктивних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях та підвищенні батьківської самоефективності. Водночас дослідження виявило ключову важливість психоедукаційного компоненту як фундаменту для всіх подальших позитивних змін. Без глибокого розуміння природи розладу, його нейробиологічних механізмів, типових проявів та науково обґрунтованих методів допомоги батьки залишаються у стані невизначеності, що підживлює почуття провини, безпорадності та використання неефективних виховних стратегій.

Психоедукація являє собою не просто надання інформації, а системний процес формування нового, більш адекватного розуміння особливостей розвитку дитини, що дозволяє батькам переосмислити власний досвід, змінити дисфункціональні переконання та сформувані реалістичні очікування щодо можливостей дитини та траєкторії її розвитку. Результати нашого дослідження показали, що батьки, які отримали якісну психоедукацію, демонструють значне зниження рівня стресу, оскільки починають сприймати поведінкові особливості дитини не як наслідок власних виховних помилок або свідомого непослуху дитини, а як прояви нейророзвиткового розладу, які потребують специфічних підходів та терпіння. Ця зміна когнітивної інтерпретації має потужний терапевтичний ефект, знижуючи самозвинувачення, фрустрацію та почуття ізоляції. Також психоедукація створює спільну мову та концептуальну рамку для всіх членів сім'ї, що полегшує комунікацію та координацію виховних зусиль. Коли батьки розуміють механізми імпульсивності, гіперактивності та проблем з увагою, вони можуть вибудовувати більш послідовну та узгоджену

систему підтримки дитини, уникаючи конфліктів через різні підходи до виховання. Психоедукація також озброює батьків конкретними інструментами для пояснення особливостей дитини іншим людям - вчителям, родичам, іншим батькам, що сприяє створенню більш підтримуючого соціального середовища та зменшує стигматизацію.

Система практичних рекомендацій:

1. Використовуйте співпрацю замість уникання в конфліктах - регулярне спільне планування завдань і відкрите обговорення очікувань з дитиною підвищує частку батьків, що обирають конструктивний стиль поведінки, і значно знижує використання пасивних стратегій, що безпосередньо корелює зі зменшенням сімейної напруги.
2. Впроваджуйте щоденні практики зниження стресу - відведення щодня 15 хвилин на глибоке дихання або медитацію підтверджено емпірично як ефективний спосіб зниження рівня батьківського стресу, що призводить до зростання частки батьків у категорії низького стресу та повного виходу з категорії дуже високого стресу.
3. Ведіть позитивний журнал взаємодії - щоденне фіксування хоча б одного успішного моменту спілкування з дитиною підвищує відчуття контролю та позитивного досвіду, що безпосередньо зменшує кількість батьків у критичних діапазонах стресу.
4. Проводіть щотижневі сімейні чек-іни - регулярний, структурований 10-хвилинний діалог про емоційний стан кожного члена сім'ї підтверджено як ключовий інструмент підвищення сімейного функціонування, що зменшує кількість сімей із середнім рівнем функціонування.
5. Встановлюйте чіткі, спільні домашні правила - створення однаково зрозумілих, незмінних норм поведінки (наприклад, «робочий час - без екранів») підтверджено як ефективний механізм підвищення структурованості сім'ї, що призводить до значного скорочення категорії середнього функціонування.

6. Навчайте дитину конкретним навичкам самоконтролю та негайно відзначаєте успіх - систематичне введення візуальних підказок, таймерів і безпосереднього підсилення виконання завдань підвищує батьківську самоефективність, оскільки батьки відчувають зростання власної компетентності в управлінні поведінкою дитини.
7. Застосовуйте модель позитивного підкріплення - надання малих, відразу «наступаючих» нагород за виконання завдань підвищує відчуття батьківської ефективності і значно знижує частку батьків із середнім рівнем самоефективності, оскільки формує позитивний зворотній зв'язок між дією та результатом.
8. Забезпечуйте структурований режим дня - фіксовані часи прийому їжі, виконання завдань, відпочинку та сну з мінімізацією відволікаючих моментів підтверджено як ефективний фактор зниження імпульсивності дитини та зменшення батьківського стресу через передбачуваність середовища.
9. Забезпечуйте щоденну фізичну активність - мінімум 30 хвилин руху на день підтверджено як значущий фактор покращення емоційної регуляції дитини та зниження гіперактивності, що безпосередньо сприяє зменшенню сімейного напруження.
10. Підтримуйте регулярну співпрацю зі школою - постійний зворотний зв'язок з вчителем, адаптація завдань та спільне визначення цілей підвищують академічну успішність дитини та знижують рівень сімейного стресу через зменшення невизначеності та конфліктів у навчанні.
11. Пріоритизуйте власне психологічне благополуччя як умову ефективності виховання - підвищення самоефективності, зниження стресу та підтримка сімейної функціональності - це не побічні ефекти, а ключові цілі, які емпірично доведено як необхідні для стійкого покращення життєвих умов сім'ї з дитиною із РДУГ.

Дотримання цих емпірично підтверджених рекомендацій дозволяє батькам не лише покращувати поведінку дитини з РДУГ, а й зберігати власне психологічне здоров'я, що є ключовим результатом проведеного дослідження.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлено емпіричне дослідження ефективності розробленої програми психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ "Крок за кроком: ефективне батьківство", яка була апробована на базі Комунального закладу - центру "Джерело" у серпні-жовтні 2025 року за участю 70 батьків (35 в експериментальній та 35 у контрольній групах).

Програма включала чотири взаємопов'язані блоки: мотиваційний, когнітивний, поведінковий та рефлексивний.

Ефективність програми оцінювалася за чотирма ключовими параметрами з використанням стандартизованих методик: методика К. Томаса, Шкала батьківського стресу (PSS), Оцінювання сімейного функціонування за методикою FAD та Батьківська самоефективність за шкалою PSOC.

Аналіз результатів за цими методиками показав, що зміни в показниках експериментальних та контрольних груп суттєво відрізнялись. У експериментальній групі показники за всіма методиками до та після проведення Програми вказують на її ефективність, в той час, коли відсутність значущих змін у контрольній групі підтверджує, що без спеціалізованої підтримки ці показники не покращуються природним шляхом.

Порівняльний аналіз цих груп підтверджує ефективність програми психологічного супроводу. За відсутності помітних змін у контрольній групі, в експериментальній чітко виявлено позитивну тенденцію, яка виключає альтернативні пояснення результатів (ефект повторного тестування, природна адаптація, вплив часу) та вказує на специфічний терапевтичний ефект запропонованих інтервенцій.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було присвячене комплексному вивченню психологічного супроводу нуклеарних сімей, які виховують дітей - молодших школярів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності, а також розробці та апробації ефективної програми психологічного супроводу таких родин. Результати дослідження дозволяють сформулювати ряд важливих висновків, які відповідають поставленим завданням та підтверджують досягнення мети роботи.

1. У процесі вирішення першого завдання було здійснено ґрунтовний аналіз психологічних особливостей дітей із РДУГ. Встановлено, що РДУГ є нейророзвитковим розладом з генетичною основою, який проявляється через стійкі патерни невідповідної віку неухважності, гіперактивності та імпульсивності. Когнітивні особливості дітей із РДУГ включають труднощі з довільною увагою та її утриманням, дефіцити робочої пам'яті та виконавчих функцій, порушення гальмівного контролю та труднощі з плануванням і організацією діяльності. Емоційна сфера характеризується підвищеною реактивністю, труднощами з розпізнаванням і регуляцією емоцій, низькою фрустраційною толерантністю та схильністю до інтенсивних афективних реакцій. Поведінкові прояви включають надмірну рухову активність, імпульсивність у діях та рішеннях, труднощі з дотриманням правил і соціальних норм, що в молодшому шкільному віці особливо гостро проявляється в освітньому середовищі через конфлікти з однолітками, низьку академічну успішність та дисциплінарні проблеми.

2. Дослідження теоретичних засад та аналіз сучасного вітчизняного і зарубіжного досвіду психологічного супроводу сімей дітей із РДУГ виявив, що найбільш ефективними є мультимодальні підходи, які поєднують психоедукацію батьків, тренінг батьківських навичок на основі поведінкових принципів, когнітивно-поведінкову терапію для корекції дисфункціональних переконань та групову підтримку для зменшення почуття ізоляції.

3. Вирішення другого завдання дослідження дозволило виявити психо-соціальні особливості взаємодії в сучасній українській нуклеарній сім'ї та з'ясувати її конструктивні та деструктивні впливи на формування і розвиток особистості дитини з РДУГ. Теоретичний аналіз показав, що нуклеарна сім'я, з її специфічними особливостями, мають амбівалентний вплив на виховання дитини з особливими потребами. З одного боку, нуклеарна структура забезпечує більшу автономію батьків у прийнятті рішень щодо виховання, гнучкість у впровадженні рекомендованих стратегій без втручання старшого покоління та можливість створення передбачуваного, структурованого середовища, що є критично важливим для дітей із РДУГ.

З іншого боку, обмеженість ресурсів підтримки через відсутність розширеної родини призводить до концентрації всього навантаження на батьках, особливо матерях, що створює ризик емоційного вигорання та виснаження.

4. Дослідження виявило, що в сучасних українських умовах, ускладнених воєнним станом, економічною нестабільністю та масштабною міграцією, нуклеарні сім'ї з дітьми з РДУГ стикаються з множинними стресорами. Проте конструктивний вплив нуклеарної сім'ї на розвиток дитини з РДУГ максимізується при високій батьківській згуртованості, узгодженості виховних підходів, наявності адекватної інформації про розлад та доступу до професійної підтримки. Деструктивні впливи посилюються за умов батьківських конфліктів, соціальної ізоляції, економічних труднощів та відсутності системи зовнішньої підтримки. Це обґрунтовує необхідність розробки програм психологічного супроводу, які б враховували специфіку нуклеарної сім'ї задля посилення її конструктивних аспектів при одночасному мінімізуванні деструктивних факторів.

5. Третє завдання дослідження полягало у розробці та теоретичному обґрунтуванні програми психологічного супроводу батьків молодших школярів із РДУГ, яка враховує особливості сучасної української нуклеарної сім'ї. Тому було створено комплексну програму "Крок за кроком: ефективне батьківство в

сім'ї з дитиною із РДУГ", яка структурована у чотири взаємопов'язані блоки, кожен з яких вирішує специфічні завдання психологічного супроводу. Розроблена програма має гнучку структуру, що дозволяє адаптувати інтенсивність та фокус втручань відповідно до індивідуальних потреб конкретної сім'ї, забезпечуючи персоналізований підхід при збереженні системності та комплексності супроводу.

6. Четверте завдання дослідження передбачало експериментальну апробацію розробленої програми та оцінку її впливу на рівень психологічного благополуччя батьків та якість міжособистісної взаємодії з дитиною. Апробація програми проводилася на базі Комунальної установи "Львівський міський центр соціальних послуг та реабілітації Джерело" протягом п'яти тижнів у серпні-жовтні 2025 року з участю сімдесяти батьків молодших школярів із РДУГ, розподілених на експериментальну та контрольну групи по тридцять п'ять осіб у кожній. Для оцінки ефективності програми використовувався комплекс стандартизованих психодіагностичних методик, що дозволили оцінити зміни за ключовими параметрами психологічного благополуччя батьків та сімейного функціонування. Результати апробації переконливо підтвердили ефективність розробленої програми за всіма досліджуваними параметрами.

7. На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було розроблено комплексну систему психоедукації та практичних рекомендацій для батьків молодших школярів із РДУГ, а отже, всі поставлені завдання дослідження було успішно вирішено, що дозволяє констатувати досягнення мети магістерської роботи.

8. Дослідження підкреслює необхідність системного підходу до підтримки батьків дітей із РДУГ, проте не вичерпує всіх аспектів згаданої проблеми. Подальші дослідження можуть включати довготривале відстеження змін у взаємодії між батьками та дітьми, а також розширення програм для роботи з іншими членами родини та педагогами. Таке покращення допоможе збільшити ефективність програм та забезпечити довготривалий позитивний вплив на сім'ї, які виховують дітей з РДУГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барклі Р. А. Як опанувати розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю : посібник для батьків / пер. з англ. Львів : Галицька видавнича спілка, 2021. 460 с.
2. Бондаренко, О. Ф. Психологічна допомога особистості : навчальний посібник. Харків : Фоліо, 1996. 237 с.
3. Вікіпедія. Psychodynamics [Електронний ресурс] / Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Psychodynamics?utm_source=chatgpt.com#cite_note-1(дата звернення: 18.07.2025)
4. Гелловел Е. М., Рейті Дж. РДУГ : перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в дітей і дорослих / Е. М. Гелловел, Дж. Рейті. – Київ : Yakaboo Publishing. 2022. 224 с.
5. Гірняк А. Н. Психологічні засади модульно-розвивальної взаємодії учасників освітнього процесу ЗВО : автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.07 / А. Н. Гірняк ; ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника». Івано-Франківськ, 2021. 38 с.
6. Гірняк А. Н., Браславець О. В. Прояв акцентуацій характеру осіб молодшого юнацького віку у контексті їх сімейних взаємостосунків. *Збірка наукових праць молодих учених кафедри соціальної роботи ТНЕУ* / за ред. А. В. Фурмана. Тернопіль: Вектор, 2011. С. 14-18.
7. Гірняк А. Н. Психологічні засади модульно-розвивальної взаємодії учасників освітнього процесу ЗВО: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07. Івано-Франківськ, 2021. 541 с.
8. Гірняк А., Пивошук Н. Психологічна готовність до конструктивної соціальної взаємодії як ресурс особистого порозуміння. Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Тернопіль, 4-5 листоп. 2022 р.) в 2 т. Тернопіль : ЗУНУ, 2022 Т. 2. С. 9-14.

9. Гірняк А., Пушак Ю., Демків В. Визначення категорійно-понятійного поля проблематики емоційної напруженості. *Вітакультурний млин*. 2014. Модуль 17. С. 63-68.
10. Гірняк А.Н. Поняттєво-категорійне поле і наукові підходи до розуміння взаємодії у психології. *Психологія і суспільство*. 2017. № 3. С. 112-126.
11. Гірняк А.Н., Біскуп В.С. «Проста мова» як соціально-психологічний ресурс інклюзії. *Габітус*. 2023. № 52. С. 61-65.
12. Гірняк А.Н., Гірняк Г.С. Гра як провідний вид діяльності та психосоціальний ресурс особистісного розвитку. Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації: *матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., (м. Тернопіль, 1 листоп. 2024 р.). в 2 т. Тернопіль : ЗУНУ. 2024. Т.2. С. 20-25.*
13. Гірняк А.Н., Глова І.М. Передумови формування гармонійної міжособистісної взаємодії в молодій сім'ї. Україна в умовах реформування правової системи: сучасні реалії та міжнародний досвід : матеріали IV міжнар. наук.-практ. конф., м.Тернопіль, ТНЕУ, 5-6 квіт. 2019 р. Тернопіль : Економічна думка. 2019. Т.2. С. 133–136.
14. Гірняк А.Н., Собчук О.І. Соціально-психологічні аспекти життєдіяльності сучасної сім'ї як малої соціальної групи та соціального інституту. Міжрелігійний діалог та його вплив на суспільство, політику, бізнес, культуру: зб. матеріалів міжнар. наук. конф., м. Тернопіль, 13 жовт. 2021 р. Тернопіль: ФОП Осадца Ю.В. 2021. С. 218-221.
15. Грін Р. В. Вибухонебезпечна дитина. Новий підхід до розуміння надто емоційних дітей / пер. з англ. А. Тернової. - Київ : Форс Україна, 2021. 256 с.
16. Даценко О. Учинок як акт життєтворчості особистості // *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2021. Т. 32(71), № 5. С. 1–5.
17. Інклюзивна освіта дітей з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивністю. URL:<https://health-ua.com/pediatrics/mizdisciplinari-problemi/65957->

- [nklyuzivna-osvta-dtej-zrozladom-zdeficitom-uvagi-tagperaktivnstyu](#)(дата звернення: 12.10.2025)
18. Козинець О. В., Литвиненко О. Діти з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю: загальна характеристика. *Актуальні проблеми в системі освіти: загальноосвітній заклад середньої освіти – доуніверситетська підготовка – заклад вищої освіти*. 2023. № 1(3). С. 377–383. URL: <https://doi.org/10.18372/2786-5487.1.17718>(дата звернення: 12.10.2025)
 19. Коло сім'ї. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (ADHD). URL: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/adhd/>(дата звернення: 12.10.2025)
 20. Коляденко С. М., Гуторчук С. Л. Співпраця з батьками у соціально-профілактичній роботі гіперактивності дошкільнят. In: 3 *Міжнародна науково-практична конференція «The Future of Science, Technology and Esopotu»*, 29-31 жовтня 2025 р., Софія, Болгарія. Рр. 432-437.
 21. Криницька І. П. Системно-сімейний підхід у консультуванні сімей під час надання соціально-реабілітаційних послуг для дітей / І. П. Криницька, Н. М. Горішна, О. Ю. Столярик. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2024. №2. С. 44-52.
 22. Крупник Г.А. Психологічні чинники розвитку сучасної нуклеарної сім'ї, *Інсайт: психологічні виміри суспільства*, Херсон, 2019, Вип. 2. С. 78-83.
 23. Кутішенко В.П., Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій): Навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2005. 128 с.
 24. Лизак О., Прокопович, М. *Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації*. Львів: Галицька Видавнича Спілка. 2023. 536 с.
 25. Міністерство охорони здоров'я України. Гіперактивність, норавливий бешкетник чи дитина, яка потребує допомоги? <https://moz.gov.ua/uk/giperaktivnist-norovlivij-beshketnik-chi-ditina-jaka-potrebuie-dopomogi>(дата звернення: 06.05.2025)
 26. Мушкевич , М. Теорія і практика психологічного консультування сімей. *Психологічні перспективи*. 2022 (39). С. 291–305.

27. Петренко С. М. Взаємодія з сім'ями вихованців з особливими освітніми потребами / С. М. Петренко [Електронний ресурс]. URL: <http://svitppt.com.ua/vihovna-robota/vzaemodiya-z-simyami-vihovanciv-zosoblivimi-osvitnimi-potrebami.html>(дата звернення: 13.09.2025)
28. Подкоритова Л. О. Зміст психологічної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами. Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. пр. / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2020. № 1, т. 2. С. 125–129.
29. Помиткіна Л. В., Злагодух В. В., Хімченко Н. С., Погорільська Н. І. Психологія сім'ї : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – Київ : НАУ, 2011. 272 с.
30. Примак Ю. В. Соціально-психологічні механізми формування особистісної ідентичності підлітків у нуклеарній сім'ї : автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.05. Київ, 2012. 20 с.
31. Примак, Ю. В. Подружні, дитячо-батьківські та сиблінгові стосунки в нуклеарній сім'ї. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2016 (38). С. 171-179.
32. Розлад дефіциту уваги та гіперактивності. Вікіпедія: [Електронний ресурс]. URL:https://uk.wikipedia.org/wiki/Розлад_дефіциту_уваги_та_гіперактивності (дата звернення: 12.08.2025)
33. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів : Джерело, 2018. 326 с.
34. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім'ї : навч. посіб. / О. А. Столярчук. – Кременчук: ПП Щербатих О. В., 2015. 136 с
35. Суковський Є. «Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей порадник для батьків: питання та відповіді про причини, наслідки. Методи допомоги». Львів: Левада, 2018. 160 с.
36. Татенко, В. Канонічна психологія Володимира Роменця: вчинок, історія, особистість / Віталій Татенко, Тетяна Титаренко // Психологія і суспільство. 2011. № 2. С. 22-38.

37. Фурман А.В., Гірняк А.Н. Міжособистісні стосунки соціального працівника з клієнтом і бар'єри діалогічної взаємодії. Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : матеріали IV міжнар. наук.-практ. конф. м. Київ, 15-16 берез. 2018 р. Київ, 2018. С. 222–226.
38. Фурман А.В., Гірняк А.Н. Психорозвивальна взаємодія в освітньому процесі та її концептуальні засади. Психологічний часопис. 2020. № 6 (38). Т. 6. С. 9–18.
39. Ширяєва Л., Гончаренко Н. Особливості сприйняття сімейних взаємостосунків і свого місця в сім'ї дитиною із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*. 2020. № 50. С. 328-351.
40. Academy. The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021. № 75(4). P. 301-305. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1850859>(дата звернення: 12.10.2025)
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. – 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
42. Angeline J., Rathnasabapathy M. Role of Perceived Social Support in the Relationship between Parenting Stress and Psychological Well-Being of Mothers of Children with ADHD: A Mediation Model. *Universal Journal of Public Health*. 2023. № 11(6). P. 838 – 844. <https://doi.org/10.13189/ujph.2023.110607>(дата звернення: 12.10.2025)
43. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997. 121(1). С. 65–94.
44. Bonti E., Zerva I. K., Koundourou C., Sofologi M. The High Rates of Comorbidity among Neurodevelopmental Disorders: Reconsidering the Clinical Utility of Distinct Diagnostic Categories. *Journal of Personalized Medicine*.

2024. Vol. 14, № 3. Article 300. URL: <https://doi.org/10.3390/jpm14030300>.
(дата звернення: 12.10.2025)
45. Corman L. The Family Drawing Test in Medical-Pedagogical Practice / L. Corman. Paris : P.U.F. 1964.
46. Crichton A. Chapter 2. On Attention, and its diseases. An inquiry into the nature and origin of mental derangement. 1798. P. 254-291.
47. Dodson W., Saline S. ADHD Therapy Overview: The 9 Best Treatments for Children and Adults [Електронний ресурс]. *ADDitude Magazine*. 05.12.2019. URL: <https://www.additudemag.com/add-adhd-therapy/>. (дата звернення: 12.10.2025)
48. Dosman, C. F., & Gallagher, S. Parenting principles primer. *Paediatrics and Child Health*. 2022. № 27(6).P. 327–332. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac033>(дата звернення: 12.10.2025)
49. Faraone S. V., Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*. 2019. Vol. 24, № 4. P. 562–575. URL: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>. (дата звернення: 12.10.2025)
50. French B., Nalbant G., Wright H., Sayal K., Daley D., Groom M. J., Cassidy S., & Hall, C. L. The impacts associated with having ADHD: an umbrella review. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Art. 1343314. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1343314. (дата звернення: 12.10.2025)
51. Furlong M., McGilloway S., Bywater T., Hutchings J., Smith S. M., Donnelly M. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid Based Child Health*. 2013. Vol. 8, № 2. P. 318–692.
52. Harrison C., Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41, № 6. P. 703–711. DOI: 10.1097/00004583-200206000-00010. (дата звернення: 12.10.2025)

53. Johnson B. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children - Role of Behaviour Therapy and Parent Training Program. 2014. № 1(2). P. 27–29. https://www.babymhospital.org/BMH_MJ/index.php/BMHMJ/article/view/13(дата звернення: 12.10.2025)
54. Johnston C, Mash EJ: Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001, 4:183–207.
55. Lee P.-C. Parent-child interaction of children with ADHD: research and clinical implications [Електронний ресурс]. URL: https://www.researchgate.net/publication/265068977_Parent-child_Interaction_of_Children_with_ADHD_Research_and_Clinical_Implications (дата звернення: 12.10.2025)
56. Lema S. El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 2012. № 11(2). P. 37–53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738725>(дата звернення: 12.10.2025)
57. LinehanM. (Ph.D., ABPP) – Professor Emeritus. University of Washington Center for Behavioral Technology. «Marsha Linehan». URL: <https://depts.washington.edu/uwbtrc/our-team/marsha-linehan/> (дата звернення: 12.07.2025)
58. Martin J. Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males? *The Lancet Psychiatry*. 2024. P. 303–310.
59. Massachusetts General Hospital. Cognitive behavior therapy improves symptom control in adult ADHD. *ScienceDaily*, 2010. URL: <https://www.sciencedaily.com/releases/2010/08/100824161434.htm> (дата звернення: 03.06.2025)
60. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. NICEguidelineNG87 [Електронний ресурс]. Опубліковано 14.03.2018; оновлено 13.09.2019. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

61. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Psychology Today. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/parent-child-interaction-therapy-pcit> (дата звернення: 27.04.2025)
62. Pelham V. Why ADHD Goes Undetected in Girls. Cedars-Sinai. 05.01.2025. URL:<https://www.cedars-sinai.org/blog/why-adhd-goes-undetected-in-girls.html>.
63. Psychoeducation and Family Intervention by Parents of Children with Attention Deficit Hyperactive Disorder: A Comprehensive Review. *Journal of Cognitive Sciences and Human Development*. 2022. № 8(2). P. 115–138. <https://doi.org/10.33736/jcshd.4745.2022>
64. Roskam I, Mikolajczak M., Gender Differences in the Nature, Antecedents and Consequences of Parental Burnout, *Sex Roles: A Journal of Research*, 83(7-8). P. 485–498. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01121-5>
65. Setiowati A., Nuryanto I. L., Kurniawan D. E. The Role of Parents in Early Childhood Emotional Development Strategies. *Aurelia*. 2024. № 4(1), 1327-1331. URL: https://www.researchgate.net/publication/387531223_The_Role_of_Parents_in_Early_Childhood_Emotional_Development_Strategies
66. Shaw P. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 2007. № 104(49). 19649–19654. URL: <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>.
67. Sravanti L., Karki U., Rajendra K., Shesadri S. The child behind Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: an illustrated account. 2020. № 9(1). P. 69–73. <https://doi.org/10.3126/JPAN.V9I1.31344>
68. What is Parent-Child Interaction Therapy?[Electronic resource]. URL: <https://www.kurtzpsychology.com/behavior-problems/what-is-parentchild-interaction-therapy/>
69. Widener A. J. Beyond Ritalin: The importance of therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD. *Journal of Child Psychotherapy*. 1998. № 24(2). P. 267–281. <https://doi.org/10.1080/00754179808414817>