



УДК 376.54 : 159.96.

## ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ГІПЕРАКТИВНОГО РОЗЛАДУ ІЗ ДЕФІЦИТОМ УВАГИ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

**Ксенія БУЖИНЕЦЬКА**, Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна; [buzhinetskaya@gmail.com](mailto:buzhinetskaya@gmail.com); ORCID ID: 0000-0001-5587-3376

У статті окреслені особливості навчання, виховання і розвитку дітей, які обтяжені гіперактивним розладом із дефіцитом уваги.

За даними численних учених гіперактивність зумовлена фізіологічно і трактується як порушення функціонування ланцюгового зв'язку між лобовою ділянкою кори головного мозку та базальними гангліями, які беруть участь у здійсненні вищої нервової діяльності, зокрема процесів мислення, вираження емоцій і протікання навчального процесу.

Наголошено, що проблема виникнення таких проявів у дітей залишається актуальною в науковому колі сучасних досліджень, зокрема питання навчання дошкільників і молодших школярів з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги посідає особливе місце, оскільки специфіка проявів порушення накладає негативний вплив на їхню поведінку, зумовлює певні труднощі під час засвоєння навчального матеріалу, впливає на рівень сформованості необхідних знань, умінь, навичок тощо.

**Ключові слова:** психологія, діти з особливими освітніми потребами, неуважність, порушення самоконтролю, розлади поведінки, труднощі в навчанні, дефіцит комунікативних навичок, вторинні ускладнення гіперактивності.

**Kseniia Buzhinetska**, Institute of Special Pedagogy and Psychology named Mykola Yarmachenko of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv Ukraine

### **To the problem of studying hyperactive disorder with attention deficiency in primary school children**

The article attempts to outline the features of education, upbringing and development of children who are burdened with hyperactive disorder with attention deficit.

According to many scientists, hyperactivity is interpreted as a dysfunction of the chain connection between the frontal lobe of the cerebral cortex and the basal ganglia, which are involved in higher nervous activity, including thought, emotion and learning, ie physiologically determined. It is emphasized that the problem of such manifestations in children remains relevant in the scientific community of modern scientists, in particular the problem of teaching preschoolers and primary school children with attention deficit hyperactivity disorder, occupies a special place among studies. difficulties during the assimilation of educational material, affects the level of formation of the necessary knowledge, skills, abilities, etc.

© Бужинецька К., 2022



**Keywords:** psychology, children with special educational needs, inattention, impaired self-control, behavioral disorders, learning difficulties, lack of communication skills, secondary complications of hyperactivity.

**Актуальність дослідження.** Низка симптомів, які становлять гіперактивний розлад із дефіцитом уваги (ГРДУ), є найбільш дослідженими в галузі медицини і психіатрії з огляду на психічне здоров'я дітей і підлітків, однак означена проблема не є винятком і в галузі психології та педагогіки. Це один з найпоширеніших поведінкових розладів, який об'єднує симптоми гіперактивності, імпульсивності і неухважності. За даними статистики МОН України дітей із ГРДУ налічується близько 5% від загальної кількості.

Особливості розвитку дитини при ГРДУ мають значний вплив на її особистісне становлення, соціальне, емоційне та когнітивне функціонування й спричиняють значну захворюваність і дисфункцію дитини. Без належного психолого-педагогічного супроводу такої дитини часто виникають вторинні симптоми ГРДУ, які можуть згубно відбиватися на розвитку і навчанні дітей, які часто піддаються негативним стратегіям поведінки і страждають від несприятливого освітнього і соціального становища [4]. Отже, проблема гіперактивності не втрачає актуальності, зокрема в освітньому просторі, що зумовлює вдосконалення процесу навчання, виховання і розвитку таких дітей.

**Аналіз попередніх досліджень і публікацій.** Порушення психічного розвитку були предметом дослідження численних учених, зокрема: О. Ілляна, О. Павленко, О. Ферт, Р. Asherson, R. Barkley та ін., які вивчали психологію дитини в дошкільному і молодшому шкільному віці. Проблемі порушеного психічного розвитку, зокрема вивченню неухважності, низької самооцінки, соціальної адаптації та ідентифікації, мовленнєвих проблем тощо в дітей присвячені наукові дослідження Ю. Бистрової, М. Матвєєвої, М. Певзнер, Л. Прохоренко, В. Синьова, Т. Скрипник, О. Хохліної, Д. Шульженко, С. Яковлевої та ін. Гіперактивність із дефіцитом уваги є об'єктом вивчення низки зарубіжних учених: П. Альтхерр, Л. Берг, І. Брязгунов, А. Вельфль, Н. Заваденко, О. Касатикова, М. Пассольт, О. Ферт, L. Barkley, Bellak, J. Biederman, S. Kay, J. Joseph, T. Hartmann, B. Horta, M. De Lima, L. Opler, G. Polanczyk, A. Russell, L. Rohde та ін. [7, 9, 13].

Дослідження по всьому світу визначили коефіцієнт поширеності ГРДУ, який еквівалентний 5,29% серед дітей і підлітків. Показники для хлопчиків вище, ніж для дівчаток, а також доведена більша поширеність розладу серед дітей віком до 12 років порівняно з підлітками (Polanczyk et al., 2007) [14].

**Метою статті** є вивчення та узагальнення відомостей щодо обґрунтування поняття «гіперактивний розлад із дефіцитом уваги»; аналіз і систематизація етіології та специфіки проявів порушення в молодших школярів в умовах освітнього простору.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети і розкриття тематики були використані методи пошуку, аналізу, систематизації та узагальнення дослідженого матеріалу.



**Результати дослідження.** Вивчення синдрому гіперактивності із дефіцитом уваги почалося ще на початку ХХ ст. У 1902 р. у журналі «The Lancet» було опубліковано статтю педіатра Джорджа Стілла, у якій учений описав дітей із неухважністю, непосидючістю та нездатністю контролювати власні імпульси і потребою в підкріпленні для отримання очікуваної поведінки в певних ситуаціях (G. Still, 1902). Автор наголошує на поведінкових порушеннях, які проявляються в таких дітей, зокрема обґрунтовує недостатню увагу оточення до виховання в них звичних у суспільстві норм поведінки, назвавши розлад «дефіцит морального контролю». Таких дітей помилково сприймали як нездатних контролювати власну поведінку і відповідати за свої вчинки.

L. Hohman, 1922; E. Kahn and L. Cohen упродовж наступних десятиліть дане порушення пов'язували з ураженнями головного мозку і називали «мінімальним ушкодженням мозку» (англ. minimal brain damage) (L. Hohman, 1922; E. Kahn and L. Cohen, 1934) [1, 2].

У роботах E. Kahn та L. Cohen (1934 р.), присвячених мінімальній мозковій дисфункції, теж згадують про таких дітей. Учені під час своїх спостережень за дітьми шкільного віку з такими поведінковими порушеннями, як імпульсивність поведінки та рухове відволікання, висловили припущення, що причиною цих змін є пошкодження головного мозку невідомої етіології, і запропонували термін «мінімальне мозкове ушкодження».

Ф. Крамер і Г. Польноу в 1934 р. описали синдром під назвою «hyperkinetische erkrankung» (гіперкінетичний розлад) і дітей, які страждають на цей недуг, як «діти, яким притаманні надмірна рухова активність і патологічно підвищена неухважність».

Пізніше було встановлено, що не всі діти з неухважністю, гіперактивністю та імпульсивністю мають явні органічні ураження мозку, і розлад отримав назву «мінімальна дисфункція головного мозку» (англ. minimal brain dysfunction) (S. Clements and J. Peters, 1962) [14].

Саме Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у Міжнародній статистичній класифікації хвороб дев'ятого перегляду (МКХ-9) вперше використала дефініцію «гіперактивність» у назві розладу – «гіперкінетичний розлад дитячого віку». За МКХ-10 синдром розглядається в розділі «Емоційні розлади і розлади поведінки, що починаються звичайно в дитячому та підлітковому віці» в підрозділі «Порушення активності й уваги» (F90.0) і «Гіперкінетичний розлад поведінки» (F90.1).

У МКХ-10 діагностичну категорію перейменували на «гіперкінетичний розлад». До другого видання Діагностичного і статистичного керівництва з психічних хвороб Американської асоціації психіатрів (DSM-2) було додано діагностичну категорію «гіперкінетична реакція дитячого віку». І лише в 1980 р., зробивши акцент на неухважності, створено нову концепцію розладу, за якою він визначений як «розлад дефіциту уваги з і без гіперактивності» (DSM-III), а згодом як «розлад дефіциту уваги і гіперактивності» (DSM-III-R і DSM-IV) [12].

Американською асоціацією психіатрів у 1980 р. було розроблено робочу класифікацію, відповідно до якої клінічні симптоми мінімальної мозкової



дисфункції, такі як порушення уваги і гіперактивність, запропоновано розглядати як синдром дефіциту уваги і синдром гіперактивності.

Зокрема, у МКХ-11 у 2021 р. підрозділ «Гіперкінетичні розлади» отримав назву «Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю» (ГРДУ). Ця дефініція не є новою, нею раніше послуговувалися в діагностичному та статистичному керівництві Американської психіатричної асоціації (DSM-IV), із 2013 р. – у DSM-V. Також у МКХ-11 введено нову діагностичну категорію «Розлади нейророзвитку» (Neurodevelopmental disorders), до якої ввійшли розлади інтелектуального розвитку, РАС, розвитку мовлення, рухових навичок, тикозні розлади та ГРДУ [12].

За сучасними дослідженнями О. Ферг гіперактивний розлад із дефіцитом уваги трактується як «поліморфний клінічний синдром, основними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати і регулювати свою поведінку, що виявляється в моторній гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності» (О. Ферг, 2017) [7].

Наразі причина появи ГРДУ до кінця не з'ясована, але вченими-дослідниками визнається саме її багатофакторність. Виділяють три групи факторів, які можуть зумовлювати виникнення розладу: медико-біологічні (церебрально-органічні), генетичні і психосоціальні.

Спадковість розладу є однією з найвищих серед психічних розладів з вірогідністю до 76 % (Faraone et al., 2005). Ізольований вплив психосоціальних чинників є сумнівним, швидше за все вони підсилюють прояв розладу генетичного, церебрально-органічного або змішаного генезу [11].

Розглянуті загальновідомі гіпотези не є взаємовиключними, а скоріш за все характеризують порушення в різних системах. Одночасний вплив різних етіологічних чинників, зокрема генетична схильність у поєднанні з церебрально-органічними факторами, можуть бути причиною ГРДУ.

О. Ферг у своїх працях зазначає, що причинами виникнення ГРДУ є особливості будови і функціонування головного мозку або органічне ураження центральної нервової системи. У більшості випадків ГРДУ є розладом генетичної природи і пов'язаний зокрема з генами, що відповідають за регулювання обміну та активності двох нейротрансмітерів – дофаміну і норадреналіну. Саме тому ГРДУ є розладом розвитку і його прояви присутні з раннього дитинства, вони «вбудовані» в темперамент дитини, а не є чимось тимчасово набутих [7].

Дослідниця зазначає, що ГРДУ відрізняється від «епізодичних» психіатричних розладів, таких як депресія, посттравматичні стресові розлади тощо (О. Ферг, 2017). Отже, у дітей із ГРДУ спостерігається сповільнене дозрівання функцій лобної кори головного мозку [7].

У результаті досліджень науковців, практиків було з'ясовано, що діти з ГРДУ мають сталі труднощі в концентрації уваги, імпульсивні, занадто активні, непосидючі, моторно розгальмовані. За дослідженнями Є. Корень, Т. Купріянової та О. Ферг зазначається, що, у більшості дітей симптоми виявляються ще в дошкільному віці (Є. Корень та Т. Купріянова, 2015; Ферг, 2017). Як правило, цей поведінковий розлад із віком не зникає [4].

Учені визначають три типи ГРДУ:



1. В основі якого лежить дефіцит уваги (type Inattentive).
2. В основі – гіперактивність (type impulsive Hyperactive).
3. Комбінований тип (type Combined).

Дослідники називають ще один тип дітей переважно з порушенням уваги і концентрації, без симптомів гіперактивності. Такі діти, як правило, спокійні, пасивні, задумливі (Щербина, 2020).

О. Боряк наголошує на важливості раннього виявлення синдрому і корекційної роботи, а за потреби і лікування, оскільки синдром може негативно вплинути на результативність навчання, рівень сформованості знань, умінь, навичок, соціальну поведінку, на психологію і розвиток дитини (О. Боряк, 2015). Основна проблема в роботі з обраною категорією дітей – необдумані реакції, що призводять до імпульсивної поведінки [4].

У зв'язку з підвищенням наукового інтересу особлива увага практиків приділена учням закладів загальної середньої освіти. Водночас у початкових класах значної кількості дітей із ГРДУ немає. Це особливо стосується учнів, які страждають дефіцитом уваги без симптомів гіперактивності, особливо дітей із високими інтелектуальними можливостями, які допомагають їм відносно успішно компенсуватися. Якщо до таких дітей не застосовувати спеціально організованого комплексного підходу, у подальшому можна зіткнутися з вторинними проявами в психологічному, соціальному і поведінковому аспектах [10].

Прояв ГРДУ визначається такими трьома основними критеріями (симптомокомплексами), як неухважність, гіперактивність та імпульсивність.

Основними ознаками «неухважності» в даному випадку будуть:

- зазвичай дитина не здатна утримувати (зосереджувати) увагу на деталях, через що вона припускається помилок при виконанні будь-яких завдань (у школі, дитячому садку);
- дитина легко відволікається на сторонні подразники;
- дитина не вміє доводити виконувану роботу до кінця. Часто здається, що вона таким чином висловлює свій протест, тому що їй не подобається ця робота. Але вся справа в тому, що дитина просто не в змозі засвоїти правила роботи, запропоновані їй інструкцією, і дотримуватися їх;
- дитина відчуває величезні труднощі в процесі організації власної діяльності (не важливо – чи побудувати будинок з кубиків, чи написати шкільний твір);
- дитина уникає завдань, які вимагають тривалого розумового напруження;
- дитина часто губить свої речі, предмети, необхідні в школі і вдома;
- дитина не в змозі вслухатися в звернене до неї мовлення, через що складається враження, що вона взагалі ігнорує слова і зауваження оточуючих;
- дитина постійно все забуває тощо.

Для того, щоб підтвердити в дитини «неухважність», у неї мають бути наявні як мінімум шість із перерахованих ознак, які зберігаються щонайменше шість місяців і виражені постійно, що не дає можливості дитині адаптуватися в навколишньому віковому середовищі.

*Поняття «гіперактивність» включає в себе наступні ознаки:*



- дитина метушлива, ніколи не сидить спокійно, часто можна побачити, як вона безпричинно рухає кистями рук, стопами, крутиться на стільці, постійно обертається;

- дитина завжди націлена на рух;

- дитина не в змозі довго всидіти на місці, схоплюється без дозволу, ходить по класу тощо;

- рухова активність дитини, як правило, не має певної мети, вона просто так бігає, крутиться, б'ється, намагається кудись залізти, хоча деколи це буває досить небезпечно;

- часто буває балакуча;

- дитина не може грати в тихі ігри, відпочивати, сидіти тихо і спокійно, займатися чимось визначеним тощо.

Поняття «імпульсивність» включає в себе наступні ознаки:

- дитина часто відповідає на запитання, не замислюючись, не дослухавши їх до кінця, часом просто вигукує відповіді;

- дитина зазвичай заважає іншим, втручається в розмову, ігри, чіпляється до оточуючих;

- дитина не в змозі дочекатись своєї черги, незалежно від ситуації та оточення тощо [10].

Говорити про гіперактивність та імпульсивність можна тільки в тому разі, якщо з перерахованих вище ознак присутні як мінімум шість і зберігаються вони не менше шести місяців.

Поставити діагноз «ГРДУ» має право лікар-психіатр, завдання неврологів, психологів, педагогів, іноді – дефектологів і логопедів – якомога раніше виявити дитину з розладами поведінки і направити її до лікаря-психіатра. Для підтвердження або виключення цього розладу існує система тестування такої дитини. Остаточо визначитися досить складно, тому що деякі відхилення в поведінці дитини можуть бути проявом її розвитку, віку і виховання. Фахівці повинні ретельно вивчити поведінку, виключити соматичні і психічні розлади – цей процес тривалий, щоб остаточно визначитися з висновком. На жаль, у зв'язку з великою гетерогенністю ГРДУ цей розлад нерідко виявляється пізно, досить часто – у шкільному віці, хоча батьки, як правило, задовго до цього звертали увагу на порушення поведінки своєї дитини і зверталися до фахівців. Як наслідки – можуть бути упущені адекватні вікові періоди для початку корекції, а розлад закріплюється і прогресує. Комплексне використання медикаментозних і немедикаментозних методів корекції (дефектологічна, психологічна, педагогічна, нейропсихологічна, психотерапевтична тощо) є одним із провідних принципів виправлення ГРДУ в дітей [8].

Органічне походження розладу перешкоджає розвитку мислення, навчальних навичок, умінь міркувати й висловлювати послідовно свої думки, мотивації до школи й адаптації до соціуму. Діти з ГРДУ, як правило, сприймають практичне навчання і зазнають труднощів у ситуаціях пасивного навчання, які вимагають безперервної роботи і завершення завдання. Відповідно, у більшості дітей труднощі в навчанні зумовлені: неуважністю (у результаті пропуску дета-





лей) та імпульсивністю (як результат усної відповіді або виконання практичного завдання без обдумування).

За дослідженням О. Ферт, основними терапевтичними втручаннями при ГРДУ вважаються такі.

### **1. Поведінкова терапія.**

У школі доречним є використання різних стратегій і методів корекції поведінки, таких як система заохочень, поведінкових контрактів тощо. Паралельно дитина може відвідувати корекційні групи в реабілітаційних установах. Дуже важливим є заохочення здорового спілкування і тренінг соціальних навичок [7].

Зразки здорового спілкування і соціальних навичок, що мають виявлятися з боку вчителя, психолога та учнів і культивуватися в дитини з ГРДУ, це – продуктивне спілкування та вміння будувати командні стосунки; розвиток позитивної самооцінки, самоусвідомлення, емоційна компетентність, самоорганізація; уміння вирішувати проблеми й конфлікти, контроль агресії; розвиток емпатії – розуміння інших, та асертивність – уміння протистояти негативному тиску групи тощо.

**2. Психоедукація** – просвітницька робота з покращення розуміння сутності і шляхів корекції розладу в середовищі батьків, педагогів та інших фахівців, які працюють з дитиною.

Основними методами психоедукації виступають:

- презентація і роз'яснення батькам діагностичної інформації під час «круглого столу» з фахівцями;
- презентація інформації про ГРДУ під час індивідуальних зустрічей;
- лекції /семінари /конференції для батьків;
- друковані матеріали (буклети, статті, книжки, історії інших сімей тощо);
- відеоматеріали;
- інтернет-ресурси тощо [7].

### **3. Психофармакотерапія.**

За рекомендацією психіатра в серйозних клінічних випадках, коли психолого-педагогічні втручання не дають істотного ефекту, можуть призначатися фармакопрепарати. У поєднанні з поведінковою терапією і правильно побудованим навчальним процесом вони дають найкращий ефект у корекції ГРДУ. Дія препаратів спрямована на зменшення імпульсивності, гіперактивності, посилення концентрації уваги, регуляцію емоцій. З усіх препаратів, ефективність яких показана в дослідженнях, з огляду на силу ефекту, безпечність, вираженість симптомів побічної дії, препаратами першого вибору є психостимулянти та атомoksetин. Лише дитячий психіатр має право призначати таким дітям фармакопрепарати [7].

Педагог повинен знаходитись у постійній співпраці з психологом, соціальним педагогом і батьками для здійснення комплексного впливу на дитину в закладі освіти. Ефект можуть дати лише послідовні дії. Учитель повинен пам'ятати, що найважливішим є створення моделі повноцінної соціальної взаємодії в межах дитячого колективу.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Підсумовуючи отримані дані, можна зробили висновок, що серед дітей як дошкільного, так і шкільного віку збільшується кількість дітей із гіперактивним розладом із дефіцитом



уваги. За визначенням науковців гіперактивний розлад із дефіцитом уваги – це неврологічно-поведінковий розлад розвитку, який починається в дитинстві.

Більшістю науковців етіологічні чинники виникнення цього розладу залишаються остаточно не визначеними, але дослідники схильні вбачати причини генетичного, церебрально-органічного або змішаного характеру. Труднощі концентрації уваги і некерована імпульсивність тощо – усе це є основними симптомами гіперактивності. Це негативно впливає на розумову працездатність, зумовлює труднощі в сприйманні інформації.

За провідними класифікаціями порушеного розвитку, якими користуються фахівці всього світу, гіперактивний розлад із дефіцитом уваги відноситься до поведінкових розладів.

Сьогодні поширеним є визначення, відповідно до якого ГРДУ – це поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати і регулювати свою поведінку, що виявляється в моторній гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності.

Перспективу подальшого дослідження ми вбачаємо в розробці, узагальненні й систематизації методичних рекомендацій як батькам, так і педагогам щодо здійснення комплексного корекційно-розвивального впливу на обрану категорію дітей для усунення або послаблення симптоматики проявів розладу в дітей як дошкільного, так і молодшого шкільного віку.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Боряк О.* (2015). Розумово відсталі діти як медико-психолого-педагогічна проблема. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 6 (50), 74 – 85.

2. *Бужинецька К.* Основні критерії оцінювання навчальних досягнень учнів з когнітивними порушеннями в умовах компетентнісного підходу. Особлива дитина: навчання і виховання, 3 (103) 2021. С. 56 – 66.

3. *Дмитрієва І., Одинченко Л.* (2016). Підвищення ефективності впровадження інклюзивного навчання. Вісник Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки за матеріалами II Всеукр.наук.-практ. конференції: «Інклюзивна освіта: теорія, методика, практика». Вип. II, 26 – 28.

4. *Корень Е. В., Купріянова Т. А.* (2015). Гиперкинетические расстройства (СДВГ). Retrieved from: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/2245.pdf>.

5. *Бабяк О. О., Баташева Н. І., Душка А. Л., Недозим І. В., Орлов О. В., Прохоренко Л. І.* (2019). Стандартизація навчання школярів з порушеннями когнітивного розвитку : навчально-методичний посібник. В. В. Засенко, Л. І. Прохоренко (Ред.). Київ : Наша друкарня.

6. *Фаласеніди Т. М.* (2015). Стратегії навчання і педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги в умовах загальноосвітньої школи: методичні рекомендації. Львів: Свічадо.

7. *Ферт О.* (2017). Гіперактивна дитина в школі. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності. Львів : Методичні рекомендації.

8. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. European Child and Adolescent Psychiatry. – 2004. – Vol. 13 (Suppl. 1). – P. 50 – 71.





9. *Barkley, R., Asherson, P.* ADHD and the nature of self-control. – NY: Guilford Press, 1997.
10. *Barkley, R.* Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd edition. – NY: Guilford Press, 1996.
11. *Faraone, S. V. & Perlis, R. H. & Doyle, A. E. et al.* (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313 – 1323.
12. *Peles, E. & Schreiber, S. & Sutzman, A. & Adelson, M.* (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder among former heroin addicts currently in methadone maintenance treatment. *Psychopathology*, vol. 45, 327 – 333.
13. *Prokhorenko, L. & Popovych, I. & Sokolova, H. & Yarmola, N. & Forostian, O.* (2021). Research on reflective-evaluative competence in pupils with intellectual disabilities. *Amazonia Investiga*, 10(46), 138–151. <https://doi.org/10.34069/AI/2021.46.10.13>URI: <http://eKhSUIR.kspu.edu/123456789/15557>.
14. *Polanczyk, G. & de Lima, M. S. & Horta, B. L. & Biederman, J. & Rohde, L. A.* (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942 – 948.
15. *Rief, S. F.* (2005). *How to Reach and Teach Children with ADD/ADHD* – S.F. JosseyBass.

### REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

1. *Boriak, O. V.* (2015). Rozumovo vidstali dity yak medyko-psykholoho-pedahohichna problema [Mentally retarded children as a medical-psychological-pedagogical problem]. *Pedahohichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnologii - Pedagogical sciences: theory, history, innovative technologies*, 6 (50), 74 – 85 [in Ukrainian].
2. *Buzhynetska, K.* (2021). Osnovni kryterii otsiniuvannia navchalnykh dosiahnen uchniv z kohnityvnymy porushenniamy v umovakh kompetentnisnogo pidkhodu [The main criteria for assessing the academic achievement of students with cognitive impairments in the competence approach]. *Osoblyva dytna: navchannia i vykhovannia – Special child: education and upbringing*, 3 (103), 56 – 66 [in Ukrainian].
3. *Dmytriieva, I. V., Odynchenko, L. K.* (2016). Pidvyshchennia efektyvnosti vprovadzhennia inkliuzyvnoho navchannia. [Improving the effectiveness of inclusive education]. *Bulletin of the Research Laboratory of Inclusive Pedagogy based on the materials of the II All- Ukrainian scientific-practical conference: “Inclusive education: theory, methodology, practice”, Visnyk Naukovo-doslidnoi laboratorii inkliuzyvnoi pedahohiky za materialamy II Vseukr.nauk.-prakt. konferentsii: «Inklyuzivna osvita: teoriia, metodyka, praktyka», edition II, 26 – 28 [in Ukrainian].*
4. *Koren, E. V. & Kupryianova, T. A.* (2015). *Hyperkynetycheskye rasstroistva (SDVH) [Hyperkinetic disorders (ADHD)]*. Retrieved from: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/2245.pdf> [in Russian].
5. *Babiak, O. O. & Batasheva, N. I. & Dushka, A. L. & Nedozym, I. V. & Orlov, O. V. & Prokhorenko, L. I.* (2019). Standartyzatsiia navchannia shkolariv z porushenniamy kohnityvnoho rozvytku : navchalno-metodychni posibnyk [Standardization of education for students with cognitive impairment: a textbook]. In V.V. Zasenka & L.I. Prokhorenko (Eds.). *Kyiv : Nasha drukarnia* [in Ukrainian].
6. *Falassenidi, T. M.* (2015). Stratehii navchannia i pedahohichna pidtrymka uchniv z hiperaktyvnym rozladom ta defitsytom uvahy v umovakh zahalnoosvitnoi shkoly: metodychni



rekomendatsii. [Learning strategies and pedagogical support of students with hyperactive disorder and attention deficit in secondary school: guidelines]. Lviv: «Svichado» [in Ukrainian].

7. *Fert, O.* (2017). Hiperaktyvna dytyna v shkoli. Stratehii korektsii povedinky ta akademichnoi uspishnosti [Hyperactive child at school. Strategies for correcting behavior and academic success]. Lviv : Metodychni rekomendatsii [in Ukrainian].

8. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 13 (Suppl. 1). – P. 50 – 71.

9. *Barkley, R., Asherson, P.* ADHD and the nature of self-control. – NY: Guilford Press, 1997.

10. *Barkley, R.* Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd edition. – NY: Guilford Press, 1996.

11. *Faraone, S. V. & Perlis, R. H. & Doyle, A. E. et al.* (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313 – 1323.

12. *Peles, E. & Schreiber, S. & Sutzman, A. & Adelson, M.* (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder among former heroin addicts currently in methadone maintenance treatment. *Psychopathology*, vol. 45, 327 – 333.

13. *Prokhorenko, L. & Popovych, I. & Sokolova, H. & Yarmola, N. & Forostian, O.* (2021). Research on reflective-evaluative competence in pupils with intellectual disabilities. *Amazonia Investiga*, 10(46), 138–151. <https://doi.org/10.34069/AI/2021.46.10.13>URI: <http://eKhSUIR.kspu.edu/123456789/15557>.

14. *Polanczyk, G. & de Lima, M. S. & Horta, B. L. & Biederman, J. & Rohde, L. A.* (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942 – 948.

15. *Rief, S. F.* (2005). How to Reach and Teach Children with ADD/ADHD – S.F. JosseyBass.