

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Косьянова О. Ю.

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри теорії та методики практичної психології

ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

ORCID ID: 0000-0001-9532-9981

Літовченко К. Ю.

здобувачка вищої освіти

кафедри теорії та методики практичної психології

ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

ORCID ID: 0009-0001-7650-178X

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) – один із найпоширеніших нейроповедінкових розладів дитячого віку, що впливає на емоційно-поведінковий стан та успішність навчання. Він проявляється поєднанням порушень уваги, надмірної моторної активності та імпульсивності. Поширеність СДУГ серед дітей становить близько 3,4–7,2%, причому хлопчики страждають частіше. Симптоми проявляються вже в ранньому віці: у дошкільному віці домінують гіперактивність та імпульсивність, а в молодшому шкільному віці наростає вплив неухважності на навчальні й соціальні функції. Коректна та вчасна діагностика розладу важлива, адже найбільш ефективною корекцією є саме в період дошкільного віку, коли психіка має найвищу пластичність. У цьому віці нейропсихологічна структура особистості ще формується, і втручання можуть мати більш тривалий та стабільний ефект. Метою дослідження було виявити вікові особливості симптоматики СДУГ у дітей 3–10 років. Такий вік охоплює перехід від ігрової до навчальної діяльності, що робить його показовим для аналізу змін у поведінці та емоціях. Використано комбінований підхід: огляд наукових джерел та емпіричні методи (спостереження, проєктивні тести «Неіснуюча тварина», піктограми Лурія, тести на увагу, опитування батьків та педагогів). Така стратегія дозволяє комплексно охопити прояви СДУГ у поведінковому і в когнітивному аспекті. Результати свідчать, що у дітей 3–6 років переважає моторна активність та імпульсивність, а адаптаційні порушення незначно відображаються на розвитку; у дітей 7–10 років симптоми набувають функціонального характеру, що позначається на навчанні та міжособистісній взаємодії. Це підтверджує вікову зміну структури симптоматики, коли домінує порушення концентрації уваги, що ускладнює виконання складніших розумових завдань. Висновки підтверджують гіпотезу про вікову залежність проявів СДУГ та підкреслюють важливість ранньої діагностики з урахуванням нейропсихологічних особливостей.

Ключові слова: дошкільний вік, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, молодший шкільний вік, гіперактивність, імпульсивність, неухважність.

Kosyanova O. Yu., Litovchenko K. Yu. Age-specific features of ADHD manifestations in preschool and primary school age children

The article examines attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurobehavioral disorder in childhood, affecting emotional-behavioral functioning and academic achievement. It manifests as a combination of attention deficits, excessive motor activity, and impulsivity. ADHD affects approximately 3.4–7.2% of children, more frequently in boys. Symptoms appear early: in preschoolers (3–6 years), hyperactivity and impulsivity dominate; in primary school (7–10 years), inattention affects learning and social functioning. Timely diagnosis is crucial, as interventions are most effective during preschool age, when the psyche is highly plastic and the neuropsychological structure is still forming. The study aimed to identify age-related features of ADHD symptoms in children aged 3–10 years. This age range covers the transition from play to learning, making it significant for analyzing behavioral and emotional changes. A combined approach was used: literature review and empirical methods (behavioral observation, projective tests, Luria pictograms, attention tests, and questionnaires for parents and teachers). This strategy allows a comprehensive assessment

of ADHD in both behavioral and cognitive aspects. Findings indicate that in children 3–6 years, motor activity and impulsivity predominate, while adaptive difficulties minimally affect development. In children 7–10 years, symptoms acquire a functional character, affecting learning and interpersonal interaction. This reflects an age-related change in symptom structure, with attention deficits dominant, complicating complex cognitive tasks. The results support the hypothesis of age-dependent ADHD manifestations and emphasize the importance of early diagnosis, considering neuropsychological development.

Keywords: preschool age, ADHD, school-age children, hyperactivity, impulsivity, inattention.

Вступ. У сучасних умовах зростання вимог до навчання дитини та її соціального функціонування синдром дефіциту уваги з гіперактивністю набуває особливої актуальності. Суспільні запити до поведінкової організованості та академічної успішності дітей значно посилили потребу в ранньому виявленні та підтримці таких учнів. Цей синдром проявляється порушенням процесів саморегуляції, що негативно відображається на навчальній успішності, емоційному стані та взаємодії з однолітками [3; 6]. Недостатній довільний контроль поведінки у дітей зі СДУГ ускладнює формування навичок адаптації в умовах колективу та виконання структурованих завдань. Згідно з епідеміологічними даними, поширеність СДУГ у дитячій популяції становить приблизно 3,4–7,2%, причому захворювання реєструють частіше у хлопчиків [5]. Основними симптомами є гіперактивність, імпульсивність та неуважність, які можуть комбінуватися в різних варіантах порушення уваги [9]. Складність діагностики полягає у варіативності проявів, що часто визначається ситуаційним контекстом та віковими особливостями. За міжнародною класифікацією DSM-5 виділяють три варіанти ADHD (переважно неуважний, здебільшого гіперактивно-імпульсивний і комбінований). Така класифікація дозволяє точніше окреслити домінантні симптоми, що впливає на вибір стратегії допомоги. Особливу увагу в дослідженнях приділяють віковим відмінностям у прояві СДУГ [1]. У ранньому віці незрілість мозкових механізмів регуляції уваги та поведінки означає, що нейропсихологічний розвиток дитини може змінювати характер симптоматики [8]. Наприклад, у дошкільному віці гостро проявляються моторні порушення (рухова активність) і здатність до гальмування імпульсів, тоді як у молодшому шкільному віці страждає здебільшого процес концентрації уваги [2].

Мета нашої роботи – виявити характерні вікові особливості проявів СДУГ у дітей дошкільного (3–6 років) і молодшого шкільного віку (7–10 років). Уточнення цих особливостей дозволяє більш точно адаптувати діагностичні підходи до конкретного вікового етапу. Задачі дослідження: провести аналіз сучасних уявлень про природу СДУГ та нейропсихологічні основи його симптоматики; визначити типові ознаки СДУГ у різних вікових групах; узагальнити підходи до діагностики розладу; здійснити емпіричне вивчення вікових особливостей прояву СДУГ за допомогою спостереження та стандартизованих методик. Завдяки комплексному підходу до аналізу СДУГ можливо не лише краще зрозуміти його симптоматику, а й сприяти розвитку ефективних інструментів психолого-педагогічного супроводу.

Методи та методики дослідження. Дослідження проводилося за комбінованою програмою, що включала теоретичний аналіз наукових джерел і власне емпіричну частину. Такий підхід дав змогу охопити як узагальнені уявлення наукової спільноти про природу СДУГ, так і практичні аспекти його прояву в конкретних вікових групах. У теоретичній частині використовувалися методи аналізу й узагальнення літератури, систематизація відомих даних про СДУГ та розроблення дослідницьких гіпотез. Особливу увагу приділяли сучасним нейропсихологічним концепціям, які розкривають механізми формування дефіциту уваги й імпульсивної поведінки. В емпіричній частині здійснено дослідження двох вибірок дітей з офіційно встановленим діагнозом СДУГ: молодшого шкільного і дошкільного віку. Поділ на вікові групи дозволив зіставити специфіку проявів розладу на різних етапах когнітивного та емоційного розвитку. З метою діагностики застосовувалися різнопланові методики: спостереження за поведінкою дитини в ігровому та навчаль-

ному середовищі; розмовні інтерв'ю з батьками й педагогами; проєктивні методики (тест «Неіснуюча тварина», піктограми Лурія) для оцінювання рівня уяви, креативності та виконавчих функцій; стандартизовані тести уваги (наприклад, тести на концентрацію та розподіл уваги). Комплексність методичного інструментарію забезпечила багатовимірне оцінення поведінкових і когнітивних характеристик дітей зі СДУГ. Особливо важливим було поєднання об'єктивних психодіагностичних даних із суб'єктивними спостереженнями дорослих, які постійно взаємодіють із дитиною. Дані опитувань та тестів аналізувалися якісно й кількісно. Це дозволило не лише виявити загальні закономірності, але й простежити індивідуальні варіації у проявах симптоматики в межах кожної вікової групи.

Результати та дискусія. У дітей дошкільного віку (3–6 років) з діагнозом СДУГ переважали зовнішньо виражені такі симптоми, як гіперактивність й імпульсивність. Це свідчить про домінування первинних поведінкових реакцій над регуляторними механізмами, які ще не сформувалися в повному обсязі. Також було виявлено певну тенденцію: у всіх респондентів дослідження дошкільного віку було діагностовано фахівцями саме ті типи синдрому, що мають властивість набагато яскравіше проявляти себе в рутині, а саме – переважно гіперактивний або імпульсивний та комбінований типи. Підтвердженням цьому виступила підвищена рухова збудливість та емоційна нестабільність у ситуаціях, які потребують навіть мінімального самоконтролю. Наші дані підтверджують висновки Дьоміної [1], яка також зазначала переважання моторних проявів у дошкільників, проте відмінність спостерігалася в частоті імпульсивних реакцій, що може бути зумовлено методикою оцінювання поведінки. За нашими спостереженнями, такі діти постійно потребували руху без конкретної мети, не могли довго залишатися на місці під час організованих занять, проявляли різкі моторні проблиски (бігали, стрибали, вередували) і часто ігнорували заборони та інструкції дорослих. Вони легко втрачали інтерес до завдання, навіть якщо спочатку проявляли активність у його виконанні. Нерідко такі діти демонстрували

афективну лабільність: будь-яке обмеження чи пропозиція піти на обід часто викликали істерики або самоушкоджувальну поведінку. Поведінкові реакції були невідповідними ситуаціям і часто супроводжувалися емоційною напруженістю. При цьому рівень інтелекту та розумової активності за допомогою проєктивних тестів відповідав віковим нормам, а адаптаційні труднощі переважно мали ситуативний характер. Тобто поведінкові прояви СДУГ у цьому віці не є наслідком когнітивної недостатності, а скоріше – результатом імпульсивного реагування на стимул.

У дітей молодшого шкільного віку (7–10 років) симптоми СДУГ трансформувалися. У структурі розладу більш виразними ставали ознаки когнітивної нестабільності, що перешкождала виконанню навчальних завдань. Гіперактивність й імпульсивність залишалися присутніми, але набували менш моторного й більш функціонального характеру. Наші спостереження щодо переважання порушень концентрації уваги у 7–10 років частково узгоджуються з моделлю Barkley [6], проте на відміну від його даних ми зафіксували більш виражену збережену моторну активність, що свідчить про індивідуальні особливості розвитку виконавчих функцій. Щодо офіційно встановлених типів синдрому діти цього віку здебільшого мали саме переважно неухважний тип. Значна увага приділялася розв'язанню завдань: такі діти часто відволікалися на другорядні деталі, не могли довго концентруватися на навчальному матеріалі, потребували частих підказок. Вони демонстрували знижену тривалість уваги та проблеми з організацією діяльності: виконання тестових завдань відбувалося повільно, з численними паузами та повторними запитаннями, характерною була невпевненість у власних здібностях (невпевнені лінії малюнків у проєктних завданнях, часті подвійні запитання). Стан тривоги та емоційної пригніченості часто виникав як реакція на нездатність відповідати освітнім очікуванням. Емоційна лабільність змінювалася на схильність до внутрішнього занепокоєння й пригніченості під час невдач. Такі емоційні реакції нерідко залишаються непоміченими дорослими, оскільки не мають виразного зовнішнього вияву,

як у дошкільному віці. У цій віковій групі особливо помітний вплив неуважності на навчальні результати: діти часто пропускали помилки в письмі, не усвідомлювали логіку завдань, що призводило до труднощів із засвоєнням шкільної програми. У цьому контексті неуважність – це не просто відсутність зосередження, а нездатність утримати послідовність мислення. Отримані дані узгоджуються з відомими концепціями розвитку СДУГ [3]. Так, кілька досліджень підкреслюють, що нейрофізіологічна база регуляції поведінки, пов'язана з префронтальною корою та гальмівними процесами, дозріває ближче до пізнішого дитинства [7].

Відповідно, у молодших дітей цей контроль менш ефективний, що проявляється гіперактивністю й негайними реакціями. Саме інтенсивність реакцій на подразники свідчить про неусталену функцію інгібіторного контролю. Зі збільшенням віку поступово формуються виконавчі функції, що відповідають за планування та стійку увагу, тому у старших дітей зі СДУГ більшою мірою виражені порушення довільної уваги й навчальні труднощі. Однак і в молодшому шкільному віці часто залишаються ознаки гіперактивно-імпульсивного компонента (нестабільність настрою, нетерпеливість, бурхлива реакція на перерву в навчанні), які, відповідно, потребують корекції. Таким чином, отримані результати демонструють як збіги, так і відмінності з попередніми дослідженнями, що підкреслює важливість урахування методологічних підходів і контексту дослідження під час інтерпретації проявів СДУГ.

Об'єднання в одному дослідженні молодшої вікової групи та старших дошкільників дозволило виділити специфіку перебігу СДУГ на цих етапах розвитку. Зокрема, ми підтвердили, що стадійність розвитку мозкових структур визначає різні стратегії компенсації симптомів. Результати підкреслюють, що клінічний профіль СДУГ змінюється не лише кількісно, а й якісно відповідно до вікових змін у мозковій організації. Ці особливості потрібно враховувати в практиці: для дошкільнят ефективними будуть методики, спрямовані на структурування діяльності та навчання саморегуляції через гру, а для молодших

школярів – програми, що зміцнюють увагу та навички організації роботи під керівництвом учителя.

Ці висновки узгоджуються з рекомендаціями фахівців щодо мультидисциплінарної моделі діагностики та лікування СДУГ (психолог, педагог, невролог, психотерапевт) [4]. Саме взаємодія спеціалістів різного профілю створює основу для комплексного та коректного підходу до подолання симптомів розладу.

Висновки. СДУГ є хронічним порушенням, тісно пов'язаним із незрілістю регуляторних механізмів мозку (префронтальної кори) [10]. У теоретичному огляді підтверджено, що три основні симптоми СДУГ (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) мають універсальний характер, але їх співвідношення змінюється з віком. Це свідчить про важливість вікової градації симптомів під час постановки діагнозу та вибору психокорекційних стратегій.

Встановлено вікові особливості проявів СДУГ: у дітей 3–6 років симптоми характеризуються передусім активною моторною поведінкою та яскравими емоційними реакціями з меншим впливом на навчальну діяльність; у дітей 7–10 років з'являються значущі порушення концентрації та навчання, хоча гіперактивний компонент може продовжувати проявлятися в рамках імпульсивної поведінки. У міру дозрівання нервової системи структура розладу набуває більш прихованих форм, які складніше ідентифікувати без спеціальної діагностики.

Рекомендовано застосування диференційованого підходу в діагностиці та корекції СДУГ з урахуванням вікових особливостей: для дошкільників – акцент на формуванні самоконтролю через гру та структурування середовища, для молодших школярів – тренування уваги та підтримку навчальної мотивації. Застосування такого підходу сприяє підвищенню ефективності корекційної роботи та зменшенню ризиків соціальної дезадаптації.

Гіпотеза дослідження про те, що інтенсивність і характер проявів СДУГ залежать від віку дитини, підтверджена. Це підкреслює необхідність своєчасної діагностики ще в дошкільному віці та адаптації інтервенційних програм до особливостей розвитку когнітивних функцій дитини.

Список використаних джерел

1. Дьоміна Г. А. Особливості зв'язків віку та специфіки симптомів РДУГ: аналіз досліджень. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2024. № 4(38). С. 880–890. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-4(38)-880-890.
2. Кіпаренко О. Л. Особливості розвитку вищих психічних функцій у дітей із труднощами навчання : дис. ... канд. психол. наук: 053. Одеса, 2023. 206 с.
3. Фісіна Н. Нейропсихологічні механізми та причини невротизації у дітей дошкільного віку. *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка. Серія: Психологія*. 2023. № 2(18). С. 99–104.
4. Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder, steering committee on quality improvement and management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011. Vol.128(5). P. 1007–1022. DOI: 10.1542/peds.2011-2654.
5. Harm M., Hope M., Household A. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author. 2013. 347 p.
6. Barkley R. A. Treating ADHD in children and adolescents: What every clinician needs to know. New York, NY: Guilford Press. 2022.
7. Brown T. E. New understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments. London, UK: Taylor and Francis. 2013.
8. Castellanos F. X., Proal E. Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*. 2012. Vol.16(1). P. 17–26.
9. Sonuga-Barke E. J. S. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*. 2015. Vol.57(11). P. 1231–1238.
10. Thapar A. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012. Vol.54(1). P. 3–16.

References

1. D'iomina, H. A. (2024). Osoblyvosti zv'iazkiv viku ta specyfiky symptomiv RDUH: analiz doslidzhen [Age-related features and specificity of ADHD symptoms: research review]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky – Perspectives and Innovations in Science*, 4(38), 880–890. [in Ukrainian].
2. Kiparenko, O. L. (2023). Osoblyvosti rozvytku vyshchyykh psykhychnyykh funktsii u ditei iz trudnoschamy navchannia [Features of the development of higher mental functions in children with learning difficulties]. Doctoral dissertation. Odessa, 206. [in Ukrainian].
3. Fisyna, N. (2023). Neuropsykholohichni mekhanizmy ta prychny nevrotyzatsii u ditei doshkilnoho viku [Neuropsychological mechanisms and causes of neurosis in preschool children]. *Visnyk KNU imeni T. Shevchenka. Psykholohiia – Bulletin of Taras Shevchenko National University. Psychology Series*, 2(18), 99–104. [in Ukrainian].
4. Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder, steering committee on quality improvement and management. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 2011, 128(5), 1007–1022.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
6. Barkley, R. A. (2022). Treating ADHD in children and adolescents: What every clinician needs to know. New York, NY: Guilford Press.
7. Brown, T. E. (2013). New understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments. London, UK: Taylor and Francis.
8. Castellanos, F. X., Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 17–26.
9. Sonuga-Barke, E. J. S. (2015). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1231–1238.
10. Thapar, A. (2012). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3–16.

Стаття надійшла до редакції 10.11.2025

Стаття прийнята 02.12.2025

Статтю опубліковано 23.12.2025