

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У
ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ З
ГІПЕРАКТИВНІСТЮ (СДУГ)**

**Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»**

Виконала: здобувачка 4 курсу 07-431 групи
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійної
програми «Психологія»
Анастасія Васильковець

Керівник: к.психол. н., доцент
Руслана БІЛОУС

Рецензент: Олена Богдан, к.психол. н.,
старший науковий співробітник
відділу психології масової комунікації
та медіаосвіти

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження емоційної сфери при СДУГ.....	6
1.1 Нейробіологічні чинники та клініко-психологічна характеристика СДУГ у дітей.....	6
1.2 Психологічні механізми емоційної регуляції та роль імпульсивності при гіперактивності.....	12
1.3 Особливості формування самооцінки та тривожності як вторинних порушень при СДУГ.....	20
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	25
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей емоційної регуляції дітей із СДУГ.....	26
2.1 Організація, процедура та методичний інструментарій дослідження.....	26
2.2 Аналіз результатів дослідження взаємозв'язку емоційної нестійкості, тривожності та показників самооцінки.....	29
2.3 Психологічні рекомендації щодо корекції емоційних порушень та розвитку саморегуляції у дітей.....	38
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	40
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	44
ДОДАТКИ.....	46

ВСТУП

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку спеціальної психології та педагогіки проблема синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) посідає одне з центральних місць. Це зумовлено високою розповсюдженістю даного розладу серед дітей молодшого шкільного віку (за різними даними від 3% до 7%) та його значним впливом на соціальну адаптацію, навчальну діяльність та особистісний розвиток дитини.

Традиційно СДУГ розглядався переважно як когнітивне порушення, пов'язане з дефіцитом уваги. Проте останні нейропсихологічні дослідження вказують на те, що ядром розладу є дефіцит саморегуляції, який проявляється не лише в інтелектуальній, а й в емоційній сфері. Емоційна нестійкість, спалахи гніву, низька толерантність до фрустрації та висока імпульсивність часто стають більшою перешкодою для соціалізації, ніж власне неуважність.

Особливої ваги набуває вивчення взаємозв'язку між біологічними особливостями мозку (незрілістю префронтальної кори, порушенням дофамінового обміну) та психологічними конструктами, такими як тривожність та самооцінка. Діти із СДУГ часто опиняються в ситуації хронічного успіху, що веде до формування негативного самосприйняття та підвищення рівня тривожності, що, у свою чергу, ще більше дестабілізує емоційну регуляцію. Необхідність комплексного вивчення цих взаємозв'язків для розробки ефективних програм психокорекції визначає актуальність нашого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами та темами. Кваліфікаційне дослідження виконано в межах теми науково-дослідної роботи кафедри психології «Становлення та розвиток особистості в умовах соціальних трансформацій» (державний реєстраційний номер 0125U001891) Херсонського державного університету.

Об'єкт дослідження: емоційна сфера дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

Предмет дослідження: Психологічні особливості емоційної регуляції у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).

Дослідженням дотичних до нашої роботи тем займалися такі вчені: Рассел Барклі, Джером Каган, які досліджували нейропсихологічні механізми та когнітивні особливості СДУГ; Лев Виготський, який розглядав проблеми саморегуляції та розвитку особистості; а також Джеймс Гросс, який досліджував процеси емоційної регуляції та їхні механізми.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити особливості емоційної регуляції у дітей із СДУГ, виявити характер взаємозв'язків між емоційною нестійкістю, рівнем тривожності та показниками самооцінки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до вивчення СДУГ у психологічній літературі, зокрема нейробіологічні основи розладу.
2. Розкрити зміст понять «емоційна регуляція» та «самоконтроль» у контексті розвитку дитини із гіперактивністю.
3. Провести емпіричне дослідження та виявити специфіку взаємозв'язків між емоційною нестійкістю, імпульсивністю, тривожністю та самооцінкою.
4. Розробити практичні рекомендації для психологів та батьків щодо корекції емоційних порушень у дітей із СДУГ.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми СДУГ та емоційної регуляції; емпіричні: тестування, опитування (використано 5 діагностичних методик: Шкала Коннерса, методика Філіпса, методика Дембо-Рубінштейн, тест «Емоційні обличчя», метод спостереження); методи

математичної статистики: кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена) для встановлення зв'язків між показниками.

База дослідження: Дослідження проводилося на базі «SORW dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Gdańsku» в Польщі («Спеціальний реабілітаційно-освітній центр для дітей та молоді з аутизмом у Гданську») У дослідженні взяли участь 30 дітей віком 7-10 років із встановленим діагнозом СДУГ.

Наукова новизна полягає в уточненні даних про структуру емоційних порушень при СДУГ та ролі тривожності у дестабілізації поведінки гіперактивних дітей.

Теоретичне значення роботи полягає в систематизації знань про нейробіологічні та психологічні чинники емоційної дисрегуляції.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання в діяльності шкільних психологів, інклюзивно-ресурсних центрів та батьків для створення сприятливого емоційного середовища для дитини.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Життєстійкість особистості в умовах невизначеності», (22 травня 2026 р., м. Івано-Франківськ).

Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології від 21.05.2026 року протокол № 13.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків. Список використаних джерел налічує 25 найменувань. Обсяг роботи становить 50 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПРИ СДУГ

1.1 Нейробіологічні чинники та клініко-психологічна характеристика СДУГ у дітей

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дитячому віці належить до найпоширеніших нейророзвиткових розладів і розглядається сучасною наукою як результат складної взаємодії біологічних передумов і чинників середовища. У межах біопсихосоціальної моделі СДУГ постає не як «проблема виховання» чи наслідок низької мотивації, а як стан, за якого дозрівання та функціонування певних мозкових мереж, що відповідають за саморегуляцію, контроль поведінки, увагу й емоції, відбувається атипово. Подібного підходу дотримуються сучасні дослідники, зокрема Рассел Барклі, який розглядає СДУГ як розлад саморегуляції, пов'язаний із порушенням виконавчих функцій. Така атиповість проявляється стійкими труднощами утримання довільної уваги, надмірною руховою активністю та імпульсивністю, які не відповідають віковим нормам і суттєво впливають на навчання, соціальні стосунки та психологічне благополуччя дитини [1].

Нейробіологічні підходи до пояснення СДУГ базуються на даних генетики, нейровізуалізації, нейропсихології та психофармакології. Одним із найбільш усталених положень є висока спадковість проявів СДУГ: численні сімейні й близнюкові дослідження демонструють, що генетичні чинники роблять істотний внесок у ризик формування симптомів, хоча не зумовлюють їх фатально. Йдеться не про «один ген СДУГ», а про полігенну природу: сукупність генетичних варіантів, кожен з яких має невеликий ефект, підвищує ймовірність розвитку труднощів самоконтролю та регуляції уваги. Найчастіше в контексті патофізіології

згадуються гени, пов'язані з дофамінергічною та норадренергічною системами, адже саме ці нейромедіаторні системи відіграють ключову роль у роботі лобових відділів кори й підкіркових структур, що забезпечують виконавчі функції та гальмування поведінки. Однак генетична схильність реалізується в конкретних життєвих умовах: ранні перинатальні ризики, вплив токсичних речовин, хронічний стрес у сім'ї, порушення режиму сну й інші фактори можуть посилювати або, навпаки, пом'якшувати прояви.

Суттєве значення в сучасних уявленнях має концепція нейророзвитку. Для багатьох дітей із СДУГ характерне відносне запізнення дозрівання окремих кортикальних зон і функціональних мереж, насамперед префронтальної кори та пов'язаних із нею ланцюгів. Префронтальна кора забезпечує планування, довільну увагу, робочу пам'ять, контроль імпульсів і «керування» емоційними реакціями. Коли ці системи дозрівають повільніше або функціонують менш ефективно, дитині складніше довго зосереджуватися, утримувати інструкцію, організовувати діяльність і пригнічувати спонтанні реакції. Нейровізуалізаційні дослідження (структурні та функціональні) часто вказують на відмінності у фронто-стріатальних та фронто-париетальних мережах, а також у взаємодії лімбічних структур (зокрема мигдалеподібного тіла) з префронтальними зонами. Це має пряме відношення не лише до уваги й поведінки, а й до емоційної сфери, оскільки регуляція емоцій значною мірою спирається на здатність «гальмувати», переоцінювати ситуацію, переносити фрустрацію, відтерміновувати реакцію та діяти відповідно до довгострокових цілей [2].

Окремий пласт пояснень стосується нейромедіаторного дисбалансу. Дофамін і норадреналін беруть участь у підтриманні стану оптимальної активації, у механізмах мотивації, підкріплення та очікування винагороди. Для дітей із СДУГ характерні труднощі з підтримкою «тонкого» рівня

активації в ситуаціях, що потребують тривалих зусиль без негайного підкріплення (наприклад, монотонне виконання письмових завдань, слухання пояснень, повторювані вправи). Через це увага може «провалюватися», а поведінка - ставати імпульсивною як спроба швидко отримати стимул, новизну або винагороду. Водночас у високостимульних умовах (цікава гра, змагання, активний рух) дитина нерідко демонструє кращу зосередженість, що інколи помилково сприймається дорослими як «не хоче - тому не робить». Насправді йдеться про залежність ефективності саморегуляції від контексту та рівня мотиваційного підкріплення.

У межах нейропсихологічних моделей ключовим поняттям виступають виконавчі функції - система когнітивних процесів, що забезпечують контроль, планування й організацію поведінки. Цей підхід активно розвивав Рассел Барклі, який підкреслював роль інгібіції як центрального дефіциту при СДУГ. До них відносять інгібіцію (гальмування), робочу пам'ять, когнітивну гнучкість, здатність до планування, самоконтроль і моніторинг помилок. При СДУГ ці функції можуть бути розвинені нерівномірно: дитина може мати достатній інтелектуальний потенціал і хороші здібності в окремих сферах, але при цьому відчувати стійкі труднощі в організації діяльності, послідовному виконанні інструкцій, дотриманні правил та утриманні уваги на «нецікавому». У шкільному контексті це проявляється як часті помилки через неуважність, незавершення завдань, втрата речей, забування домашніх завдань, пропуск важливих деталей в інструкціях, хаотичність у зошитах і портфелі, нерівномірність успішності. Важливо, що дитина може щиро намагатися, але її система самоконтролю «не витримує» навантаження, особливо у ситуаціях втоми, сенсорного перевантаження або емоційного напруження [3].

Клініко-психологічна характеристика СДУГ у дітей передбачає опис основних симптомів, їхніх варіантів та впливу на функціонування.

Традиційно виокремлюють два основні кластери: неуважність і гіперактивність/імпульсивність. Невуважність у дитячому віці рідко виглядає як «пасивність» у чистому вигляді; частіше це нестійкість довільної уваги, легка відволікання на сторонні стимули, труднощі підтримки зосередження зростає кількість помилок. Гіперактивність у молодших дітей проявляється надмірною рухливістю: постійним крутінням, вставанням зі свого місця, біганням у невідповідних ситуаціях, потребою рухатися навіть тоді, коли це заборонено або недоречно. Імпульсивність відображається у відповіді «не дочекавшись черги», перебиванні, труднощах чекати, різких емоційних реакціях, схильності діяти «тут і зараз» без урахування наслідків. З віком поведінкова гіперактивність може частково трансформуватися у внутрішнє відчуття неспокою, метушливості, нетерплячості, але проблеми саморегуляції часто зберігаються.

У клініко-психологічному описі важливо підкреслити гетерогенність СДУГ: двоє дітей з одним діагнозом можуть мати різні профілі труднощів. У одних домінує неуважність із відносно помірною гіперактивністю, у інших - виражена імпульсивність і поведінкова дезорганізація, у третіх - поєднання обох кластерів. Також значущою є ситуативна мінливість: симптоми можуть різко посилюватися в умовах рутини, надмірних вимог, браку пауз, а зменшуватися за наявності чіткої структури, коротких інструкцій, частого зворотного зв'язку, можливості рухової «розрядки» та позитивного підкріплення. Це створює ризик неправильних інтерпретацій з боку дорослих - як «впертості», «маніпуляції», «лінощів», що погіршує взаємини та підсилює вторинні емоційні проблеми [4].

Особливу увагу в контексті дослідження емоційної сфери при СДУГ заслуговує питання емоційної дисрегуляції, яка часто супроводжує розлад, хоча не завжди прямо входить до діагностичних критеріїв. Емоційна дисрегуляція у дітей зі СДУГ може проявлятися швидким

«спалахуванням», низькою толерантністю до фрустрації, різкими переходами настрою, інтенсивними реакціями на зауваження, труднощами заспокоєння після конфлікту. Такі діти можуть гостро переживати невдачу, болісно реагувати на очікування або затримку винагороди, важко переносити «несправедливість» і демонструвати сильні афекти, які на перший погляд здаються непропорційними. Нейробіологічно це може бути пов'язано з менш ефективною взаємодією між системами емоційної реактивності та корковими механізмами контролю, а психологічно - з браком навичок самозаспокоєння, слабшою здатністю «поставити паузу» між переживанням і дією та з накопиченням негативного досвіду внаслідок частих зауважень і невдач.

У повсякденному житті емоційні труднощі при СДУГ часто мають вторинний характер і підтримуються соціальними реакціями. Постійні зауваження, покарання за «непослух», конфлікти з однолітками через імпульсивність, а також порівняння з «більш організованими» дітьми можуть формувати в дитини стійке відчуття неспішності. Це підвищує ризик зниження самооцінки, тривожних реакцій, негативного ставлення до школи й уникання складних завдань. Виникає замкнене коло: чим вищий рівень стресу та емоційного напруження, тим гірше працюють механізми саморегуляції й уваги; а чим гірша саморегуляція, тим частіше дитина отримує негативний зворотний зв'язок, що знову підсилює стрес. Тому клініко-психологічна характеристика СДУГ має включати не лише опис базових симптомів, а й аналіз їхнього впливу на образ «Я», мотивацію, переживання успіху/невдачі та якість взаємин [5].

Показовою є роль порушень сну та загального рівня активації нервової системи. У частини дітей зі СДУГ спостерігаються труднощі засинання, нестійкий сон, ранні пробудження, що призводить до денного виснаження. Втома, своєю чергою, знижує здатність до гальмування та підвищує емоційну реактивність. Дитина може ставати більш дратівливою, плаксивою або агресивною, швидше «вибухати» у відповідь

на дрібні подразники. Такі прояви іноді трактують як окремі «проблеми поведінки», однак вони можуть бути безпосереднім наслідком нейрофізіологічного виснаження та недостатньої регуляції.

У структурі клініко-психологічної оцінки важливим є врахування коморбідності, тобто частого поєднання СДУГ з іншими розладами розвитку та психоемоційними труднощами. У дитячому віці СДУГ нерідко супроводжується специфічними труднощами навчання (дислексія, дисграфія, дискалькулія), розладами мовленнєвого розвитку, координаційними труднощами, опозиційно-викличною поведінкою, тривожними та депресивними проявами. Коморбідні стани змінюють клінічну картину: наприклад, за наявності тривожності неухвильність може посилюватися через постійні переживання, а імпульсивність - маскуватися надмірним контролем і униканням, що ускладнює діагностику. Натомість при поєднанні з опозиційно-викличним розладом підвищується ризик конфліктів і поведінкових порушень, і тоді важливо розрізняти: що є проявом дефіциту саморегуляції, а що - сформованими дисфункційними патернами взаємодії в сім'ї чи школі [6].

З позицій клінічної психології суттєво розрізняти симптоми як прояв нейропсихологічного дефіциту і поведінкові стратегії, що формуються у відповідь на тривалі труднощі. Дитина, яка багаторазово стикається з невдачею, може почати уникати завдань, демонструвати «байдужість», знецінювати навчання або провокувати конфлікт, щоб вийти з ситуації, де очікується помилка. Іноді імпульсивна поведінка стає способом швидко отримати увагу дорослого, хай навіть у формі докору, якщо позитивної уваги бракує. Такі механізми не «скасовують» нейробіологічну основу СДУГ, але показують, як розлад у процесі розвитку вплітається в систему стосунків і підкріплень. Саме тому адекватна допомога потребує одночасно розуміння мозкових механізмів і психологічних закономірностей навчання, мотивації та емоційного розвитку.

Нейробіологічні дані також підкреслюють роль системи винагороди та часової перспективи. Для багатьох дітей із СДУГ складним є відтермінування задоволення: далека нагорода (наприклад, «гарна оцінка в кінці семестру») має меншу мотиваційну силу, ніж негайний стимул (гра, розмова, рух, новий подразник). Це пояснює, чому поведінкові програми з короткими інтервалами підкріплення, чіткими правилами і швидким зворотним зв'язком часто виявляються ефективнішими, ніж абстрактні вимоги «старайся» або «будь уважним». Психологічно дитині потрібна зовнішня структура, яка тимчасово виконує функцію «зовнішнього префронтального контролю»: нагадування, таймери, чіткі чек-листи, розбиття завдань на кроки. З віком і тренуванням частина цих стратегій може внутрішньо інтеріоризуватися, однак у багатьох дітей потреба в підтримці зберігається тривалий час [7].

Клініко-психологічна характеристика СДУГ має включати й опис типових труднощів соціальної взаємодії. Імпульсивність та дефіцит самоконтролю можуть призводити до того, що дитина перебиває, не чує до кінця, занадто різко реагує, «вривається» у гру, порушує правила, що знижує прийняття в однолітковій групі. Часті соціальні невдачі сприяють формуванню відчуття відкидання, образливості, підвищеної настороженості та, іноді, агресивної захисної поведінки. Водночас багато дітей зі СДУГ мають високий рівень спонтанності, енергійності, креативності, швидко захоплюються новими ідеями й можуть бути дуже товариськими, якщо соціальна ситуація структурована і правила зрозумілі. Тобто соціальні проблеми не є неминучими, але ризик їх виникнення зростає без своєчасної підтримки.

У підсумку СДУГ у дітей слід розуміти як нейророзвитковий стан із переважно біологічними передумовами, що проявляється в дефіциті довільної регуляції уваги, поведінки та часто емоцій. Нейробіологічні чинники включають полігенну спадкову схильність, особливості функціонування дофамінергічної та норадренергічної систем, а також

відмінності в дозріванні й взаємодії фронто-стріатальних, фронто-париетальних та лімбічних мереж. Клініко-психологічно СДУГ характеризується стійкими проявами неухважності, гіперактивності та імпульсивності з вираженою контекстною мінливістю, частими порушеннями виконавчих функцій, а також підвищеним ризиком емоційної дисрегуляції, зниження самооцінки та вторинних труднощів адаптації. Саме такий комплексний погляд створює методологічну основу для подальшого аналізу емоційної сфери при СДУГ, оскільки емоційні прояви тут є і прямим відображенням нейробіологічної специфіки саморегуляції, і результатом накопиченого досвіду взаємодії дитини з вимогами середовища.

1.2 Психологічні механізми емоційної регуляції та роль імпульсивності при гіперактивності

Емоційна регуляція в дитячому віці є одним із центральних механізмів психічного розвитку, що забезпечує здатність дитини адаптуватися до вимог середовища, підтримувати продуктивну діяльність, будувати стосунки та зберігати психологічну рівновагу в ситуаціях стресу. Вона охоплює не лише «стримування» емоцій, а ширший комплекс процесів: розпізнавання власного емоційного стану, розуміння його причин, вибір способу реагування, керування інтенсивністю переживання, відновлення після збудження, а також узгодження емоційних реакцій із соціальними нормами та довгостроковими цілями. За моделлю Джеймса Гросса, регуляція емоцій може відбуватися на різних етапах - від вибору ситуації до контролю поведінкової реакції. У контексті гіперактивності та СДУГ емоційна регуляція набуває особливої ваги, оскільки труднощі самоконтролю та імпульсивність суттєво впливають на те, як швидко виникають емоції,

наскільки інтенсивно вони переживаються і чи може дитина «встигнути» обрати конструктивну форму поведінки [8].

Психологічні моделі емоційної регуляції виходять із положення, що емоція має динамічну структуру: вона формується як відповідь на значущу для дитини подію (реальну або уявну), супроводжується тілесними змінами (активація, напруга, серцебиття), когнітивними оцінками («це несправедливо», «у мене не вийде»), мотиваційним імпульсом до дії (захиститися, уникнути, домогтися) і, нарешті, поведінковою реакцією. Регуляція можлива на різних етапах цього процесу: дитина може попереджувати надмірне збудження, змінювати ситуацію, переключати увагу, переосмислювати подію або модифікувати поведінкову відповідь. Чим раніше «вмикаються» регуляторні механізми, тим менш емоційно затратним є контроль. За гіперактивності та імпульсивності часто виникає проблема саме з ранніми етапами: емоційна реакція розгортається швидко, а інструменти зупинки або переоцінки не встигають спрацювати.

Головне розрізняти два взаємопов'язані, але не тотожні аспекти: емоційну реактивність і емоційну регуляцію. Реактивність описує швидкість та інтенсивність емоційної відповіді (наскільки дитина легко «запалюється», як сильно переживає), тоді як регуляція - здатність впливати на цю реакцію, спрямовуючи її у соціально прийнятне та адаптивне русло. У дітей із гіперактивністю нерідко спостерігається підвищена реактивність у поєднанні зі зниженою здатністю до гальмування імпульсу. Це проявляється у вибуховій злості, різкому протесті, нетерпимості до очікування, у складності «пережити» відмову або програш. Однак варто підкреслити, що не всі діти з проявами гіперактивності мають однаково виражені емоційні труднощі; профіль регуляції залежить від індивідуальних особливостей темпераменту, сформованих навичок, досвіду взаємодії з дорослими та шкільного середовища [9].

Один із базових психологічних механізмів емоційної регуляції - довільна увага та її керування. Уміння утримувати увагу або гнучко перемикається дає дитині можливість «віддалитися» від емоційного стимулу. Перемикання уваги може бути адаптивною стратегією (наприклад, зосередитися на диханні, на інструкції вчителя, на іншій частині завдання), яка знижує інтенсивність переживання. Але при гіперактивності та дефіциті уваги перемикання часто стає мимовільним і некерованим: дитина не обирає, на що переключитися, її «захоплює» найбільш яскравий або емоційно забарвлений стимул. У ситуації конфлікту така увага фіксується на образливих словах, на відчутті несправедливості або на провокативних діях однолітка, що підсилює афект і зменшує ймовірність конструктивної реакції. Таким чином, труднощі довільної уваги автоматично стають труднощами емоційного контролю, бо саме увага є «воротами», через які дитина або посилює емоцію (румінацією, фіксацією на проблемі), або послаблює її (відволіканням, переорієнтацією).

Не менш значущим механізмом є когнітивна оцінка події, або інтерпретація. Діти регулюють емоції не лише поведінкою, а й тим, як вони пояснюють собі ситуацію: «мене спеціально дразнять», «я завжди програю», «вчитель мене не любить», «я нічого не вмію». Такі думки можуть бути ситуативними, але при повторюваних невдачах вони стають стійкими когнітивними схемами, що формують підвищену вразливість до негативних емоцій. При гіперактивності та імпульсивності часто бракує паузи, необхідної для більш зваженої інтерпретації: перша автоматична думка швидко переходить у дію. Дитина може не мати часу або навички поставити собі запитання: «чи є інше пояснення?», «що я зараз відчуваю?», «що буде потім?». Тому роль дорослого - допомогти дитині навчитися помічати й називати переживання, зупиняти автоматичні висновки та формувати більш реалістичні інтерпретації, що зменшують інтенсивність афекту [10].

Емоційна регуляція тісно пов'язана з мовленнєвими та метакогнітивними процесами. Внутрішнє мовлення - «самоінструкції», які дитина промовляє подумки, - є важливим інструментом гальмування і планування. У нормі в молодшому шкільному віці дитина поступово переходить від зовнішнього керування поведінкою (дорослий нагадує, підказує, структурує) до самокерування («спочатку зроблю це, потім те», «зараз зупинюсь», «перевірю»). При гіперактивності цей перехід часто уповільнений: самоінструкції або не запускаються вчасно, або швидко «збиваються» під впливом емоційного стимулу. Як наслідок, у дитини посилюються імпульсивні реакції, а після них нерідко з'являється почуття провини, сорому, розчарування, що знову підвищує емоційне напруження й ризик повторення зриву.

Імпульсивність є ключовою ланкою, що поєднує гіперактивність і труднощі емоційної регуляції. У психологічному сенсі імпульсивність включає схильність діяти без достатнього обмірковування, прагнення негайного зняття напруги, низьку толерантність до затримки, труднощі з очікуванням і слабший контроль над сильними бажаннями чи афектами. В умовах негативних емоцій імпульсивність проявляється як «короткий шлях» до розрядки: крик, удар, грубе слово, втеча з класу, демонстративне ігнорування. У позитивних емоціях вона може виглядати як надмірне збудження, перебивання, ризикована поведінка, порушення правил гри, що теж викликає конфлікти й санкції. Таким чином імпульсивність - не лише поведінкова характеристика, а й механізм, який визначає траєкторію емоційного епізоду: від виникнення переживання до способу його завершення [11].

Головною є концепція фрустраційної толерантності, тобто здатності витримувати перешкоди на шляху до мети без різкого зриву. Діти з гіперактивністю часто мають труднощі саме в ситуаціях, коли потрібно чекати, повторювати монотонні дії, миритися з помилкою, поступатися або приймати програш. Будь-яка перешкода переживається як надмірна,

бо вимагає активізації виконавчих функцій: зупинити першу реакцію, згадати правила, переорієнтуватися на іншу стратегію. Якщо ці функції працюють нестабільно, фрустрація швидко переходить у афект. При цьому дорослі іноді оцінюють такі реакції як «навмисну істеричність» або «маніпуляцію», хоча в багатьох випадках дитина справді не має достатнього внутрішнього ресурсу для самозаспокоєння й потребує зовнішньої допомоги, щоб повернутися в стан, у якому можливе навчання й співпраця.

Суттєву роль у психологічних механізмах регуляції відіграє процес соціалізації емоцій, тобто те, як дорослі реагують на переживання дитини й допомагають їй їх осмислювати. У сім'ях, де емоції визнаються, називаються й обговорюються, дитина швидше формує емоційний словник, розуміє відмінність між почуттям і дією та вчиться прийнятним способам вираження злості, образи чи розчарування. Якщо ж взаємодія будується переважно на покараннях, заборонах і ярликах («ти нестерпний», «ти спеціально», «з тобою неможливо»), то дитина опиняється у стані хронічної оборони. У такому контексті навіть невеликі зауваження можуть запускати сильні реакції, бо вони сприймаються як загроза самооцінці. Для дітей із гіперактивністю цей ризик підвищений через частішу кількість конфліктних ситуацій у школі та вдома, отже, їхній емоційний досвід може бути насичений повторюваними невдачами й негативним зворотним зв'язком [12].

У шкільному середовищі механізми емоційної регуляції тісно пов'язані зі структурою діяльності та системою вимог. Дитина з гіперактивністю часто відчуває труднощі в умовах тривалого сидіння, багатокрокових інструкцій і відкладеної оцінки. Коли дитина не встигає, вона переживає напруження, сором або роздратування, а імпульсивність підштовхує до швидкої поведінкової реакції: зірвати урок, відмовитися від роботи, вступити в конфлікт. Натомість чіткі короткі інструкції, дроблення завдань на підкроки, можливість рухових пауз, передбачуваний

режим, а також позитивне підкріплення за спроби самоконтролю створюють умови, де регуляція стає доступнішою. Фактично, організація середовища виконує функцію «зовнішнього регулятора», який компенсує слабкі місця внутрішнього контролю дитини.

Окремо слід розглянути роль мотивації та системи підкріплення в емоційній регуляції. Для багатьох гіперактивних дітей характерна підвищена чутливість до негайних наслідків і знижена - до віддалених. Це означає, що «потім» часто не працює як регулятор поведінки, а сильна емоція прагне негайного розрядження. Звідси впливає практично важлива закономірність: чим ближчим, зрозумілішим і конкретнішим є підкріплення (похвала, бал, жетон, коротка пауза, право вибору), тим більше шансів, що дитина використає більш конструктивний спосіб реагування. У психологічному плані це не «підкуп», а створення містка між зусиллям самоконтролю і відчутним результатом, який допомагає дитині утриматися від імпульсивного кроку [13].

Розкриваючи механізми емоційної регуляції, доцільно також враховувати соматичний і сенсорний компоненти. Емоція «живе» в тілі, тому дитина потребує навичок помічати тілесні маркери збудження: напруження в м'язах, пришвидшене дихання, «жар», тремтіння, стиснення в грудях. У дітей з гіперактивністю ці сигнали можуть або залишатися непоміченими, або сприйматися як нестерпні, що підсилює бажання негайної розрядки. Навчання простим технікам самозаспокоєння (регульоване дихання, короткі сенсомоторні паузи, «заземлення», рухові вправи) має психологічне підґрунтя: воно повертає дитині відчуття контролю над станом і створює часову паузу, необхідну для включення когнітивних стратегій. У структурі емоційної регуляції ця пауза є критичною, бо саме в ній з'являється можливість вибору реакції.

Імпульсивність при гіперактивності впливає і на міжособистісну регуляцію емоцій - здатність використовувати соціальні ресурси для заспокоєння та вирішення проблем. Дитина може різко вимагати

допомоги, перебивати, не дотримуватися черги, і через це отримує відмову або роздратування оточення. Натомість навички просити про підтримку, чекати відповіді, висловлювати потребу словами формуються повільніше, якщо дорослі й однолітки частіше реагують на «вибух», ніж на попередні слабкі сигнали дискомфорту. Тоді дитина мимоволі навчається, що тільки сильна реакція «працює» і привертає увагу. Це є важливим психологічним механізмом закріплення імпульсивної поведінки: емоційний спалах стає ефективним, хоч і дезадаптивним способом впливу на ситуацію. Отже, корекційна робота має бути спрямована на те, щоб підкріплювати саме ранні й слабкі прояви саморегуляції (наприклад, коли дитина змогла сказати «я злюся» або попросити перерву), а не лише реагувати на вже розгорнутий конфлікт [14].

Поряд із цим, у психологічній характеристиці важливо враховувати явище накопичення емоційного напруження протягом дня. Дитина з гіперактивністю може тривалий час «триматися» у школі, витрачаючи значні ресурси на контроль поведінки, а вдома демонструвати різке емоційне розвантаження - плач, істерики, агресію, опозиційність. Це не завжди свідчить про «розпущеність» чи погане виховання, а може відображати виснаження механізмів саморегуляції та потребу в безпечному середовищі для відновлення. У таких випадках дорослим важливо бачити не лише поведінковий симптом, а функцію поведінки: зниження внутрішньої напруги, повернення відчуття контролю, реакцію на перевантаження. Психологічна допомога полягає у створенні передбачуваного режиму, розумних вимог, достатньої кількості відпочинку, а також у поступовому навчанні дитини альтернативних способів розрядки.

Таким чином, психологічні механізми емоційної регуляції при гіперактивності можна описати як взаємодію кількох рівнів: уваги (керування фокусом і переключення), когнітивних оцінок (інтерпретація

подій, переосмислення), мовленнєво-метакогнітивних інструментів (самоінструкції, планування, внутрішній діалог), тілесної саморегуляції (помічання та зниження фізіологічного збудження) і соціальної регуляції (здатність звертатися по підтримку та приймати її). Імпульсивність при цьому виступає центральним «модератором» емоційної поведінки: вона скорочує час між переживанням і дією, знижує ефективність переоцінки та ускладнює використання адаптивних стратегій. У результаті дитина частіше переживає емоції інтенсивно й демонструє реакції, які викликають негативні соціальні наслідки, посилюють стрес і закріплюють проблемні патерни. Розуміння цих механізмів створює теоретичну основу для подальшого дослідження емоційної сфери при СДУГ та для вибудовування психологічних і педагогічних інтервенцій, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, зниження імпульсивності та формування більш стійких, адаптивних способів емоційного реагування.

1.3 Особливості формування самооцінки та тривожності як вторинних порушень при СДУГ

Самооцінка та тривожність у дітей із СДУГ (синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю) нерідко розглядаються як вторинні психологічні порушення, тобто такі, що формуються не як прямий симптом нейропсихологічних особливостей, а як наслідок тривалої взаємодії первинних труднощів (неуважність, імпульсивність, гіперактивність, виконавчі дисфункції) із соціальними вимогами школи, сім'ї та групи однолітків. Ці вторинні прояви є критично важливими для розуміння адаптації дитини: саме вони часто визначають рівень навчальної мотивації, стійкість до стресу, поведінкові ризики та якість міжособистісних стосунків у підлітковому віці [15].

Самооцінка дитини формується поступово, спираючись на три взаємопов'язані джерела: успішність у діяльності (насамперед навчальній), соціальне порівняння з однолітками та зворотний зв'язок від значущих дорослих. При СДУГ кожен із цих каналів часто дає дитині суперечливі або негативні сигнали. Навіть за нормального інтелекту дитина може демонструвати нестійкі результати: виконати завдання добре сьогодні й «провалити» завтра через неуважність, поспіх, пропущені інструкції або втому. Така нестабільність підриває базове відчуття компетентності: дитина не розуміє, чому в неї «то виходить, то ні», і схильна пояснювати це глобальною причиною на кшталт «я дурний/поганий», а не ситуативними факторами, пов'язаними з організацією діяльності.

У навчальному середовищі дитина із СДУГ частіше стикається з зауваженнями, покараннями, порівняннями («подивись, як інші сидять»), а також із низькою толерантністю дорослих до імпульсивних реакцій. Важливим механізмом вторинного зниження самооцінки стає накопичення досвіду повторюваних невдач і переживання себе як «проблемного» учня. Дитина може отримувати значно більше негативного зворотного зв'язку, ніж позитивного, навіть якщо її успіхи об'єктивно є. Це змінює «емоційну статистику» щоденного життя: домінує очікування критики, а похвала сприймається як випадкова або незначуща [16].

У взаємодії з однолітками труднощі самоконтролю можуть призводити до перебивання, порушення правил гри, різких висловлювань, конфліктності або, навпаки, до соціальної незграбності. Як наслідок, дитина частіше отримує відмову у прийнятті в групу, переживає виключення або стигматизацію. Соціальне порівняння в такому випадку працює проти неї: «зі мною не дружать», «мене не кличуть», «я завжди винний». Це створює умови для формування негативної Я-концепції:

дитина починає сприймати себе не через реальні здібності й інтереси, а через роль «порушника» або «невдахи».

Водночас у частини дітей із СДУГ можна спостерігати феномен, який у психологічній літературі описують як «позитивне ілюзорне упередження»: дитина декларує завищену самооцінку, заперечує труднощі або демонструє надмірну впевненість. Важливо розуміти, що така «висока самооцінка» не завжди є ознакою благополуччя. Вона може виконувати захисну функцію, допомагаючи зменшити переживання сорому та безпорадності, або відображати недостатню рефлексію й слабший контроль помилок. У практичному плані це створює парадокс: зовні дитина «впевнена», але при зіткненні з реальною складністю швидко реагує афектом, униканням або агресивною обороною. Тому при оцінці самооцінки важливо враховувати не лише самоопис, а й поведінкові маркери: реакцію на помилки, готовність пробувати знову, переносимість критики, здатність приймати допомогу.

Ще однією типовою деформацією самооцінки стає зниження навчальної та загальної самоефективності (віри у власну здатність впливати на результат). Через імпульсивність і труднощі планування дитина часто докладає зусиль «нерівномірно»: може швидко виснажуватися, не доводити справи до кінця, забувати матеріали, пропускати кроки. Дорослі іноді трактують це як лінощі, що посилює конфлікт і знижує відчуття підтримки. У результаті виникає установка: «старатися не має сенсу», що підвищує ризик шкільної дезадаптації та формування унікальної мотивації (уникання складних завдань, щоб не переживати сором) [17].

Тривожність при СДУГ часто має вторинний характер і виникає як відповідь на непередбачуваність власної поведінки та наслідків. Дитина не завжди може передбачити, чи зможе «втриматися», чи не забуде домашнє завдання, чи не зробить помилку через поспіх. Саме ця непередбачуваність є потужним чинником тривоги: вона породжує

постійне очікування негативного результату навіть тоді, коли об'єктивна загроза мінімальна.

У школі тривожність підтримується ситуаціями, де висока ціна помилки поєднується з дефіцитом часу та контролю: контрольні роботи, усні відповіді, вимога «сидіти тихо», публічні зауваження. Дитина може входити в урок уже з напруженням і очікуванням критики, а фізіологічне збудження (що саме по собі характерне для гіперактивності) переживати як страх. Відтак формується замкнене коло: тривога погіршує концентрацію, а погіршення концентрації збільшує кількість помилок, що знову підсилює тривогу.

У сімейному контексті тривожність може зростати, якщо взаємодія з дитиною стає переважно контролюючою: постійні нагадування, перевірки, підвищений тон, покарання за «неслухняність». Хоча частина контролю є необхідною як зовнішня підтримка виконавчих функцій, надмірна критичність і непослідовність вимог формують у дитини відчуття, що світ небезпечний і непередбачуваний. Тоді тривожність виступає як адаптація: дитина «напружується наперед», намагаючись запобігти помилці, але через особливості уваги й імпульсивність це не завжди спрацьовує.

Суттєвим механізмом є також соціальна тривога, пов'язана зі страхом осуду. Діти із СДУГ частіше переживають сором через зауваження, конфлікти або глузування однолітків. Якщо дитина неодноразово була «викрита» у помилках (забув, перебив, не так зрозумів), то в неї може сформуватися підвищена настороженість: очікування, що її висміють або відкинуть. Це підштовхує до уникання соціальних ситуацій, зниження ініціативи в спілкуванні, а інколи - до компенсаторної поведінки (демонстративність, «клоунада»), яка тимчасово знижує напруження, але довгостроково може погіршувати стосунки [18].

Окремо варто відзначити, що тривожність при СДУГ може набувати маскованих форм: не завжди це виглядає як страх або сльози. Вона може проявлятися як дратівливість, опозиційність, соматичні скарги (болить живіт, голова), порушення сну, перфекціоністичні тенденції або надмірна потреба в запевненнях («а точно я правильно зробив?»). Ці прояви легко сплутати з «поганою поведінкою», якщо не враховувати їхню емоційну функцію.

Самооцінка і тривожність при СДУГ часто взаємно підсилюють одна одну. Низька самооцінка підвищує чутливість до помилок і критики, а тривожність знижує ефективність уваги та самоконтролю, збільшуючи кількість невдач. Утворюється порочне коло: «я не впораюся» → тривога → помилки/зрив → негативний зворотний зв'язок → ще нижча самооцінка. Інший варіант кола - унікальний: дитина, щоб не переживати сором, починає уникати складних завдань або «знецінювати» їх («це дурниця»). Тимчасово це знижує напруження, але довгостроково позбавляє досвіду успіху, необхідного для зміцнення самооцінки.

У підлітковому віці ці механізми стають особливо чутливими через зростання ролі однолітків і вимог до самостійності. Якщо вторинні порушення не були вчасно помічені, підвищується ризик формування стійких проблем адаптації: навчальна демотивація, конфліктність, емоційні розлади, ризикована поведінка як спосіб саморегуляції або відновлення самоцінності.

Отже, самооцінка та тривожність при СДУГ часто формуються як вторинні порушення внаслідок поєднання первинних нейропсихологічних труднощів із негативним соціальним досвідом у школі та сім'ї. Самооцінка може знижуватися через повторювані невдачі, надлишок критики, проблеми прийняття однолітками та нестабільність результатів діяльності; інколи вона набуває захисно завищеного характеру. Тривожність, у свою чергу, підтримується непередбачуваністю наслідків, страхом осуду, навчальним стресом і порушенням відчуття

контролю. Взаємодіючи, ці чинники створюють порочні кола, що погіршують адаптацію та підсилюють поведінкові труднощі. Розуміння механізмів формування вторинних порушень є необхідною основою для психологічної підтримки дітей із СДУГ, яка має включати не лише корекцію уваги й поведінки, а й систематичне формування досвіду успіху, безпечного зворотного зв'язку та навичок емоційного самоконтролю.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Аналіз наукових праць дозволив з'ясувати, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є складним нейророзвитковим станом, який виникає внаслідок взаємодії біологічних, нейропсихологічних і соціальних чинників. Його основу становлять особливості функціонування мозкових систем саморегуляції, зокрема порушення дофамінергічних і норадренергічних механізмів та розвиток префронтальних і лімбічних структур. Це зумовлює труднощі уваги, контролю поведінки, імпульсивності та емоційної регуляції, що впливають на навчання й соціальні взаємини дитини.

Встановлено, що емоційна сфера дітей із СДУГ характеризується підвищеною реактивністю та недостатньо сформованими механізмами регуляції, серед яких ключову роль відіграють довільна увага, когнітивна оцінка ситуації, мовленнєво-метакогнітивні процеси та тілесна саморегуляція. Імпульсивність виступає центральним фактором, який ускладнює використання адаптивних стратегій контролю емоцій, сприяє швидкому переходу від переживання до дії та підвищує ризик конфліктних і дезадаптивних форм поведінки. Значну роль у формуванні емоційної регуляції відіграє соціальне середовище, зокрема характер взаємодії з дорослими та організація навчальної діяльності.

Констатовано, що самооцінка та тривожність у дітей із СДУГ формуються як вторинні психологічні порушення внаслідок систематичного переживання невдач, надлишку критики, труднощів у

соціальній взаємодії та нестабільності результатів діяльності. Низька або захисно завищена самооцінка поєднується з підвищеною тривожністю, що створює порочні кола емоційної дезадаптації, знижує навчальну мотивацію та ускладнює процес соціалізації. Теоретичний аналіз показав, що емоційні труднощі при СДУГ мають як нейробіологічне підґрунтя, так і соціально зумовлений характер, що вимагає комплексного підходу до їх розуміння. Розробка та впровадження психологічних і педагогічних стратегій підтримки, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, формування позитивного досвіду успіху та створення сприятливого середовища, є необхідною умовою підвищення якості життя та ефективної адаптації дітей із СДУГ.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ СДУГ

2.1 Організація, процедура та методичний інструментарій дослідження

Емпіричне дослідження особливостей емоційної регуляції у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) базувалося на системному підході, що передбачає врахування як психологічних проявів, так і біологічного підґрунтя розладу. Організація дослідження включала три послідовні етапи: підготовчий (формування вибірки та вибір інструментарію), діагностичний (безпосереднє тестування дітей та опитування дорослих) та аналітичний (кількісна та якісна обробка даних).

Вибірку дослідження склали 30 дітей молодшого шкільного віку (7–10 років), яким підтверджено у спеціалізованому медичному закладі діагноз СДУГ. Вибір саме цього вікового періоду зумовлений тим, що у 7–10 років вимоги до саморегуляції дитини значно зростають у зв'язку з

навчальною діяльністю, а дефіцитарність гальмівних механізмів стає найбільш очевидною. До дослідження також були залучені батьки та вчителі респондентів для отримання об'єктивної картини поведінкових проявів у різних соціальних середовищах [19].

Методологічне підґрунтя дослідження спирається на розуміння СДУГ як нейророзвиткового розладу. При формуванні діагностичного комплексу ми враховували, що емоційна нестійкість та імпульсивність цих дітей безпосередньо пов'язані з біологічними особливостями функціонування головного мозку. Зокрема, наукові дані вказують на гіпофункцію префронтальної кори та порушення в роботі лімбічної системи, що відповідає за емоційне реагування. У дітей із СДУГ «висхідні» імпульси від амигдали (центру емоцій) часто не отримують належного «низхідного» гальмування з боку лобних часток. Це створює біологічне підґрунтя для афективних спалахів та неможливості відтермінувати реакцію на подразник. Саме тому інструментарій був підібраний так, щоб охопити всі ланки цього складного механізму: від поведінкових проявів імпульсивності до внутрішніх станів тривожності та самосприйняття.

Для реалізації мети було обрано 5 взаємодоповнюючих методик. Першою методикою стала «Шкала оцінки СДУГ (ADHD Rating Scale – IV)» (опитувальник Коннерса) для вчителів та батьків. Цей інструментарій дозволяє диференціювати прояви гіперактивності, дефіциту уваги та імпульсивності. Використання цієї методики є критично важливим для встановлення базового рівня тяжкості симптомів, які ми в подальшому корелювали з емоційними показниками. Імпульсивність у межах даної методики розглядається як нездатність дитини зупинити первинну реакцію, що біологічно корелює з дефіцитом дофамінергічної передачі у базальних гангліях.

Другою методикою, спрямованою на вивчення емоційної складової, стала «Шкала явної тривожності для дітей (CMAS)» (адаптація А.

Прихожан). Оскільки діти із СДУГ постійно перебувають у ситуації неуспіху через зауваження дорослих та конфлікти з однолітками, тривожність стає постійним супутником їхнього розвитку. Дана методика дозволяє виявити рівень внутрішньої напруги, яка часто маскується за агресивною або надміру рухливою поведінкою. Висока тривожність у дітей даної групи розглядається нами як наслідок слабкості регуляторних механізмів: дитина не може передбачити наслідки своїх дій, що створює відчуття небезпеки та непередбачуваності світу [20].

Для вивчення когнітивного компонента саморегуляції та самооцінки було застосовано методику Дембо-Рубінштейна. Дітям пропонувалося оцінити себе за декількома шкалами: здоров'я, розум, характер, авторитет у однолітків та впевненість у собі. У контексті СДУГ самооцінка має специфічний характер: спостерігається або компенсаторне завищення (як захисна реакція на постійну критику), або глибоке заниження через усвідомлення своєї «несхожості» на інших. Взаємозв'язок між низькою самооцінкою та емоційною нестійкістю є ключовим, оскільки хворобливе сприйняття власних невдач провокує нові спалахи гніву або відмови від діяльності.

Четвертим інструментом стала методика «Емоційні обличчя» (Н. Семаго), що дозволяє оцінити здатність дитини до розпізнавання емоційних станів інших людей та адекватність власних емоційних реакцій. У дітей із СДУГ часто спостерігається «емоційна сліпота» або дефіцит емпатії, що також має біологічне коріння (недостатня активність дзеркальних нейронів та острівцевої частки мозку). Нездатність вчасно зчитати гнів або сум іншої людини призводить до соціальної дезадаптації та конфліктів, що посилює загальну емоційну нестабільність.

П'ятою методикою було обрано проєктивний тест «Неіснуюча тварина». Цей метод дозволив отримати дані про приховані емоційні стани, рівень агресивності та наявність внутрішніх страхів, які дитині важко вербалізувати під час прямого опитування. Аналіз просторового

розташування малюнка, характеру ліній та деталей дозволив виявити рівень психомоторного збудження (імпульсивності) та енергетичний потенціал дитини [21].

Процедура дослідження відбувалася в індивідуальній формі в першій половині дня, що є обов'язковою умовою для роботи з дітьми із СДУГ через їхню швидку втомлюваність. Кожна зустріч тривала не більше 30–40 хвилин. Під час тестування особлива увага приділялася спостереженню за поведінкою дитини: її реакції на помилки, рівню рухової розторможеності та здатності утримувати інструкцію. Ці якісні дані доповнили кількісні показники, дозволивши побачити «живу» картину емоційної дисрегуляції.

Особливий акцент при аналізі було зроблено на синтезі отриманих результатів. Ми виходили з припущення, що емоційна нестійкість є інтегративним показником, де імпульсивність (як біологічний фактор) поєднується з тривожністю та нестабільною самооцінкою (як психосоціальними факторами). Таким чином, методичний інструментарій був побудований за принципом «від біологічного симптому до особистісного переживання», що дозволяє у наступному підрозділі представити цілісну модель емоційної сфери дитини із СДУГ.

2.2 Аналіз результатів дослідження взаємозв'язку емоційної нестійкості, тривожності та показників самооцінки

Аналіз результатів емпіричного дослідження дозволив виявити складну архітектуру емоційної сфери дітей із СДУГ, де біологічно зумовлена імпульсивність тісно переплітається з набутими психологічними характеристиками: тривожністю та специфічною самооцінкою. Обробка даних, отриманих від 30 респондентів, продемонструвала, що емоційна нестійкість є не просто супутнім

симптомом гіперактивності, а центральним дестабілізуючим фактором, який визначає характер соціальної адаптації дитини [22].

Первинний аналіз за «Шкалою Коннерса» підтвердив наявність високого рівня поведінкової імпульсивності у 76% вибірки. Ці діти демонструють нездатність до гальмування миттєвих реакцій, що безпосередньо корелює з дефіцитом префронтального контролю. Під час спостереження було зафіксовано, що імпульсивність проявляється не лише в рухах, а й в емоційному реагуванні: дитина миттєво переходить від стану відносного спокою до афективного збудження (гніву, плачу або ейфорії) при мінімальній зміні зовнішніх обставин. Це підтверджує нашу гіпотезу про те, що емоційна дисрегуляція при СДУГ має глибоке біологічне коріння, пов'язане з порушенням балансу між процесами збудження та гальмування в ЦНС.

Додаток А

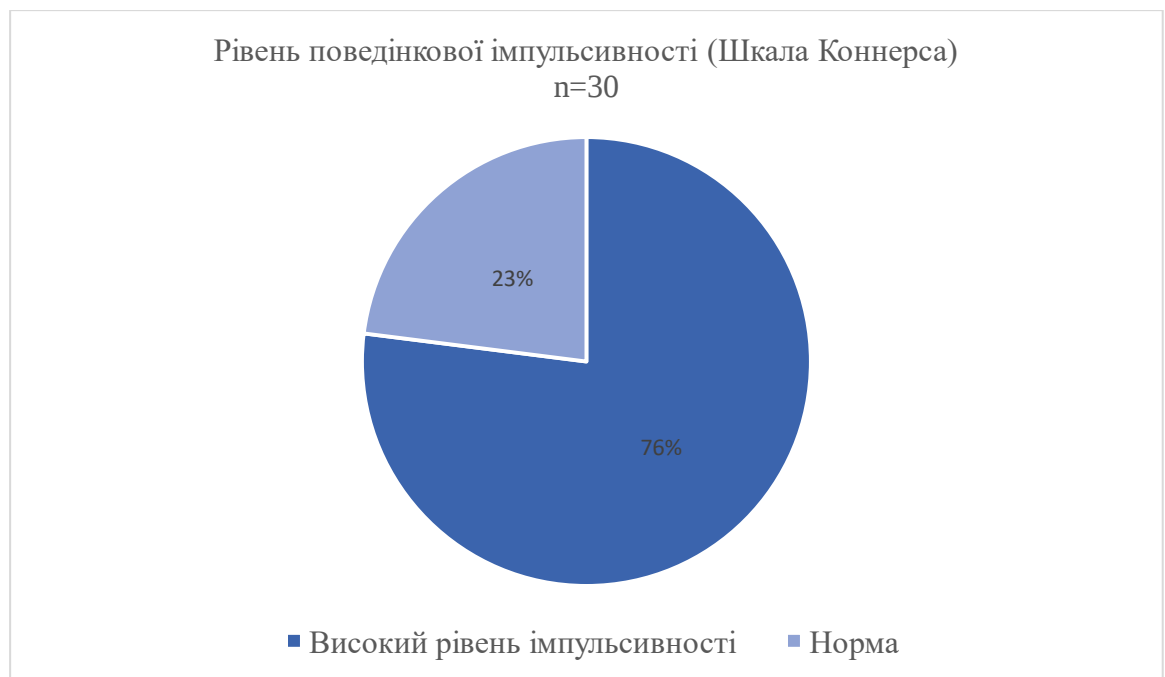


Рис. 2.1 – Гістограма показників рівня поведінкової імпульсивності за Шкалою Коннерса у дітей із СДУГ

Дослідження тривожності за методикою СМАС виявило, що 80% дітей із СДУГ мають рівень тривожності, який значно перевищує вікову

норму. При цьому домінує саме особистісна тривожність, що свідчить про сталу готовність дитини до сприйняття ситуацій як загрозливих. Аналіз взаємозв'язку показав пряму кореляцію ($r=0,68$; $p<0,01$) між рівнем імпульсивності та показниками тривожності. Ми інтерпретуємо це так: через нездатність контролювати власну поведінку та увагу, дитина часто потрапляє в ситуації соціальної дезадаптації, отримує негативне підкріплення від дорослих, що формує постійне очікування невдачі. Таким чином, біологічна імпульсивність стає генератором психологічної тривожності. Тривожність, у свою чергу, виступає «паливом» для емоційної нестійкості: перебуваючи в напрузі, дитина стає ще менш здатною до стримування імпульсів, створюючи замкнене коло дезадаптивної поведінки.

Додаток Б

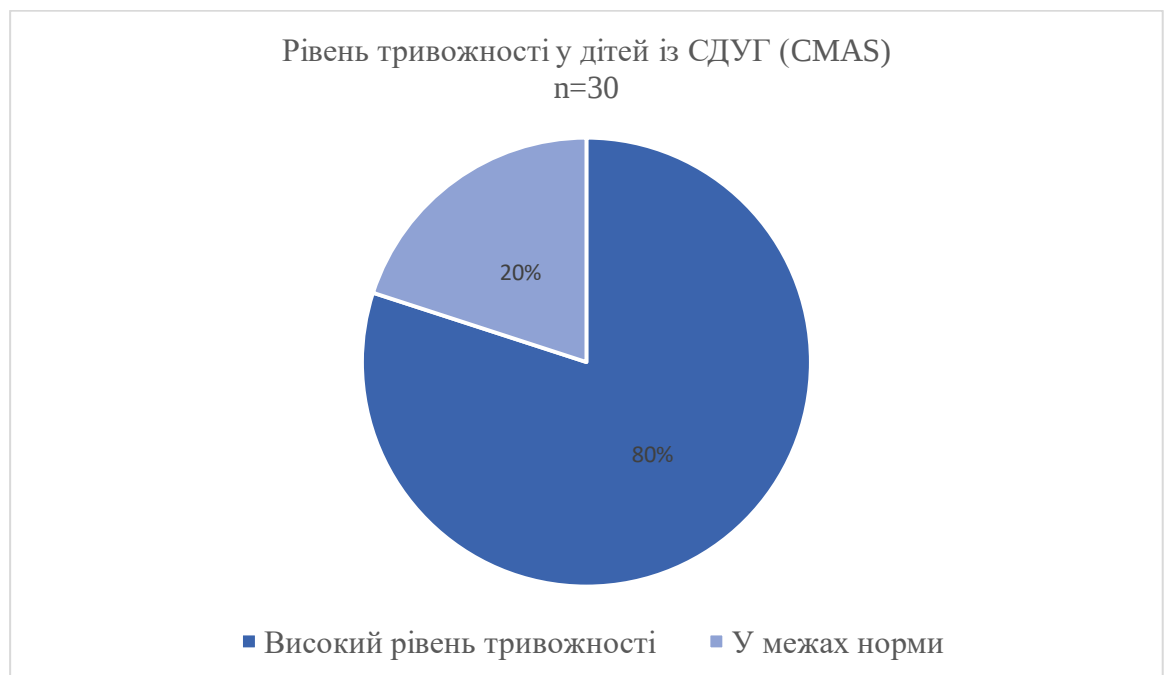


Рис. 2.2 – Гістограма показників рівня тривожності у дітей із СДУГ

Особливий інтерес викликають результати дослідження за методикою Дембо-Рубінштейн. У 65% респондентів спостерігається суттєва розбіжність між «Я-реальним» та «Я-ідеальним», що вказує на

внутрішній конфлікт. Цікавим є той факт, що діти з найбільш вираженою гіперактивністю часто демонстрували захисне завищення самооцінки за шкалами «характер» та «авторитет». Це явище ми схильні розглядати як психологічний захист (ілюзорну компенсацію) проти хронічного почуття неповноцінності. Однак за шкалою «впевненість у собі» результати виявилися стабільно низькими у більшості дітей. Було встановлено зворотний кореляційний зв'язок між рівнем емоційної нестійкості та впевненістю у собі ($r = -0,54$): чим вища амплітуда емоційних коливань дитини, тим менш компетентною вона себе відчуває. Це доводить, що емоційні зриви сприймаються дітьми як свідчення власного «безсилля» перед обставинами, що руйнує позитивну самооцінку [23].

Додаток В



Рис. 2.3 – Гістограма розбіжності між я «Я-реальним» та «Я-ідеальним» у дітей із СДУГ

Аналіз методики «Емоційні обличчя» показав, що 70% дітей із СДУГ мають труднощі з диференціацією тонких емоційних відтінків, особливо тих, що стосуються провини, сорому або прихованого гніву. Вони схильні інтерпретувати нейтральні або неоднозначні вирази обличчя

як ворожі. Така «когнітивна викривленість» безпосередньо пов'язана з тривожністю: очікуючи критики, дитина «бачить» її там, де її немає. Це провокує випереджаючі агресивні реакції, які з боку виглядають як невмотивована емоційна нестійкість. Нейробіологічно це пояснюється гіперактивністю амігдали, яка при СДУГ реагує на соціальні стимули швидше, ніж кора встигає провести їх раціональний аналіз [24].

Додаток Г

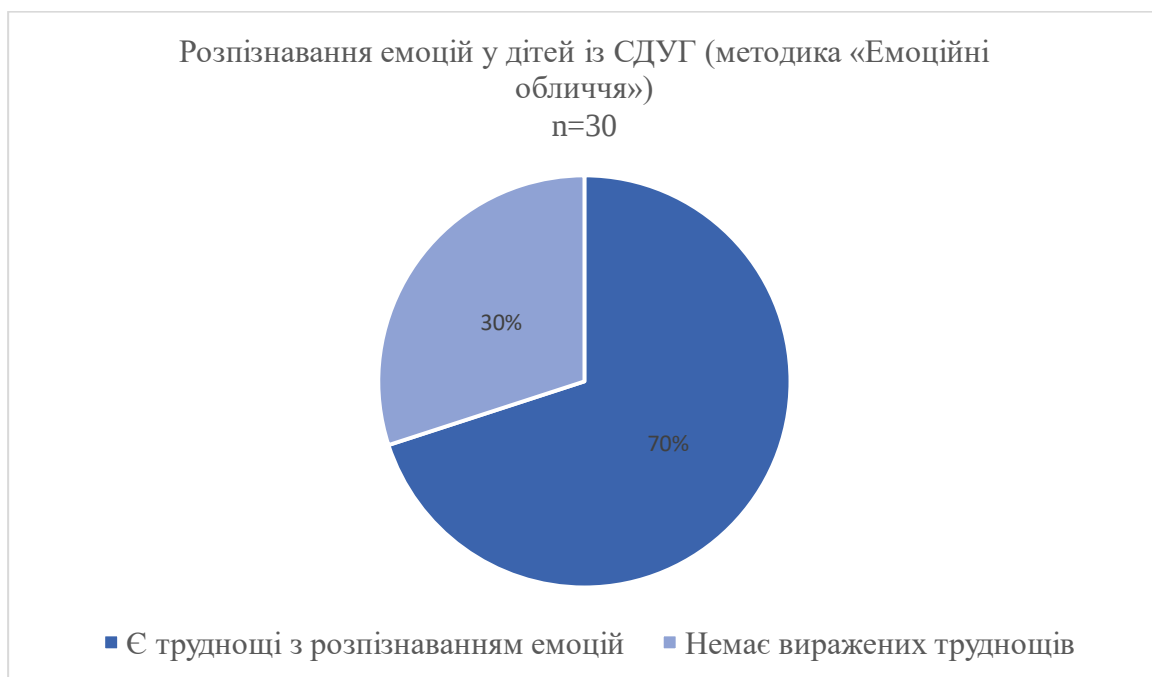


Рис. 2.4 – Гістограма результатів розпізнавання емоцій у дітей із СДУГ за методикою «Емоційні обличчя»

Можна стверджувати, що емоційна регуляція дитини із СДУГ - це хитка система, де біологічна слабкість гальмівних функцій підсилюється вторинними психологічними нашаруваннями. Висока імпульсивність робить дитину вразливою до стресу, хронічна тривожність тримає нервову систему в стані гіперзбудження, а нестабільна самооцінка позбавляє дитину внутрішньої опори для самоконтролю. Встановлені зв'язки доводять, що корекційна робота не може обмежуватися лише тренуванням уваги; вона обов'язково повинна включати роботу зі зниженням тривожності та стабілізацією самооцінки дитини.

Таблиця 2.1

Узагальнені результати взаємозв'язків між досліджуваними параметрами (n=30)

Параметри взаємозв'язку	Тип зв'язку (Коефіцієнт Спірмена, r)	Психологічна інтерпретація результату
Імпульсивність — Емоційна нестійкість	Прямий сильний ($r = 0,74$)	Біологічна нездатність до гальмування реакцій є первинною причиною афективних спалахів.
Тривожність — Імпульсивність	Прямий помірний ($r = 0,62$)	Постійна тривога знижує когнітивний ресурс, необхідний для контролю над гіперактивністю.
Самооцінка (впевненість) — Емоційна нестійкість	Зворотний помірний ($r = -0,58$)	Часті емоційні зриви призводять до відчуття втрати контролю над собою та зниження самоцінності.
Тривожність — Соціальна адаптація	Зворотний сильний ($r = -0,71$)	Високий рівень страху перед помилкою блокує адекватну комунікацію з однолітками.
Розпізнавання емоцій — Імпульсивність	Зворотний слабкий ($r = -0,35$)	Поспішність у прийнятті рішень заважає дитині вірно зчитувати невербальні сигнали оточуючих.

Результати дослідження підтвердили гіпотезу про те, що емоційна дисрегуляція при СДУГ є наслідком синергії біологічних (імпульсивність) та психологічних (тривожність, самооцінка) чинників. Виявлено, що центральною ланкою, яка дестабілізує поведінку, є висока тривожність,

що виникає як реакція на труднощі в регуляції імпульсів. Самооцінка дітей має переважно компенсаторний або занижений характер, що потребує специфічних підходів у психокорекції [25].

Детальний кількісний аналіз дозволив виявити специфічний «профіль» емоційної дисрегуляції у дітей із СДУГ. Ключовим спостереженням стало те, що емоційна нестійкість (афективна лабільність) не є ізольованою рисою, а виступає похідною від біологічної незрілості структур мозку. Зокрема, високі показники за шкалою імпульсивності корелюють із труднощами у відтермінуванні задоволення. Нейропсихологічне тлумачення цього зв'язку вказує на дефіцит у роботі передньої поясної звивини, яка в нормі має виступати «фільтром» між емоційним імпульсом та дією. У респондентів із високим балом за опитувальником Коннерса спостерігалася майже миттєва реакція на фрустрацію: будь-яка перешкода у діяльності викликала або агресивний спалах, або повну відмову від завдання.

Головним аспектом аналізу стало вивчення тривожності як модератора поведінки. Було встановлено, що тривожність у дітей із СДУГ має двояку природу. З одного боку, вона є наслідком органічної чутливості нервової системи до подразників (біологічний аспект). З іншого - вона формується як стійка реакція на соціальну ізоляцію та постійну критику з боку вчителів та батьків (соціальний аспект). Статистичний аналіз показав, що діти з високою тривожністю демонструють більшу кількість «рухових бур» - хаотичної активності, яка є несвідомою спробою розрядити внутрішню напругу. Це підтверджує, що гіперактивність часто є не просто симптомом СДУГ, а способом подолання тривожного стану, який дитина не може врегулювати когнітивно.

Щодо самооцінки, аналіз результатів за Дембо-Рубінштейн дозволив розділити вибірку на дві групи. Перша група (40%) демонструє «неадекватно завищену» самооцінку. При глибшому інтерв'ю з'ясувалося, що це не відображення реальної впевненості, а захисний

механізм. Дитина «надягає маску» успішності, щоб приховати страх бути відкинутою. Друга група (60%) має виражено занижену самооцінку, що супроводжується депресивними тенденціями та соціальним відходом. У обох групах емоційна регуляція є вкрай крихкою: будь-яке зовнішнє оцінювання сприймається як атака на особистість, що провокує імпульсивну відповідь.

Додаток Д

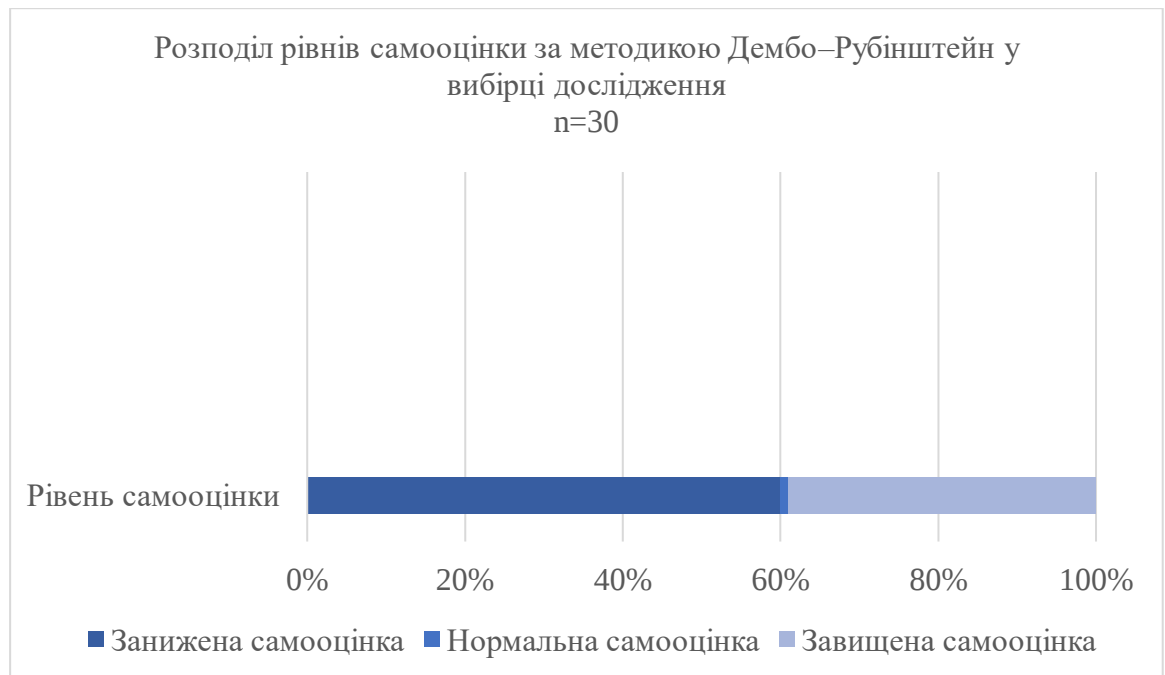


Рис. 2.5 – Діаграма розподілу рівнів самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейна у дітей із СДУГ

Взаємозв'язок між цими параметрами утворює «порочне коло»: біологічна імпульсивність призводить до помилок у поведінці -> помилки викликають негативну оцінку оточення -> негативна оцінка руйнує самооцінку та підвищує тривожність -> висока тривожність блокує роботу префронтальної кори, що ще більше посилює емоційну нестійкість.

Таблиця 2.2.

Структурно-функціональна модель емоційної дисрегуляції при СДУГ (за результатами дослідження)

Компонент регуляції	Прояви у дітей із СДУГ (згідно з методиками)	Біологічне/Психологічне підґрунтя	Вплив на загальний стан
Емоційна стійкість	Різкі зміни настрою, плаксивість, спалахи гніву (Тест «Емоційні обличчя»)	Дисбаланс нейромедіаторів (дофамін, норадреналін)	Створює фон постійної психічної виснаженості
Імпульсивність	Дії без роздумів, переривання інших, нетерплячість (Шкала Коннерса)	Незрілість гальмівного контролю префронтальної кори	Провокує конфлікти та травматизм
Тривожність	Страх оцінювання, соматичні скарги, напруженість (Шкала СМАС)	Гіперактивність амігдали, очікування соціальної невдачі	Паралізує довільну увагу та пам'ять
Самооцінка	Розрив між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» (Дембо-Рубінштейн)	Хронічний досвід неуспішності та негативний зворотний зв'язок	Знижує мотивацію до будь-якої корекційної роботи
Соціальний інтелект	Труднощі у зчитуванні емоцій інших, низька емпатія	Дефіцит функціонування дзеркальних нейронів	Веде до соціальної ізоляції та самотності

Емпірично доведено, що емоційна сфера дітей із СДУГ характеризується високим рівнем дезадаптивності, де провідну роль відіграє поєднання імпульсивності та тривожності.

Встановлено, що біологічні особливості мозку (слабкість гальмування) створюють лише передумови, тоді як тривожність та низька самооцінка стають тими чинниками, що роблять емоційні зриви регулярними.

Корекція лише симптому гіперактивності без роботи над самоприйняттям та зниженням тривоги не дасть стійкого результату, оскільки емоційна сфера залишатиметься в стані напруження.

2.3 Психологічні рекомендації щодо корекції емоційних порушень та розвитку саморегуляції у дітей

Розробка психологічних рекомендацій для дітей із СДУГ базується на розумінні того, що емоційна дисрегуляція є результатом дефіциту гальмівних механізмів мозку, обтяженого високою тривожністю. Ефективна корекційна програма має бути комплексною та спрямованою на три рівні: біологічний (режим та розвантаження), когнітивний (навчання самоконтролю) та емоційно-особистісний (робота з тривожністю та самооцінкою). Враховуючи результати нашого дослідження, де було виявлено пряму кореляцію між імпульсивністю та тривожністю, першочерговим завданням є створення для дитини середовища з низьким рівнем стресу та чіткими зовнішніми опорами [22].

Перший блок рекомендацій стосується організації зовнішнього простору та режиму дня, що виступає «зовнішньою префронтальною корою» для дитини. Оскільки префронтальна кора дитини із СДУГ не справляється з функцією планування та гальмування, ці функції мають бути винесені зовні. Рекомендується використання візуальних розкладів, таймерів та чек-листів. Чітка передбачуваність подій знижує рівень ситуативної тривожності, яка, як ми з'ясували, є паливом для емоційних вибухів. Коли дитина знає, що буде далі, її лімбічна система (амигдала) перебуває у стані відносного спокою, що зменшує кількість імпульсивних реакцій. Важливо також дотримуватися правила «однієї інструкції»:

дитина з дефіцитом уваги не здатна утримувати багатозадачність, що веде до фрустрації та гніву [20].

Другий напрям роботи - розвиток навичок розпізнавання та вербалізації емоцій. Оскільки дослідження показало труднощі у зчитуванні емоційних станів (методика «Емоційні обличчя»), корекційна робота має включати вправи на розвиток емоційного інтелекту. Рекомендується використання «Термометра емоцій», де дитина вчиться оцінювати рівень свого роздратування від 1 до 10. Це допомагає перевести афективний стан у когнітивну площину: у момент, коли дитина починає аналізувати рівень свого гніву, активується кора головного мозку, що природним чином пригнічує активність емоційних центрів. Навчання дитини вчасно говорити «я зараз злюся» замість того, щоб штовхати однолітка, є ключовим етапом переходу від імпульсивної дії до регульованої поведінки.

Третій блок рекомендацій зосереджений на стабілізації самооцінки та зниженні тривожності. Виявлений зв'язок між низькою впевненістю у собі та емоційною нестійкістю диктує необхідність зміни системи оцінювання дитини. Психологам та педагогам варто використовувати метод «зеленої ручки» - акцентувати увагу на тому, що дитині вдалося, а не на помилках. Для дитини із СДУГ критично важливо отримувати позитивне підкріплення відразу після виконання дії (через дефіцит дофамінової системи очікування відтермінованої нагороди для них є біологічно неможливим). Робота із самооцінкою також включає розрізнення особистості дитини та її поведінки: «Я люблю тебе, але мені не подобається, що ти зламав іграшку». Це знижує базову тривожність і запобігає формуванню негативної ідентичності «поганої дитини».

Четвертий аспект - навчання технікам тілесної саморегуляції та «заземлення». Оскільки імпульсивність має виражений моторний компонент, дитині необхідно надати легальні способи розрядки напруги. Рекомендуються дихальні вправи (наприклад, «квадратне дихання»), де

подовжений видих активує парасимпатичну нервову систему, знижуючи частоту серцевих скорочень та рівень збудження. Також ефективним є використання сенсорних іграшок (антистресів) або важких ковдр, що забезпечують пропріоцептивний вхід і допомагають дитині краще відчувати межі власного тіла, що стабілізує емоційний фон.

П'ятий блок стосується роботи з батьками, оскільки емоційний стан дитини із СДУГ є дзеркалом емоційного стану дорослих. Рекомендується техніка «тайм-ауту» не для покарання дитини, а для саморегуляції обох сторін. Батькам важливо розуміти нейробіологічну природу розладу, щоб уникати персоналізації агресії дитини. Коли батьки перестають сприймати імпульсивність як «невихованість» або «маніпуляцію», їхня власна тривожність знижується, що створює безпечний емоційний контейнер для дитини. Корекція емоційних порушень - це тривалий процес, де головною метою є не «виправлення» дитини, а озброєння її інструментами, які допоможуть їй керувати своєю складною біологічною архітектурою [25].

Емпіричне дослідження підтвердило, що емоційна сфера дітей із СДУГ є складною системою, де біологічна вразливість (імпульсивність) посилюється вторинними психологічними деформаціями (тривожність, низька самооцінка). Запропоновані рекомендації спрямовані на розрив «порочного кола» дезадаптації шляхом створення зовнішніх опор, зниження тривожності через передбачуваність та розвиток когнітивного контролю над емоційними імпульсами.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Аналіз результатів емпіричного дослідження дозволив з'ясувати, що емоційна регуляція дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) має складний, багаторівневий характер і формується внаслідок взаємодії біологічних та психологічних чинників.

Встановлено, що провідну роль у структурі емоційної дисрегуляції відіграє імпульсивність як прояв дефіциту гальмівних механізмів, що зумовлює труднощі контролю поведінки та швидкі афективні реакції. Отримані дані підтвердили наявність високого рівня тривожності у більшості дітей, яка формується як реакція на постійні труднощі саморегуляції та негативний соціальний досвід.

Виявлено, що між досліджуваними показниками існують значущі взаємозв'язки: імпульсивність прямо корелює з емоційною нестійкістю та тривожністю, тоді як самооцінка має зворотний зв'язок із рівнем емоційної дезадаптації. Самооцінка дітей із СДУГ характеризується нестабільністю та часто має або занижений, або компенсаторно завищений характер, що свідчить про внутрішній конфлікт і недостатню впевненість у собі. Також встановлено труднощі у розпізнаванні емоцій інших людей, що ускладнює соціальну взаємодію та сприяє виникненню конфліктів.

Визначено, що емоційна сфера дітей із СДУГ функціонує за принципом «замкнутого кола», де біологічна імпульсивність провокує поведінкові помилки, що, у свою чергу, підсилюють тривожність і знижують самооцінку, ще більше погіршуючи саморегуляцію. Емпіричні результати підтвердили необхідність комплексного підходу до корекції, який має включати не лише роботу з поведінковими проявами, а й зниження тривожності, стабілізацію самооцінки та розвиток навичок емоційного контролю, що є важливими умовами ефективної адаптації дітей із СДУГ.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів теоретичного та емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційної регуляції у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) дозволило сформулювати наступні висновки.

1. Теоретичний аналіз сучасних підходів до вивчення СДУГ засвідчив, що даний розлад має нейророзвиткову природу і пов'язаний із особливостями функціонування головного мозку, зокрема префронтальної кори та нейромедіаторних систем (дофамінергічної і норадренергічної). Встановлено, що ці біологічні чинники зумовлюють дефіцит гальмівного контролю, який проявляється у труднощах регуляції поведінки та емоцій. Таким чином, емоційна нестійкість виступає невід'ємною складовою СДУГ і пов'язана з недостатнім контролем емоційних імпульсів.

2. Розкриття змісту понять «емоційна регуляція» та «самоконтроль» показало, що вони є складними багаторівневими процесами, які включають когнітивні, поведінкові та емоційні компоненти. У дітей із гіперактивністю ці механізми функціонують недостатньо ефективно: спостерігається підвищена емоційна реактивність, імпульсивність та труднощі у стримуванні афективних проявів. Це обумовлює знижену здатність до довільного контролю та адаптивної поведінки в соціальному середовищі.

3. Результати емпіричного дослідження, проведеного на вибірці з 30 дітей молодшого шкільного віку, підтвердили наявність тісних взаємозв'язків між емоційною нестійкістю, імпульсивністю, тривожністю та самооцінкою. Встановлено, що висока імпульсивність є базовим фактором емоційної дисрегуляції, а підвищена тривожність виступає значущим психологічним чинником, який посилює цей стан. Виявлено зворотний зв'язок між рівнем емоційної нестійкості та самооцінкою: часті емоційні зриви сприяють зниженню впевненості у собі або формуванню

захисно завищеної самооцінки. Також зафіксовано труднощі у розпізнаванні емоцій, що негативно впливає на соціальну адаптацію дітей.

4. На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації для психологів та батьків, спрямовані на корекцію емоційних порушень у дітей із СДУГ. Ефективна допомога має бути комплексною і включати створення структурованого середовища, зниження рівня тривожності, розвиток навичок емоційної регуляції та самоконтролю, а також формування адекватної самооцінки. Особливе значення має навчання дітей вербалізації емоцій та використанню технік саморегуляції.

Таким чином, перспективами подальших досліджень є вивчення ефективності психокорекційних програм, спрямованих на розвиток емоційного інтелекту, навичок самоконтролю та зниження рівня тривожності у дітей молодшого шкільного віку, а також дослідження ролі сімейного середовища, стилів батьківського виховання та освітнього простору у формуванні емоційної стабільності дітей із СДУГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійчук І. П. Психолого-педагогічні особливості корекції СДУГ у молодшому шкільному віці : *Психологічний журнал*. 2021. Т. 7. № 3. С. 45–52.
2. Бабій Н. М. Нейропсихологічні механізми порушення уваги та самоконтролю у дітей : *Актуальні проблеми психології*. 2022. Вип. 15. С. 12–20.
3. Безлюдна Н. В. Особливості емоційної сфери дітей із гіперактивністю : *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2020. № 2 (47). С. 88–93.
4. Бондарчук О. І. Психологія саморегуляції поведінки в умовах стресу. Київ : Основа, 2023. 210 с.
5. Вакуленко О. В. Вплив сімейного виховання на рівень тривожності дітей із СДУГ : *Вісник психології і педагогіки*. 2021. № 24. С. 102–109.
6. Гончаренко М. С. Валеопсихологічні аспекти корекції СДУГ. Харків : ХНУ, 2020. 156 с.
7. Данилюк І. В. Когнітивно-поведінкова терапія емоційних розладів у дітей. Київ : Логос, 2022. 312 с.
8. Дробот О. В. Емоційний інтелект як чинник соціалізації молодших школярів : *Психологія і суспільство*. 2024. № 1. С. 67–75.
9. Захарченко В. Г. Нейробіологія СДУГ: роль префронтальної кори. *Медична психологія*. 2021. № 16 (2). С. 14–19.
10. Льїна Г. В. Особливості самооцінки дітей із розладами уваги : *Теоретична і прикладна психологія*. 2023. № 3. С. 44–50.
11. Ковальчук А. С. Методи діагностики імпульсивності у молодшому шкільному віці. Львів : Світ, 2022. 128 с.
12. Кузнєцова О. В. Психологічна підтримка дітей з особливими освітніми потребами. Одеса : Букаєв, 2021. 240 с.

- 13.Лавренко О. О. Корекція агресивної поведінки у гіперактивних дітей : Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. 2020. Серія 12. С. 115–123.
- 14.Максименко С. Д. Психологія дитячої обдарованості та девіантності. Київ : Слово, 2021. 400 с.
- 15.Марценковський І. А. Сучасні підходи до лікування та реабілітації дітей із СДУГ : Нейроньюз. 2023. № 4. С. 22–29.
- 16.Омельченко О. М. Розвиток саморегуляції засобами арт-терапії : Простір арт-терапії. 2022. Вип. 11. С. 34–41.
- 17.Панченко Л. М. Взаємозв'язок тривожності та академічної успішності при СДУГ : Освітня психологія. 2024. № 2. С. 89–96.
- 18.Пономаренко Т. І. Нейропсихологічна корекція дитячого розвитку. Київ : Академвидав, 2020. 192 с.
- 19.Приходько Ю. О. Словник з психології дитячого розвитку. Київ : КНУ, 2021. 350 с.
- 20.Романчук О. Г. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю: поради батькам та вчителям. Львів : Колесо, 2022. 144 с.
- 21.Савченко М. В. Особливості соціальної адаптації дітей із СДУГ : *Вчені записки ТНУ*. 2021. Т. 32. № 4. С. 201–207.
- 22.Сидоренко О. П. Використання методів БОС-терапії при корекції емоційних станів : *Кібернетика та психологія*. 2023. № 5. С. 12–18.
- 23.Терещенко Л. А. Психологічні особливості вольової сфери гіперактивних дітей : *Психологічні науки*. 2020. Вип. 28. С. 156–162.
- 24.Шевченко С. М. Роль емоційного контейнування у роботі з дітьми СДУГ : Психосоматична медицина. 2022. № 7. С. 45–51.
- 25.Яковенко С. І. Психологія девіантної поведінки: сучасні парадигми. Київ : Вища школа, 2021. 288 с.

ДОДАТКИ

Додаток А



Рис. 2.1 – Гістограма показників рівня поведінкової імпульсивності за Шкалою Коннерса у дітей із СДУГ

Додаток Б



Рис. 2.2 – Гістограма показників рівня тривожності у дітей із СДУГ

Додаток В



Рис. 2.3 – Гістограма розбіжності між я «Я-реальним» та «Я-ідеальним» у дітей із СДУГ

Додаток Г

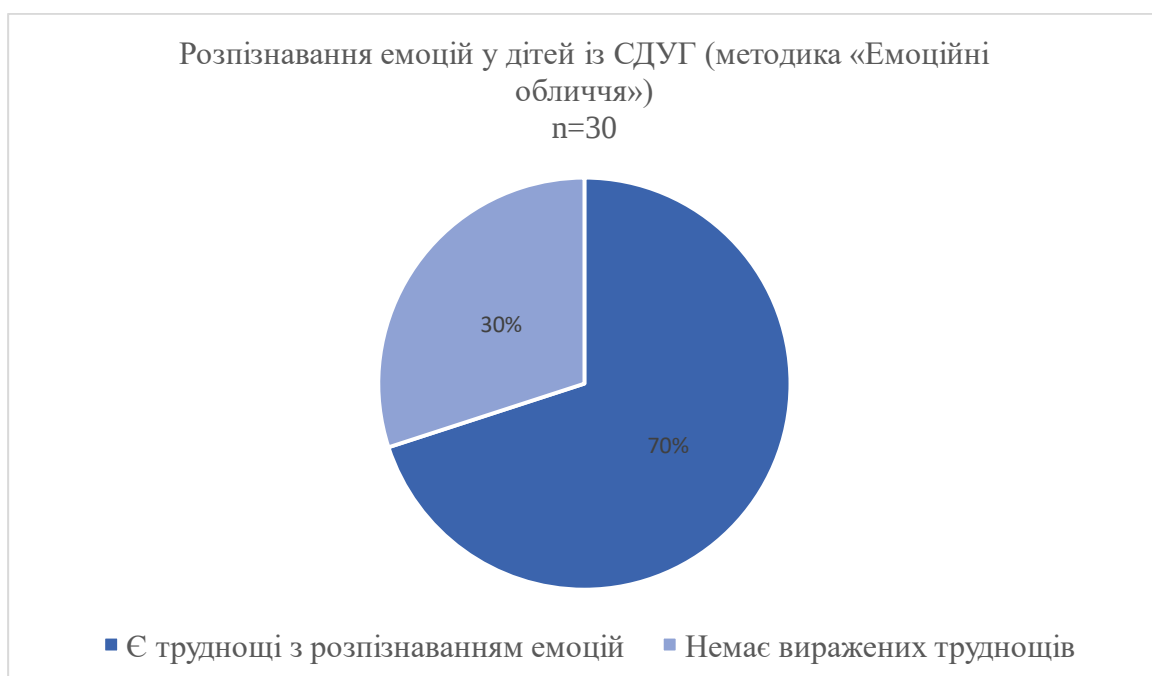


Рис. 2.4 – Гістограма результатів розпізнавання емоцій у дітей із СДУГ за методикою «Емоційні обличчя»

Додаток Д

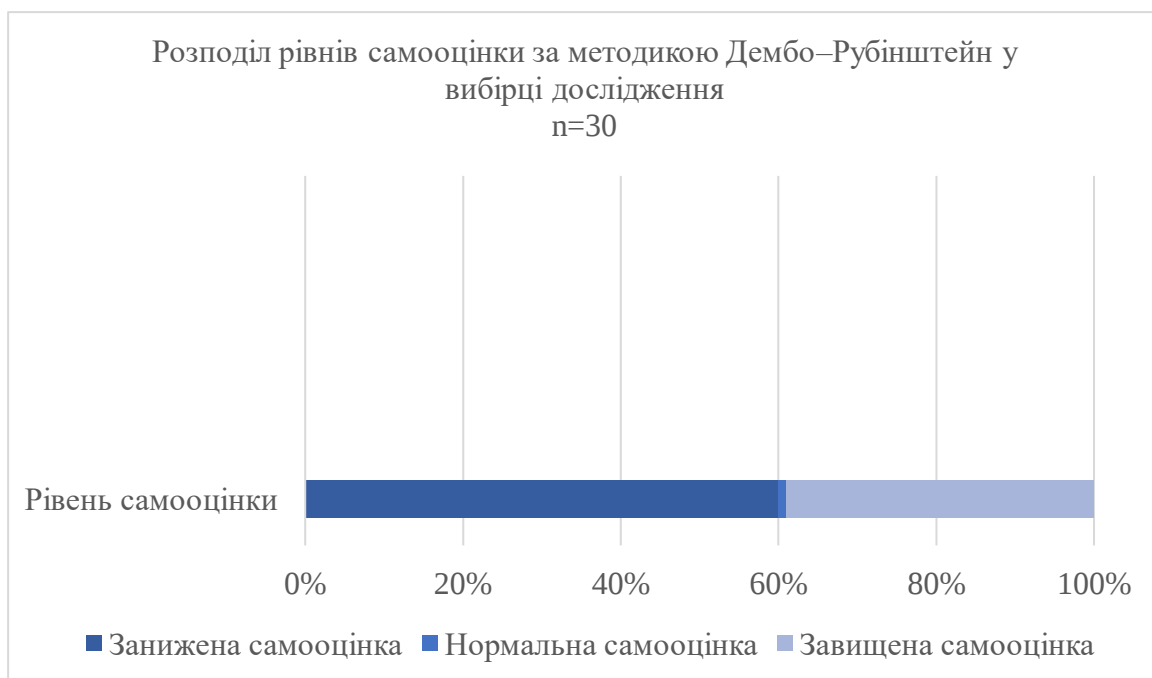


Рис. 2.5 – Діаграма розподілу рівнів самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейна у дітей із СДУГ

Таблиця 2.1

Узагальнені результати взаємозв'язків між досліджуваними параметрами (n=30)

Параметри взаємозв'язку	Тип зв'язку (Коефіцієнт Спірмена, r)	Психологічна інтерпретація результату
Імпульсивність — Емоційна нестійкість	Прямий сильний (r = 0,74)	Біологічна нездатність до гальмування реакцій є первинною причиною афективних спалахів.
Тривожність — Імпульсивність	Прямий помірний (r = 0,62)	Постійна тривога знижує когнітивний ресурс,

		необхідний для контролю над гіперактивністю.
Самооцінка (впевненість) — Емоційна нестійкість	Зворотний помірний ($r = -0,58$)	Часті емоційні зриви призводять до відчуття втрати контролю над собою та зниження самооцінності.
Тривожність — Соціальна адаптація	Зворотний сильний ($r = -0,71$)	Високий рівень страху перед помилкою блокує адекватну комунікацію з однолітками.
Розпізнавання емоцій — Імпульсивність	Зворотний слабкий ($r = -0,35$)	Поспішність у прийнятті рішень заважає дитині вірно зчитувати невербальні сигнали оточуючих.

Таблиця 2.2.

**Структурно-функціональна модель емоційної дисрегуляції при
СДУГ (за результатами дослідження)**

Компонент регуляції	Прояви у дітей із СДУГ (згідно з методиками)	Біологічне/Психологічне підґрунтя	Вплив на загальний стан
Емоційна стійкість	Різкі зміни настрою, плаксивість, спалахи гніву (Тест «Емоційні обличчя»)	Дисбаланс нейромедіаторів (дофамін, норадреналін)	Створює фон постійної психічної виснаженості
Імпульсивність	Дії без роздумів, переривання інших, нетерплячість (Шкала Коннерса)	Незрілість гальмівного контролю префронтальної кори	Провокує конфлікти та травматизм

Тривожність	Страх оцінювання, соматичні скарги, напруженість (Шкала СМАС)	Гіперактивність амігдали, очікування соціальної невдачі	Паралізує довільну увагу та пам'ять
Самооцінка	Розрив між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» (Дембо-Рубінштейн)	Хронічний досвід неуспішності та негативний зворотний зв'язок	Знижує мотивацію до будь-якої корекційної роботи
Соціальний інтелект	Труднощі у зчитуванні емоцій інших, низька емпатія	Дефіцит функціонування дзеркальних нейронів	Веде до соціальної ізоляції та самотності