

УДК 159.922.8-053.2:616.89-008.434:004

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-5\(51\)-2404-2415](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-5(51)-2404-2415)

**Шевчук Вікторія Валентинівна** кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та педагогіки, Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», м. Полтава, <https://orcid.org/0000-0001-7101-7617>

## ІННОВАЦІЙНІ ІНСТРУМЕНТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СДУГ У ДІТЕЙ

**Анотація.** Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є одним із найпоширеніших нейророзвиткових розладів серед дітей шкільного віку. Його висока поширеність, зростання кількості діагностованих випадків та істотний вплив на навчальну успішність, поведінку та соціальну адаптацію дитини зумовлюють актуальність дослідження. Упродовж останнього століття погляди на природу СДУГ зазнали значної трансформації — від трактування як морального дефіциту чи результату мінімальних мозкових дисфункцій до визнання біологічної основи розладу. Сучасні дослідження підтверджують роль дисфункції дофамінергічної та норадреналінергічної нейротрансмісії в лобно-базальних відділах мозку як ключового механізму виникнення симптомів неухважності, гіперактивності та імпульсивності. Аналіз наукових джерел доводить багатофакторну природу СДУГ, де поєднуються генетичні, нейробиологічні, пренатальні та соціальні чинники. Незважаючи на сучасні досягнення, в українському освітньому середовищі зберігаються стереотипи щодо природи поведінки дітей із СДУГ, що ускладнює своєчасну діагностику та підтримку. Раннє виявлення симптомів розладу є критично важливим для запобігання вторинним психоемоційним порушенням і соціальної дезадаптації. В межах дослідження проаналізовано ефективність комп'ютеризованого тесту МОХО d-CPT як інструменту для виявлення симптомів СДУГ, що забезпечує високу специфічність і чутливість, зменшуючи суб'єктивність діагностики. Обґрунтовано необхідність міждисциплінарного підходу до діагностики та терапії, що включає поєднання медикаментозного лікування, психотерапевтичних і освітніх інтервенцій. Таким чином, дослідження спрямоване на удосконалення діагностики СДУГ та розробку ефективних стратегій допомоги дітям із цим розладом.

**Ключові слова:** синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), діагностика, МОХО d-CPT, нейророзвиткові розлади, поведінкові порушення, міждисциплінарний підхід, дитяча психіатрія, освітня інтеграція.

**Shevchuk Viktoriia Valentynivna** Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology and Pedagogy of the Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic National University, Poltava, <https://orcid.org/0000-0001-7101-7617>

## INNOVATIVE TOOLS FOR RESEARCHING ADHD IN CHILDREN

**Abstract.** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders among school-age children. Its high prevalence, increasing number of diagnosed cases, and significant impact on the child's academic performance, behavior, and social adaptation make the study relevant. Over the past century, views on the nature of ADHD have undergone significant transformation — from being interpreted as a moral deficit or the result of minimal brain dysfunctions to recognizing the biological basis of the disorder. Modern studies confirm the role of dysfunction of dopaminergic and noradrenaline neurotransmission in the fronto-basal regions of the brain as a key mechanism for the emergence of symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity. Analysis of scientific sources proves the multifactorial nature of ADHD, which combines genetic, neurobiological, prenatal, and social factors. Despite modern achievements, stereotypes about the nature of the behavior of children with ADHD persist in the Ukrainian educational environment, which complicates timely diagnosis and support. Early detection of symptoms of the disorder is critically important for preventing secondary psychoemotional disorders and social maladjustment. The study analyzed the effectiveness of the computerized MOXO d-CPT test as a tool for detecting ADHD symptoms, which provides high specificity and sensitivity, reducing the subjectivity of diagnosis. The need for an interdisciplinary approach to diagnosis and therapy, which includes a combination of drug treatment, psychotherapeutic and educational interventions, is substantiated. Thus, the study is aimed at improving the diagnosis of ADHD and developing effective strategies for helping children with this disorder.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), diagnosis, MOXO d-CPT, neurodevelopmental disorders, behavioral disorders, interdisciplinary approach, child psychiatry, educational integration.

**Постановка проблеми.** Актуальність дослідження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) зумовлена його високою поширеністю серед дітей шкільного віку, зростаючою кількістю діагностованих випадків та серйозним впливом цього стану на навчальну успішність, поведінку та соціальну адаптацію дитини. Симптоми СДУГ часто залишаються недооціненими або неправильно інтерпретуються в освітньому середовищі, що ускладнює своєчасне надання кваліфікованої допомоги. Водночас ефективне подолання труднощів, пов'язаних із СДУГ, потребує комплексного міждисциплінарного підходу та раннього виявлення симптомів, що підкреслює необхідність глибшого вивчення проблеми й розробки адекватних психолого-педагогічних стратегій підтримки таких дітей.

Історичний розвиток уявлень про розлад бере початок ще на початку ХХ століття. У 1902 році в журналі The Lancet була опублікована стаття педіатра

Джорджа Стілла, в якій він описав дітей, які демонстрували надмірну активність, неуважність, імпульсивність і потребу в систематичному підкріпленні соціально прийнятної поведінки. Стілл пов'язував ці поведінкові труднощі з браком виховання, визначаючи проблему як «дефіцит морального контролю». Таке трактування закріпило стигматизацію дітей із симптомами РДУГ, які почали сприйматися як нездатні контролювати свої вчинки. Подібні уявлення частково збереглися й донині в освітньому середовищі України, де педагогічні працівники іноді розцінюють таку поведінку як прояв антисоціальності або наслідок недостатнього виховання.

У наступні десятиліття погляди на природу розладу еволюціонували. Спершу його вважали наслідком мінімального ушкодження головного мозку, хоча згодом з'ясувалося, що не всі діти з ознаками неуважності, гіперактивності та імпульсивності мають органічні ураження. У зв'язку з цим розлад отримав іншу назву — мінімальна дисфункція головного мозку. Попри це, навіть нині деякі українські лікарі продовжують використовувати ноотропні та нейрометаболічні препарати для лікування РДУГ, орієнтуючись на припущення про органічну природу розладу. У 1934 році Ф. Крамер і Г. Польноу описали симптомокомплекс, названий *hyperkinetische erkrankung*, характерними рисами якого стали надмірна рухова активність і висока відволіканість. Термін «гіперактивність» згодом закріпився у міжнародній класифікації хвороб дев'ятого перегляду (МКХ-9) як частина діагнозу «гіперкінетичний розлад дитячого віку». У десятому перегляді термін було уточнено, і він отримав назву «гіперкінетичний розлад». В американській класифікації DSM-2 з'явилася категорія «гіперкінетична реакція дитячого віку». Лише у 1980 році в класифікації DSM-III зробили акцент на неуважності як ключовій ознаці розладу, що згодом дало підстави для використання сучасної термінології — «розлад дефіциту уваги і гіперактивності».

Клінічна картина РДУГ визначається трьома основними проявами: неуважністю, гіперактивністю та імпульсивністю. Під неуважністю розуміють стійку нездатність зосереджуватися на завданнях, труднощі з початком роботи і завершенням початого. Діти з такими симптомами часто роблять помилки через невміння приділяти увагу деталям, не можуть підтримувати концентрацію тривалий час, погано стежать за розмовою чи вказівками вчителя, уникають діяльності, що вимагає тривалих розумових зусиль. Вони можуть втрачати шкільні речі, забувати про завдання, а також мати проблеми з організацією роботи. У підлітків і дорослих із РДУГ часто виникають труднощі у сприйнятті й плануванні часу. Для діагностики розладу має бути присутнім не менше шести-дев'яти симптомів неуважності, які безпосередньо впливають на соціальне та економічне функціонування людини.

Імпульсивність як другий важливий симптом виявляється у нездатності чекати своєї черги, перериванні співрозмовників, поспішних і непродуманих діях. Такі прояви імпульсивної поведінки часто призводять до конфліктів,

спонтанних актів агресії, а іноді й до правопорушень. Через свою імпульсивність діти з РДУГ нерідко стають жертвами маніпуляцій з боку асоціальних ровесників.

Гіперактивність проявляється надмірною фізичною активністю, постійною потребою рухатися навіть у ситуаціях, де очікується спокійна поведінка. Діти з гіперактивністю не можуть всидіти на місці, бігають без мети, надмірно жестикулюють, порушують особистісні межі у спілкуванні, демонструють недоречну балакучість і рухову неспокійність.

Розлад суттєво впливає на навчальну діяльність дітей. Вже у перших класах поведінкові порушення можуть супроводжуватися затримкою розвитку мовлення та засвоєння шкільних навичок, що потребує залучення фахівців для корекційної підтримки. У підлітковому віці, із послабленням гіперактивності й імпульсивності, навчальні результати можуть покращитися, особливо в тих випадках, коли домінують саме ці симптоми, а не неухважність. Переважно РДУГ діагностують у дітей 7–8 років, проте перші прояви можуть з'явитися ще у дошкільному віці, а варіанти із переважанням неухважності — у старших класах, коли зростає навчальне навантаження. Коморбідність із затримкою розвитку мовлення чи шкільних навичок спостерігається приблизно у чверті дітей із РДУГ.

Не кожне порушення активності та уваги свідчить про наявність РДУГ. Для встановлення діагнозу потрібно, щоб симптоми проявлялися як удома, так і у навчальних закладах, і щоб вони призводили до стійких труднощів адаптації впродовж щонайменше шести місяців. Значна частина дітей із РДУГ має труднощі у формуванні міжособистісних стосунків, а також високий ризик виникнення проблем у навчанні, що вимагає комплексної підтримки з боку педагогів і фахівців.

**Аналіз останніх наукових досліджень із даної теми.** Проблематика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є об'єктом активного наукового вивчення в різних галузях — нейропсихології, психіатрії, педагогіці та нейронауках. У сучасних дослідженнях Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D. акцент робиться на біологічних механізмах розвитку СДУГ, зокрема на порушенні дофамінергічної та норадреналінергічної нейротрансмісії в лобно-базальних відділах мозку, що спричиняє дефіцит процесів гальмування та саморегуляції [7, с. 790].

Дослідники Airdrie J.N., Langley K., Thapar A. підкреслюють, що СДУГ має комплексну етіологію, в якій поєднуються генетичні фактори (до 75% випадків мають спадкову основу), пренатальні ризики (наприклад, вплив токсинів під час вагітності) та особливості розвитку центральної нервової системи [3, с. 566].

У фокусі останніх досліджень Cortese S. також перебувають коморбідні стани, які часто супроводжують СДУГ: тривожні розлади, депресія, порушення поведінки та розлади навчання. Вказується на важливість ранньої

діагностики для попередження ускладнень та збереження позитивної траєкторії розвитку дитини [5, с. 1052].

Важливим напрямом сучасної науки є вдосконалення діагностичних інструментів. Дослідниками Berger T., Urech A., Krieger T., Stolz T., Schulz A., Vincent A., Moser C.T., Moritz S., Meyer B. відзначається необхідність об'єктивних методів оцінки, що зменшують суб'єктивність діагнозу. Одним із таких інструментів є комп'ютеризований тест тривалого виконання MOXO d-CPT, який демонструє високу чутливість та специфічність у виявленні симптомів порушення уваги та імпульсивності [4, с. 70]

У терапевтичній сфері, як зауважують Evans T.M, Bira L., Gastelum J.B, Weiss L.T, Vanderford N.L. зростає інтерес до мультидисциплінарного підходу: поєднання медикаментозного лікування, когнітивно-поведінкової терапії та освітньо-поведінкових інтервенцій, що дозволяє досягти кращих довгострокових результатів [6, с. 283].

Таким чином, останні наукові дослідження підтверджують біологічну природу СДУГ, підкреслюють важливість ранньої діагностики та застосування сучасних валідованих методів оцінки, що відкриває нові перспективи для своєчасної допомоги дітям із цим розладом.

Розглядом СДУГ займалися як зарубіжні, так і вітчизняні дослідники. Серед провідних зарубіжних науковців варто згадати Р. Барклі (Russell A. Barkley), який розробив концепцію СДУГ як розладу саморегуляції поведінки, а також Т. Брауна (Thomas E. Brown), який запропонував когнітивну модель СДУГ. Дж. Свіфт, С. Голдштейн, Л. Хейвернер також внесли значний внесок у дослідження нейробіологічних основ синдрому та методів терапії. В українській науці проблема СДУГ розглядається в працях таких дослідників, як О. Ярошенко, І. Грабовська, Л. Оршань, які вивчають особливості психофізичного розвитку дітей із СДУГ, їхню навчальну діяльність, поведінкові прояви та шляхи психологічної корекції. Важливим для нашого дослідження є праці вітчизняних науковців, таких як: О. Романчук [1], який досліджував проблеми СДУГ у дітей, надаючи практичні рекомендації для їх корекції; О. Трибухіна та І. Лисенкова [2], вивчали психологічний вплив оточення на психосоматику дітей; О. Царькова, О. Прокоф'єва, Т. Каткова, Г. Варіна [3] розробили комплекс рекомендацій для виховання дітей із СДУГ; В. Шкара аналізував психологічні характеристики дітей із СДУГ; Х. Присяжна, О. Тіунова досліджували прояви СДУГ у першокласників та інші. Зарубіжні дослідники також зробили вагомий внесок, зокрема: J. Heiningер [2], який працював над методами виховання дітей з поведінковими проблемами; J. Biederman, який вивчав нейробіологію СДУГ; К. Linnet [25], який досліджувала вплив способу життя матері на розвиток СДУГ у дитини; R. Barkley [1; 2], які розробляли критерії діагностики та терапії СДУГ.

Абревіатура СДУГ, знайома багатьом і розшифрована як «синдром дефіциту уваги і гіперактивності», насправді не відповідає сучасним професійним

визначенням. У міжнародних класифікаціях нині використовується поняття саме «розлад», а не «синдром» чи «захворювання». У межах десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) передбачено окрему діагностику для «порушення активності та уваги» і «гіперкінетичного розладу поведінки», які об'єднано під загальною категорією «гіперкінетичні розлади». У новішій МКХ-11, яка має бути впроваджена у клінічну практику з 2021 року, категорію «гіперкінетичні розлади» замінили на «розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю» (РДУГ). Ця термінологія знайома ще за класифікаціями DSM-IV і DSM-5 Американської психіатричної асоціації, які активно використовували її з 2013 року. Крім того, у МКХ-11 запроваджено нову рубрику — «розлади нейророзвитку», до якої зараховано інтелектуальні порушення, розлади аутистичного спектра, труднощі у розвитку мовлення, рухових навичок, тикозні розлади та РДУГ. Варто зазначити, що в Україні, через затримку впровадження МКХ-11, продовжують користуватися класифікацією МКХ-10, що лише посилює термінологічну плутанину.

**Мета дослідження.** Вивчити значення тесту MOXO d-CPT для забезпечення високої точності у виявленні симптомів дефіциту уваги та гіперактивності.

**Виклад основного матеріалу.** Одним із найсуттєвіших проривів у розумінні природи синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) стало відкриття нейробиологічного підґрунтя цього порушення. Наукові дослідження переконливо доводять, що головною причиною виникнення СДУГ є дисфункція нейромедіаторних систем головного мозку — передусім дофамінергічної та норадреналінергічної. Ці системи відповідальні за передачу електричних імпульсів у кортикостріарних, зокрема лобно-базальних, структурах мозку, які відіграють ключову роль у регуляції поведінки, концентрації уваги, контролі імпульсів та плануванні дій. Дефіцит дофаміну та норадреналіну в цих ділянках призводить до зниження активності гальмівних механізмів, що, у свою чергу, обумовлює труднощі з самоконтролем, нестабільну увагу та підвищену рухову активність. Ці особливості проявляються у вигляді поведінкових симптомів, які традиційно асоціюються з СДУГ: неуважність, імпульсивність, надмірна активність, порушення здатності до цілеспрямованої діяльності.

Раннє виявлення цього розладу має вирішальне значення, оскільки дозволяє запобігти вторинним наслідкам, які можуть бути не менш руйнівними для дитини, ніж самі симптоми СДУГ. Без своєчасної діагностики діти часто стикаються з нерозумінням з боку дорослих, педагогів, а іноді й батьків. Їхня поведінка помилково сприймається як свідома неслухняність, неорганізованість або небажання вчитися. Це формує негативну реакцію з боку соціального оточення, сприяє розвитку почуття провини, низької самооцінки та тривожності. З часом такі діти можуть втратити мотивацію до навчання, уникати контактів з однолітками, що створює ризик соціальної

ізоляції. Досвід численних невдач, які не зумовлені інтелектуальними обмеженнями, а виникають внаслідок когнітивної дезрегуляції, формує стійкий комплекс «я не здатен», який перешкоджає подальшому розвитку особистості.

Зважаючи на серйозні наслідки недіагностованого СДУГ, особливої ваги набуває наявність ефективних, надійних та об'єктивних методів діагностики. Традиційно оцінювання базувалося переважно на клінічному спостереженні, інтерв'ю з батьками та вчителями, а також на психометричних опитувальниках. Однак ці методи мають певні обмеження, оскільки є схильними до суб'єктивності. Людський фактор — інтерпретація поведінки дитини спостерігачем — може призводити до хибно позитивних або хибно негативних результатів. У цьому контексті виникає потреба у стандартизованих інструментах, які мінімізують вплив суб'єктивної оцінки.

Сучасна нейропсихологія активно впроваджує інноваційні технології у процес діагностики, зокрема комп'ютеризовані тести тривалого виконання (Continuous Performance Test, CPT). Одним із найефективніших серед них є МОХО d-CPT — діагностичний інструмент, спеціально розроблений для виявлення порушень уваги, імпульсивності та гіперактивності. Тест створений із урахуванням особливостей повсякденного функціонування дітей із СДУГ, що дозволяє йому максимально наблизитися до реального середовища.

МОХО d-CPT — це комп'ютеризований тест тривалого виконання (Continuous Performance Test), який призначений для об'єктивного виявлення та оцінювання основних когнітивно-поведінкових порушень, пов'язаних із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Його унікальність полягає в поєднанні високої стандартизації, інтерактивності, адаптації до реального середовища та можливості глибокого аналізу ключових параметрів нейрокогнітивного функціонування дитини. Розроблений за участі провідних ізраїльських нейропсихологів і програмістів, тест МОХО успішно поєднує клінічну точність із зручністю використання в освітніх та медичних установах.

МОХО d-CPT складається з серії завдань, які вимагають від дитини реагувати на певні візуальні стимули протягом чітко визначеного періоду часу. На екрані з'являються цільові та нецільові стимули, серед яких дитина має розпізнавати потрібні й відповідати натисканням клавіші. Основне завдання — виявити, наскільки ефективно дитина здатна зосереджувати увагу, підтримувати її упродовж тестової сесії, контролювати імпульсивні реакції та регулювати моторну активність у ситуації зростаючого навантаження та відволікаючих чинників [4, с. 70].

Ключовою особливістю МОХО є використання мультимедійних дистракторів — аудіо- та відеостимулів, які імітують типові подразники реального середовища: шум класної кімнати, рух автомобілів, голоси дітей, раптові зорові ефекти. Це дозволяє створити ситуацію, максимально наближену до умов, у яких дитина функціонує щодня, зокрема в навчальному

середовищі. Таке моделювання середовища дає змогу виявити, як дитина справляється з виконанням когнітивних завдань у стані сенсорного перевантаження або в умовах, коли рівень самоконтролю особливо важливий.

МОХО оцінює чотири основні параметри:

- Увага — здатність зосереджуватись на завданні та підтримувати концентрацію протягом усієї сесії.
- Імпульсивність — схильність реагувати передчасно або неправильно, не дочекавшись появи цільового стимулу.
- Темп реагування — швидкість і регулярність моторної відповіді на стимул, що вказує на когнітивну обробку інформації.
- Моторна активність — надмірна, зайва рухова відповідь, яка може свідчити про гіперактивність або труднощі з гальмуванням поведінки.

Оцінювання відбувається не тільки за загальними показниками, але й у динаміці: аналізується, як змінюється поведінка дитини на різних етапах тесту, як вона реагує на наявність чи відсутність дистракторів, як швидко виснажується увага та знижується самоконтроль. Усі ці параметри є критично важливими для розуміння особливостей функціонування нервової системи дитини зі СДУГ.

Ще однією суттєвою перевагою МОХО є автоматизоване формування результатів у вигляді графіків, таблиць та текстового опису. Це робить інтерпретацію результатів максимально прозорою і доступною не лише для досвідчених нейропсихологів, а й для педагогів, батьків або фахівців інклюзивно-ресурсних центрів. Крім того, тест дозволяє порівнювати результати з віковою нормою, що особливо важливо для диференційної діагностики та формулювання індивідуального підходу до навчання та підтримки дитини [6, с. 282].

МОХО d-CPT може проводитися як очно в кабінеті психолога чи лікаря, так і дистанційно. Його технічна реалізація не потребує спеціального обладнання — достатньо стандартного комп'ютера з доступом до інтернету. Це забезпечує широке впровадження інструменту у практику навіть у невеликих населених пунктах. Хмарне збереження результатів дозволяє здійснювати довготривалий моніторинг дитини, відстежувати динаміку змін у результаті психотерапевтичної чи медикаментозної підтримки.

Клінічні дослідження показали високу чутливість та специфічність МОХО у виявленні ознак СДУГ. Інструмент відзначається низьким рівнем хибнопозитивних результатів, а також здатністю виявляти розлади навіть у дітей з легкими або атиповими проявами. Це особливо цінно в ситуаціях, коли поведінкові симптоми замасковані високим інтелектом або компенсаторними навичками. Тест також виявив ефективність у диференціації СДУГ від інших психоневрологічних розладів, таких як тривожні стани, депресивні розлади, розлади аутистичного спектра тощо.

Таким чином, МОХО d-CPT є не лише діагностичним інструментом, а й засобом для глибшого розуміння особливостей нейропсихологічного профілю дитини. Його використання сприяє ранньому виявленню порушень, підвищує точність діагнозу та дозволяє розробити індивідуалізований план втручання, орієнтований на сильні сторони дитини та потенційні точки зростання. У світлі сучасних тенденцій диджиталізації освіти та охорони здоров'я, МОХО займає провідне місце серед інструментів, які формують нову якість у сфері дитячої психодіагностики [3].

Після проходження тесту МОХО d-CPT система автоматично генерує детальний звіт, який складається з кількох ключових розділів:

1. Графічна візуалізація результатів: результати кожного з чотирьох показників (увага, імпульсивність, темп реагування, моторна активність) відображаються на кольорових графіках, які дають змогу візуально оцінити відхилення від вікової норми. Зелений колір вказує на норму, жовтий — на граничний стан, червоний — на суттєве відхилення.

2. Динаміка показників: тест поділено на вісім блоків, і результати кожного блоку аналізуються окремо. Це дозволяє простежити, як змінюється поведінка дитини протягом часу — наприклад, чи знижується рівень уваги після впливу дистракторів, чи зростає імпульсивність наприкінці тесту через втому.

3. Індивідуальний профіль дистракції: МОХО дозволяє визначити, які саме подразники найбільше впливають на дитину: зорові, слухові чи комбіновані. Ця інформація є надзвичайно корисною для подальшої адаптації навчального середовища.

4. Табличні дані та інтерпретація: у звіті подаються цифрові значення за кожною шкалою, порівняння з віковими нормами, а також текстові коментарі, які допомагають фахівцеві зробити попередні висновки. Наприклад:

*Результати вказують на знижену стійкість уваги (значення 36 при нормі 50–100) та підвищену моторну активність (значення 112 при нормі до 85), що свідчить про ймовірну наявність симптомів СДУГ із переважанням гіперактивно-імпульсивного компонента.*

Підходи до інтерпретації результатів МОХО

Інтерпретація результатів МОХО d-CPT повинна здійснюватися лише кваліфікованим спеціалістом з урахуванням клінічного інтерв'ю, спостереження та даних інших методик. МОХО не є самодостатнім для постановки діагнозу, але є цінним компонентом комплексного обстеження [5].

Основні принципи інтерпретації:

- Багатофакторний аналіз: оцінюються всі чотири показники у взаємозв'язку. Наприклад, низька увага при нормальному темпі реагування може свідчити про розсіяність, тоді як та ж низька увага у поєднанні з високою імпульсивністю — про характерні прояви СДУГ.

- Урахування впливу дистракторів: якщо показники суттєво погіршуються у присутності дистракторів — це маркер підвищеної чутливості до сенсорного навантаження, що є типовим для СДУГ.

- Вікові особливості: оцінка проводиться у контексті вікових норм — для кожної вікової групи встановлені окремі порогові значення.

Практичні рекомендації щодо використання результатів МОХО d-CPT

1. Освітнє середовище: на основі результатів можна сформулювати рекомендації для вчителів щодо адаптації навчального процесу. Наприклад:

- Скорочення часу фронтального викладу.
- Надання візуальних підказок.
- Чітка структура уроків.
- Використання таймерів або візуальних сигналів.

2. Психологічна підтримка: дані тесту можуть бути використані для планування корекційно-розвивальних програм, спрямованих на тренування уваги, розвиток самоконтролю, зниження імпульсивності. Наприклад, спеціаліст може порекомендувати:

- Програми когнітивно-поведінкової терапії.
- Ігри на розвиток стійкої уваги.
- Тренінги з управління емоціями.

3. Медичні втручання: у випадках, коли результати МОХО чітко вказують на порушення у кількох доменах (увага, контроль імпульсів, гіперактивність), дані тесту можуть бути передані лікарю-психіатру або неврологу для ухвалення рішення про доцільність медикаментозної терапії. Також МОХО дозволяє об'єктивно оцінити ефективність лікування шляхом повторного тестування.

4. Робота з батьками: візуальна та цифрова інтерпретація результатів МОХО дозволяє батькам краще зрозуміти особливості своєї дитини. Це знижує ймовірність стигматизації та зміщує акцент із «недисциплінованої поведінки» на нейропсихологічну основу труднощів.

У підсумку, МОХО d-CPT є сучасним, точним і практико-орієнтованим інструментом для діагностики СДУГ. Його перевага полягає у здатності поєднувати об'єктивність із гнучкістю, технологічність — із клінічною доцільністю, а також забезпечувати ефективний зворотний зв'язок як для фахівця, так і для сім'ї дитини [7, с. 790].

**Висновки.** МОХО d-CPT зарекомендував себе як потужний і надійний інструмент для діагностики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дітей, який поєднує наукову обґрунтованість із практичною доцільністю. Його ефективність базується на здатності об'єктивно вимірювати ключові аспекти нейрокогнітивного функціонування — увагу, імпульсивність, моторну активність та темп реагування — в умовах, наближених до реального середовища. Завдяки використанню мультимедійних дистракторів, МОХО дозволяє імітувати повсякденні сенсорні умови, в яких функціонує дитина, що значно підвищує діагностичну точність.

МОХО d-CPT відповідає вимогам сучасної психодіагностики, адже поєднує стандартизовану процедуру з гнучкими можливостями інтерпретації

результатів. Він враховує не лише загальні показники, а й їхню динаміку, а також індивідуальну чутливість дитини до різних видів стимуляції. Це дає змогу не лише виявити наявність СДУГ, а й окреслити його нейропсихологічний профіль, що є надзвичайно важливим для формування персоналізованих підходів до підтримки дитини.

Автоматизований звіт з графічною, табличною та текстовою інформацією робить результати доступними для розуміння фахівцями різного профілю, а також батьками. Це сприяє кращому усвідомленню суті труднощів дитини, зменшенню стигматизації та переходу до співпраці в освітньому і сімейному середовищі. МОХО також має важливе значення для моніторингу змін у результаті лікування чи психокорекційної роботи.

Таким чином, МОХО d-CPT не лише підвищує об'єктивність діагностики СДУГ, але й відкриває нові можливості для раннього втручання, підтримки розвитку сильних сторін дитини та створення умов для її успішної адаптації у соціальному, освітньому та емоційному вимірах. Його інтеграція у практику психологічної та педагогічної допомоги відповідає сучасним трендам диджиталізації та забезпечує якісно новий рівень діагностичного процесу.

### **Література**

1. Марценковська І.І. Дитина з розладами дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі. *Нейроньюс. Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. №4 (115). С. 17-19.
2. Рейті Дж., Гелловелл Е. РДУГ: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в дітей і дорослих. К. : Yakaboo Publishing, 2024. 224 с.
3. Airdrie J.N., Langley K., Thapar A. Facial Emotion Recognition and Eye Gaze in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Conduct Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Aug;57(8). P. 561-570.
4. Berger T., Urech A., Krieger T., Stolz T., Schulz A., Vincent A., Moser C.T., Moritz S., Meyer B. Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention ('velibra') for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2017 Jan;47(1). P. 67-80.
5. Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med*. 2020 Sep 10;383(11). P. 1050-1056.
6. Evans T.M, Bira L., Gastelum J.B, Weiss L.T, Vanderford N.L. Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nat Biotechnol*. 2018 Mar 6;36(3). P. 282-284.
7. Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D. The World Federation of ADHD International Consensus Statement. Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Sep. P. 789-818.

### **References**

1. Martsenkovska I.I. Dytna z rozladamy defitsytu uvahy ta hiperaktyvnistiu v ukrainskii shkoli. [A child with attention deficit hyperactivity disorder in a Ukrainian school]. *Neironius Psykhonevrolohiia ta neiropsykhiatriia*. 2020. №4 (115). S. 17-19. [in Ukrainian].
2. Reiti Dzh., Hellovell E. RDUH: perezavantazhennia. Efektyvni stratehii dlia povnotsinnoho zhyttia z rozladom defitsytu uvahy ta hiperaktyvnosti v ditei i doroslykh [ADHD: Rebooting. Effective strategies for living a fulfilling life with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults]. К. : Yakaboo Publishing, 2024. 224 s. [in Ukrainian].

3. Airdrie J.N., Langley K., Thapar A. Facial Emotion Recognition and Eye Gaze in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Conduct Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Aug;57(8). P. 561-570.

4. Berger T., Urech A., Krieger T., Stolz T., Schulz A., Vincent A., Moser C.T., Moritz S., Meyer B. Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention ('velibra') for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2017 Jan;47(1). P. 67-80.

5. Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med*. 2020 Sep 10;383(11). P. 1050-1056.

6. Evans T.M., Bira L., Gastelum J.B, Weiss L.T, Vanderford N.L. Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nat Biotechnol*. 2018 Mar 6;36(3). P. 282-284.

7. Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D. The World Federation of ADHD International Consensus Statement. Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Sep. P. 789-818.