

УДК 616.89-008.47/.48-009.836-053.2
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-2-7>

Тетяна КРАВЧЕНКО

кандидат медичних наук, доцентка кафедри педіатрії, Одеський національний медичний університет,
tkravchenko1964@ukr.net

ORCID: 0000-0002-2700-8323

Дар'я УСЕНКО

доктор філософії, доцентка кафедри педіатрії, Одеський національний медичний університет,
dariav.usenko@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4143-2099

ПСИХОСОМАТИЧНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ: ФОКУС НА ПОРУШЕННЯ СНУ

Стаття присвячена питанню порушення сну у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Даний синдром один із розповсюджених нейропсихіатричних розладів у дітей, який спостерігають лікарі у 4-20% дітей в усьому світі, при цьому найчастіше у хлопчиків. Діти з СДУГ на тлі основних симптомів часто демонструють виражені психосоматичні реакції, що суттєво впливають на їхній фізичний стан і якість життя, часто страждають від супутніх психічних розладів, таких як імпульсивні розлади, розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, розлади настрою та тривожні розлади. Аналіз літературних джерел показав, що від двадцяти п'яти до п'ятдесяти відсотків дітей та понад половини дорослих із СДУГ страждають від проблем зі сном. Порушення сну є поширеним явищем серед таких пацієнтів і розглядаються як ключовий чинник розвитку поведінкових та когнітивних розладів у дітей. Сон відіграє ключову роль у когнітивних функціях, навчанні та консолідації пам'яті. Недосипання або порушення сну можуть призвести до симптомів різної тяжкості, від невідомого дефіциту когнітивної діяльності до сонливості та втоми, що помітно впливають на когнітивні, емоційні та фізичні функції, ймовірно, спричиняючи або посилюючи симптоми СДУГ. Порушення сну у дітей із СДУГ не лише поглиблюють симптоми розладу (посилюють неухважність, емоційну нестабільність, імпульсивність), а й провокують появу тілесних скарг – головного болю, болю в животі, тремору, м'язової напруги, нічного енурезу тощо. Діагностика порушень сну та психосоматичних проявів у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності потребує комплексного міждисциплінарного підходу. Основна мета лікування дітей з СДУГ, які мають розлади сну, нормалізація психофізіологічної регуляції, зниження тривожності, покращення якості сну та зменшення тілесних скарг.

Ключові слова: діти, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, порушення сну, психосоматичні реакції.

Tetiana Kravchenko, Daria Usenko. PSYCHOSOMATIC REACTIONS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: FOCUS ON SLEEP DISTURBANCES

The article is devoted to the issue of sleep disturbances in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This syndrome is one of the most common neuropsychiatric disorders in children, observed in 4-20% of children worldwide, with a higher prevalence among boys. Children with ADHD, alongside their primary symptoms, often exhibit pronounced psychosomatic reactions that significantly impact their physical condition and quality of life. They frequently suffer from comorbid mental disorders, such as impulse control disorders, substance use disorders, mood disorders, and anxiety disorders. An analysis of the literature indicates that 25 to 50% of children and more than half of adults with ADHD experience sleep problems. Sleep disturbances are common among these patients and are considered a key factor in the development of behavioral and cognitive disorders in children. Sleep plays a critical role in cognitive functions, learning, and memory consolidation. Sleep deprivation or sleep disturbances can lead to symptoms of varying severity, from an imperceptible deficit in cognitive performance to noticeable drowsiness and fatigue, which significantly affect cognitive, emotional, and physical functions and are likely to cause or exacerbate ADHD symptoms. Sleep disturbances in children with ADHD not only worsen the symptoms of the disorder (increasing inattention, emotional instability, and impulsivity) but also trigger physical complaints such as headaches, abdominal pain, tremors, muscle tension, nocturnal enuresis, and others. Diagnosing sleep disturbances and psychosomatic manifestations in children with ADHD requires a comprehensive, interdisciplinary approach. The primary goal of treating children with ADHD who have sleep disorders is to normalize psychophysiological regulation, reduce anxiety, improve sleep quality, and alleviate physical complaints.

Key words: children, attention deficit hyperactivity disorder, sleep disturbances, psychosomatic reactions.

Вступ. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) – один із розповсюджених нейропсихіатричних розладів у дітей, який спостерігається у 4-20% дітей в усьому світі, при цьому найчастіше у хлопчиків [4; 18]. Дуже тривалий період вчені

розглядали СДУГ як медичну проблему, але з годом прийшли до висновків, що цей стан має і психологічні аспекти. На початку ХХ століття педіатр Дж. Стіл описав 43 випадки порушення уваги, гіперактивності, імпульсивної та гіперактивної

© Т. Кравченко, Д. Усенко, 2025

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

поведінки в дітей. Він припустив, що така поведінка – результат спадкової патології або пологових травм. Шотландський лікар О. Кричтон уперше зробив спробу описати симптоми дитячої гіперактивності з психологічного погляду. Вивчаючи зазначену проблему, О.Кричтон характеризував гіперактивність як вроджену хронічну незграбність, що обов'язково призводить до розладів соціальної адаптації [1]. З 1962 року СДУГ стали розглядати як один з варіантів мінімальної мозкової дисфункції, картину якої визначають невідповідна ситуації надмірна активність, імпульсивність у соціальній поведінці та інтелектуальній діяльності, проблеми у взаєминах із оточуючими, супутні порушення поведінки, труднощі навчання, низька успішність у школі, занижена самооцінка [3]. Діти з СДУГ на фоні основних симптомів часто демонструють виражені психосоматичні реакції, що суттєво впливають на їхній фізичний стан і якість життя, часто страждають від супутніх психічних розладів, таких як імпульсивні розлади, розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, розлади настрою та тривожні розлади [46]. Клінічний фенотип СДУГ пов'язаний з дефіцитом різних виконавчих функцій, включаючи порушення робочої пам'яті, гальмування, прийняття рішень, уникнення затримок та стійкої уваги [53].

Одним із найменш досліджених, але клінічно значущих аспектів СДУГ є розлади сну, які можуть бути як прямим наслідком нейропсихологічної дисрегуляції, так і формою соматизованої тривоги. Порушення сну у дітей із СДУГ не лише поглиблюють симптоми розладу (посилюють неухвильність, емоційну нестабільність, імпульсивність), а й провокують появу тілесних скарг – головного болю, болю в животі, тремору, м'язової напруги, нічного енурезу тощо. Аналіз літературних джерел показав, що від двадцяти п'яти до п'ятдесяти відсотків дітей та понад половини дорослих із СДУГ, як повідомляється, страждають від проблем зі сном. Сон відіграє ключову роль у когнітивних функціях, навчанні та консолідації пам'яті. Недосипання або порушення сну можуть призвести до симптомів різної тяжкості, від несвідомого дефіциту когнітивної діяльності до сонливості та втоми, що помітно впливають на когнітивні, емоційні та фізичні функції, ймовірно, спричиняючи або посилюючи симптоми СДУГ [54; 44; 39]. Водночас зв'язок між соматичними симптомами, порушенням сну та СДУГ часто залишається нерозпізнаним або недооціненим у клінічній практиці, тому вирішення проблем зі сном може суттєво покращувати ефективність нейропсихіатричного лікування та навпаки [11; 5].

Метою цієї роботи було систематизація знань про психосоматичні реакції у дітей із СДУГ з акцентом на порушення сну.

Клінічна картина СДУГ проявляється в трьох основних кластерах симптомів: неухвильність, гіперактивність, імпульсивність [29].

Неухвильність – це поведінковий патерн, за якого людина відчуває труднощі з початком виконання завдання, зосередженістю на ньому і завершенням процесу, часто неспроможна приділити увагу деталям, у неї виникають труднощі з підтриманням уваги протягом певного часу, коли це потрібно. Така дитина не може концентруватися на виконанні завдань і довго утримувати увагу, робить помилки через неухвильність, уникає і не любить вправ, які потребують стійких розумових зусиль, не дотримується порад батьків і вчителів, не завершує розпочату справу, відволікається на сторонні подразники, ігнорує звертання [8, 15].

Гіперактивність – дитина часто неспокійно рухає руками чи ногами чи крутиться на місці, не може довго сидіти, часто починає бігати, неадекватно галасує в іграх.

Імпульсивність – неможливість вислухати вчителя або батьків та часто відповідає ще до завершення запитань, перериває інших або втручається в розмови та ігри інших людей, дуже багато розмовляє без адекватної реакції соціальні обмеження [7].

Згідно даних літератури виділяють три типи СДУГ:

- синдром дефіциту уваги (включає переважно проблеми із концентрацією без пов'язаної імпульсивності чи гіперактивності);
- гіперактивність та імпульсивність без суттєвих проблем із концентрацією;
- змішаний тип розладу з наявністю усіх основних симптомів [10].

В літературі описані наступні ознаки СДУГ: часте й легке відволікання дитини, труднощі з концентрацією уваги на дрібних деталях, імпульсивність, неухвильність і необережність, забудькуватість, ігнорування соціальних обмежень, труднощі з самоконтролем, асоційовані з мігренню та порушеннями сну. У таких дітей достовірно частіше спостерігаються біль у голові, шиї та животі, ожиріння, зумовлене компульсивним переїданням, енурез у ранньому дитинстві, а в старшому віці – диспепсія, хронічні закрепки та синдром подразненої кишки. Ці симптоми можуть виникати на фоні шкільного стресу, перевтоми, конфліктів у родині, надлишку сенсорних подразників (екрани, шум, яскраве світло) і не завжди мають очевидний зв'язок із основною симптоматикою СДУГ [12, 7, 23, 37]. Порушення поведінки уві сні (нічні жахи, енурез, сноходіння) у дітей із СДУГ часто супроводжуються підвищеним рівнем вегетативного збудження, порушенням емоційної саморегуляції та сенсорної гіперактивності. Всі ці фактори можуть

маніфестуватися як соматичні скарги, що за своєю природою є тілесним «перекладом» психічної дезорганізації.

У понад 60% випадків СДУГ поєднується з коморбідними станами:

- тривожними розладами та депресією;
- порушеннями настрою;
- поведінковими розладами;
- розладами розвитку мови та шкільних навичок;
- розлад розвитку координації рухів;
- розладами сну, які можуть бути не тільки наслідком гіперактивності, а й самостійним чинником, який загострює симптоматику СДУГ або провокує її прояви [13].

Аналіз літературних джерел показав, що у дітей із СДУГ внаслідок психоемоційного напруження, тривалого стресу, порушення нейропсихологічної регуляції розвиваються психосоматичні реакції, які мають патофізіологічне та клінічне підґрунтя.

Проведені дослідження вказують на взаємозв'язок симптомів СДУГ та нейротрансмітерної недостатності при порушенні метаболізму дофаміну, норадреналіну та серотоніну. Норадреналін пов'язаний з регуляцією довільних рухів, серотонін та дофамін – з імпульсивністю та виникненням мотивації. Генетичні та нейровізуалізаційні дослідження, проведені Robert D Oades (2008) надають докази окремого внеску зміненої функції дофаміну та серотоніну у цей розлад [42]. Норадреналін у вегетативній нервовій системі виконує роль хімічного посередника в передачі імпульсів між нейронами, у мозку забезпечує пильність, збудження, відновлення пам'яті та пильність, окрім того, норадреналін сприяє розвитку стану тривожності та неспокою. Дофамін потрібен для підтримки уваги, однак коли його рівень є низьким, то це призводить до дефіциту уваги. За даними сучасних досліджень при СДУГ у певних відділах мозку може виникати дефіцит цих медіаторів [25; 14].

Порушення взаємозв'язків кори головного мозку з базальними гангліями та таламусом можуть призводити до формування симптоматики СДУГ. На даний момент в літературі описано п'ять базально-гангліонарних таламо-кортикальних циклів, що включають різні ділянки стріатуму, таламуса та кори. Виходячи з теорії про участь стріо-паллідо-таламокортикальної системи у селекції дій, модель поведінки людини можна подати у вигляді нейронних мереж у лобно-тім'яно-скроневих асоціативних зонах кори, де закладено програми дій. Функція селекції процесів реалізується через петлю зворотний зв'язок: асоціативна кора – базальні ганглії – таламус [17]. Можна припустити, що недоліки розвитку фронтальної кори і базальних гангліїв порушують функціонування системи селекції

програми дій, що, у свою чергу, призводить до дефіциту уваги. За даними С.Т. Gualtieri (2006) порушення уваги та моторики пов'язані з передбачуваними змінами нейрофізіологічної реактивності стосовно як зовнішніх, так і внутрішніх стимулів [34]. При зрілому типі кірково-підкіркових відносин кора великих півкуль, насамперед фронтальні частки, набуває здатності керувати активуючими впливами, що виходять із підкірки [30].

Деякі автори вказують на те, що дисфункція префронтальної кори головному мозку, яка контролює поведінку, емоційну реакцію, судження, є найбільш імовірною основою, що пояснює появу даного синдрому [48]. Тобто у таких дітей можливий розвиток дисбалансу між симпатичним і парасимпатичним тонусом, гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, що зумовлює підвищений рівень кортизолу у відповідь на повсякденні подразники, відхилення катехоламінового обміну, при якому у дітей розвиваються стрес-реакції, слабкість емоційної регуляції, яка призводить до соматизації тривоги й гніву.

Для дітей з СДУГ характерна хронічна дисфункція емоційної регуляції. Регуляція емоцій визначається як сукупність процесів, за допомогою яких людина оцінює, пригнічує, підтримує або змінює інтенсивність, частоту або тривалість емоційних реакцій, щоб мати відповідну соціальну поведінку або досягати цілей. Для таких дітей характерні наступні особливості емоційної сфери: збудливість, апатія, невпевненість, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, часта зміна настрою, негативізм, відчуття страху, агресивність [2]. У багатьох дітей із СДУГ може спостерігатися надмірна рухливість за рахунок внутрішньої тривоги. Близько 40–60% дітей із СДУГ мають сенсорну дисрегуляцію: надмірну або знижену чутливість до звуків, світла, дотику, руху.

Таким чином, психосоматичні симптоми у дітей із СДУГ це тілесне втілення незбалансованих нейропсихофізіологічних процесів. Для діагностики розладів уваги та гіперактивності у дітей використовуються різноманітні методи, зокрема стандартизовані схеми спостереження за їхньою поведінкою в різних середовищах, таких як домашні умови, шкільне оточення та лабораторії [14].

Що стосується розладів сну, то у дітей із СДУГ вони фіксуються у 25–50% випадків, і часто можуть бути одним із центральних проявів дисрегуляції нервової системи. Проблеми зі сном є поширеними серед таких пацієнтів і вважаються основними причинами поведінкової та когнітивної дисфункції у таких дітей [50]. Порушення сну можуть виникати у осіб з СДУГ через спільні генетичні впливи. Цю теорію підтверджують проведені дослідження близнюків та дослідження асоціації геному СДУГ,

яке виявило позитивну генетичну кореляцію між СДУГ та безсонням [33]. Аналіз літератури, який ґрунтується на даних провідних дослідників, свідчить про те, що скорочена тривалість сну є причиною порушень афекту та настрою, які часто відчувають підлітки з СДУГ [27; 21]. Експериментальні дослідження Baum et al. (2014) виявили, що обмеження сну може призвести до посилення суб'єктивних переживань тривоги, гніву, сплутаності свідомості та низької енергії, а також до вищого видимого рівня опозиційності та дратівливості [19]. У підлітковому віці зв'язок між проблемами сну та тяжкістю симптомів СДУГ частково опосередковується інтерналізуючими та екстерналізуючими симптомами, а також проявами депресії [32; 20]. Розлади сну можуть імітувати симптоми СДУГ, тому оцінка, яка включає сон у диференціальну діагностику, є критично важливою. Розлади сну також можуть співіснувати з СДУГ і можуть змінювати прогноз та реакцію на лікування [24]. Тому відповідна оцінка та лікування таких проблем можуть покращити якість життя пацієнтів та зменшити як тяжкість СДУГ, так і спричинені ним порушення.

До основних типів порушень сну при СДУГ відносять:

а) інсомнію або безсоння, що проявляється труднощами із засинанням, часті нічні пробудження, поверхневий сон, раннє пробудження з неможливістю повторного засинання;

б) парасомнії – сомнамбулізм, нічні жахи, розлади поведінки під час сну;

в) розлад циркадного ритму – зсув у бік «вечірнього ритму», коли підлітки пізніше не сплять і, коли дозволяють обставини навколишнього середовища, пізніше прокидаються;

г) порушення дихання уві сні [36].

Порушення сну при СДУГ мають декілька механізмів розвитку. Когнітивні та емоційні проблеми протягом дня можуть бути пов'язані зі зміною активації уві сні, пов'язаної з регулюванням виконавчих функцій, станом префронтальних кортикальних областей та підкіркових структур [38; 40]. Може мати місце гіпоактивація областей мозку, відповідальних за увагу та регуляцію виконавчих функцій, та гіперактивацією ретикулярної формації мозкового стовбура, яка підтримує стан неспання, зниженням секреції мелатоніну ввечері, порушенням роботи супрахіазматичного ядра гіпоталамуса – основного «біологічного годинника», надмірною активацією симпатичної нервової системи, що не дозволяє організму «перемкнутися» у режим відпочинку.

У дітей з СДУГ також фіксуються зниження тривалості фази повільного сну, менша тривалість REM-сну – фази, пов'язаної з емоційною регуляцією та консолідацією пам'яті, підвищена рухова

активність уві сні (наприклад, синдром неспокійних ніг) [27].

В основі розладів сну у дітей з СДУГ лежать нейрохімічні порушення, пов'язані з рядом нейромедіаторів: допамін, норадреналін, мелатонін, серотонін тощо. Наприклад, регуляція фаз сну за участю серотоніну відіграє важливу роль у нейропсихічному розвитку, а зниження його рівня пов'язують із виникненням поведінкових та емоційних розладів у дітей. Крім того, серотонін є попередником мелатоніну, і порушення його метаболізму може призвести до зниження синтезу цього гормону, що, своєю чергою, спричиняє труднощі з ініціацією сну [22].

У дітей із СДУГ в деяких випадках спостерігається гіперактивність вегетативної нервової системи: високий пульс у стані спокою, потовиділення, вазомоторні реакції, нестабільна терморегуляція, підвищений кортизол увечері, що гальмує секрецію мелатоніну та порушує природні механізми розслаблення. Внаслідок цього тіло дитини постійно перебуває у стані функціональної «бойової готовності», що блокує механізми занурення в глибокий сон. Наприклад, дослідження Karthik Rajendran et al. (2014); Tatiana Dias de Carvalho et al. (2014) демонструють неоднотайність вегетативної відповіді у дітей з СДУГ – в одних дослідженнях спостерігаються ознаки симпатичного гіперзбудження, в інших – парасимпатичного домінування [45; 28].

Порушення ініціації сну, виражена мінливість часу початку сну з частими пробудженнями у дітей із СДУГ належать до категорії порушення циркадних ритмів. Показано, що при цьому змінюються кортикальні зв'язки та порушується сприйняття сигналів довкілля, тобто змінюються процеси, необхідні для розвитку ритму сну та неспання [26]. У дітей із СДУГ можливо спостерігається відтермінована активність супрахіазматичного ядра («внутрішнього годинника»), що призводить до відстроченого засинання [16], порушення секреції мелатоніну – зниження вечірніх пік рівнів та зміна молекулярного механізму циркадного годинника [41], зсув у добовому ритмі температури тіла, що сигналізує про порушення біологічного годинника.

За даними літератури у дітей із СДУГ часто зустрічається синдром неспокійних ніг, який пов'язаний з дефіцитом заліза або дофамінової регуляції, неконтрольовані підкидання кінцівок уві сні, що фрагментує сон. Ці стани, на жаль, можуть залишатися недіагностованими, однак суттєво впливають на якість сну та денну поведінку.

Медикаментозні засоби, які використовують для лікування СДУГ, в деяких випадках призводять до подовження часу засинання та зменшення загальної тривалості сну. Але якщо правильно підібрати дози й час прийому препарату, ці медикаменти не будуть мати таких побічних ефектів.

Таким чином, порушення сну у дітей з СДУГ призводять до посилення симптомів неуважності, імпульсивності, підвищеної дратівливості, погіршення успішності у школі, появи ризику психосоматичних реакцій (головний біль, біль у животі, тремор) [47].

Діагностика порушень сну та психосоматичних проявів у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності потребує комплексного міждисциплінарного підходу. Враховуючи багатofакторну природу таких розладів, слід провести медичний огляд, щоб виключити соматичні причини поведінкових симптомів та отримати уявлення про загальний фізичний стан пацієнта. Клінічна оцінка у дітей повинна, головним чином, базуватися на клінічному інтерв'ю з батьками, включаючи вивчення проблем, детальний анамнез розвитку дитини, включаючи медичні або психіатричні попередні дані, інформацію про функціонування сім'ї, стосунки з однолітками та історію навчання в школі, фактори ризику). Обстеження дитини зі СДУГ має включати збір анамнезу, психометричну оцінку, спостереження за поведінкою дитини, аналіз соматичного статусу (наявність головного білю, білу у животі, серцебиття, тремору, енурезу) та інструментальні методи моніторингу сну. Дуже важливим є оцінка структури сну, тобто час відходу до сну, тривалість засинання, кількість пробуджень, якість сну вранці [31].

Суб'єктивна оцінка розладів сну у дітей з СДУГ здійснюється за допомогою неструктурованих опитувальників, які дають можливість дослідити поведінку, що безпосередньо стосується всього, що пов'язане зі сном або структурованих опитувальників: CSHQ (Children's Sleep Habits Questionnaire), BEARS (Bedtime, Excessive daytime sleepiness, Awakenings, Regularity, Snoring, SDSC (Sleep Disturbance Scale for Children, PSC (Pediatric Symptom Checklist) [35; 9].

Об'єктивними методами вимірювання сну є нічна полісомнографія та актиграфія. Полісомнографія дозволяє оцінити архітектуру сну, апное, рухові артефакти, фази сну. Актиграфія дає змогу оцінити якість сну протягом тривалого часу в природному середовищі. Використовують лабораторні методи дослідження: визначення рівня мелатоніну, кортизолу, феритину (при підозрі на синдром неспокійних ніг).

Комплексне лікування порушень сну й психосоматичних реакцій у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності потребує мультидисциплінарного підходу. Основна мета – нормалізувати психофізіологічну регуляцію, знизити тривожність, покращити якість сну та зменшити тілесні скарги, не лише симптоматично, а й через глибинну корекцію регуляторних механізмів.

Обов'язковим є метод лікування, який навчає батьків застосовувати стратегії управління

дитиною, покращувати свої навички виховання і допомагати їм вирішувати специфічні проблеми поведінки. В настанові «Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді» («Клінічна настанова, заснована на доказах» (2019) прописані основні моменти психологічного впливу на дитину з СДУГ [6]:

- надання допомоги батькам у розумінні того, як можна змінити специфіку поведінки і як контролювати зміни, що відбуваються;
- викладання стратегій управління проблемною поведінкою;
- заохочення батьків до похвали, прояву фізичної прихильності, надання нагороди та стимулів для відповідної поведінки;
- заохочення позитивного батьківського досвіду шляхом участі в іграх та діяльності, орієнтованій на дітей;
- забезпечення зворотного зв'язку за допомогою безпосереднього спостереження взаємодій між дитиною та батьками.

Що стосується корекції сну у таких дітей, то бажано дотримуватись фіксованого режиму сну й підйому, відмовитись від гаджетів та емоційно насичених ігор за 1–2 години до сну, прийняти теплу ванну.

Тілесна саморегуляція включає дихальні вправи, використання сенсорних «вагових ковдр», тактильних іграшок для дітей із сенсорною гіперчутливістю тощо [52].

Використання когнітивно-поведінкової терапії, тобто проведення контрольованих занять, спрямованих на навчання навичкам управління симптомами, емоційною регуляцією, організацією та подоланням імпульсивності, до якої можна віднести роботу з тривожними установками щодо сну, навчання навичкам розслаблення та управління увагою, техніки заміщення, тілесної усвідомленості.

Можливо призначення медикаментозних препаратів з урахуванням індивідуальної клінічної картини, психотипу дитини та переносимості.

Індивідуальна психотерапія [51] включає психоедукацію, тілесно-орієнтовану терапію при психосоматичних скаргах, ігрову терапію.

Дуже важливим є проведення сімейного консультування, яке передбачає навчання батьків технікам саморегуляції, формування послідовного стилю виховання, усунення факторів емоційної дестабілізації вдома.

Висновки. Порушення сну та психосоматичні реакції у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності є не просто супутніми симптомами, а важливими клінічними маркерами дизрегуляції нервової, ендокринної та емоційної систем. Вони формують замкнене коло: гіперактивність і тривожність поглиблюють розлади сну, а ті,

у свою чергу, посилюють основну симптоматику СДУГ і сприяють соматизації. Нейромодуляторні механізми циклу сну-неспаннн тісно пов'язані зі збуджуючими та гальмівними процесами в усьому континуумі сну-неспаннн [49]. Крім того, соціальне середовище впливатиме на сон. Неоптимальний сон безпомилково пов'язаний зі зниженням нейроповедінкової діяльності, а скарги на сон часто є основними ознаками психічних розладів. Однак проблеми зі сном все ще занадто часто сприймаються як частина психопатологічних симптомів, а не як первинний розлад, який потім сприяє появи симптомів. Денна неувважність, гіперактивність,

імпульсивність та нічна неспокійна та рухова активність під час сну можуть представляти різні елементи одного й того ж спектру захворювань. За даними Ogundele & Ayyash (2023) та Zysset et al. (2023) поєднання медикаментозного лікування з поведінковою терапією, навчанням батьків й адаптації в школі забезпечує оптимальний довгостроковий результат в лікуванні дітей з СДУГ [43, 55]. Тобто інтеграція психофізіологічного підходу до розуміння СДУГ відкриває нові можливості не лише для поліпшення сну й загального самопочуття дитини, але й для підвищення ефективності основної терапії.

Література:

1. Атаманчук Н. М. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із синдромом гіперактивності. *Психологічний часопис*. 2018. № 1. С. 9–25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_1_3
2. Войтко В. В. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) у дітей: психолого-педагогічний супровід : навч.-метод. посіб. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського». 2023. 76 с.
3. Годлевська В. Особливості психічного стану дітей із СДУГ. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 9. С. 73–78.
4. Грищенко С. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю в дітей віком 6–8 років як медико-соціальна проблема. *Сучасна педіатрія*. 2024. №1(137). С. 143–152.
5. Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Юзва О. О., Берегела О. В. Найбільш поширені розлади сну у дітей та підходи до їх фармакологічної та нефармакологічної корекції. *Здоров'я дитини*. 2021. №1. Т. 16.
6. Клінічна настанова, заснована на доказах. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. 2019. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf
7. Маменко М. Е. Синдром дефіцита внимания и гиперактивности у детей: современные взгляды на этиологию, патогенез, подходы к коррекции. *Здоровье ребенка*. 2015. №5(56). С. 7–13.
8. Марценковська І. І. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. №4(115). С. 17–19.
9. Марушко Т. В., Смульська Н. Є., Козачук В. Г., Тараненко Т. В. Оцінка стану сну в дітей під час війни в Україні. *Здоров'я дитини*. 2024. Т. 19, №2. С. 31–35.
10. Настанова 00677. СДУГ. – 2016-10-18. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3477>
11. Настанова 00678. Розлади сну у дітей та підлітків. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3478>
12. Пишник А. І., Няньковський С. Л. Взаємозв'язок між проблемами зі соматичним здоров'ям у дітей дошкільного віку та порушеннями психомоторного розвитку. *Lviv Clinical Bulletin*. 2023. №1(41). С. 15–21.
13. Романчук О. І. Коморбідна патологія та супутні проблеми при гіперактивному розладі з дефіцитом уваги. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2011. №5–3.
14. Руденко Л. М. Аналіз психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці. Серія 12. Психологічні науки. 2024. Вип. 23(68). С. 111–123. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23\(68\).11](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23(68).11)
15. Суковський Є. І. Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2016. №9(83). С. 17–22.
16. Циркадні ритми та розлади циклу «сон – неспаннн»: від фізіології до наслідків. *Український медичний часопис*. 2024. №7(165). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.165.260753
17. Шандра О. А. Фізіологія: навчальний посібник. Київ, 2012.
18. Шестопалова Л. Ф., Бородавко О. О., Козьявкіна Н. В., Козьявкіна О. В., Гордієвич М. С. Особливості психічного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Український вісник психоневрології* 2015. Т. 23. Вип. 4. С. 97–100.
19. Baum K. T., Desai A., Field J., Miller L. E., Rausch J., Beebe D. W. Sleep restriction worsens mood and emotion regulation in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2014. №55(2). P.180–190.
20. Becker S. P., Langberg J. M., Evans S. W. Sleep problems predict comorbid externalizing behaviors and depression in young adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015. №24(8). P. 897–907. DOI:10.1007/s00787-014-0636-6
21. Becker S. P., Tamm L., Epstein J. N., Beebe D. W. Impact of sleep restriction on affective functioning in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2020. №61(10). P. 1160–1168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13235>
22. Biederman J., Faraone S. V. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*. 2005. №366(9481). P.237–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66915-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2)

23. Chen Q., Hartman C. A., Kuja-Halkola R., Faraone S. V., Almqvist C., Larsson H. Attention-deficit/hyperactivity disorder and clinically diagnosed obesity in adolescence and young adulthood: a register-based study in Sweden. *Psychol Med.* 2019. №49(11). P. 1841-1849. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002532>
24. Corkum P., Davidson F., Macpherson M. A. framework for the assessment and treatment of sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric clinics of North America.* 2011. №58(3). P. 667-683. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.004>
25. Cornelius C., Fedewa A., Ahn S. The Effect of Physical Activity on Children With ADHD: A Quantitative Review of the Literature. *Journal of Applied School Psychology.* 2017. № 33(2). P.1-35. DOI:10.1080/15377903.2016.1265622
26. Coogan A. N., McGowan N. M. A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders.* 2017. №9(3). P. 129-147. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0214-5>
27. Cortese S., Faraone S. V., Konofal E., Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2009. №48(9). P. 894-908. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ac09c>
28. de Carvalho T. D., Wajnsztein R., de Abreu L. C., Marques Vanderlei L. C., Godoy M. F., Adami F., Valenti V. E., Monteiro C. B., Leone C., da Cruz Martins K. C., Ferreira C. Analysis of cardiac autonomic modulation of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2014. №10. P.613-618. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49071>
29. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. 2013. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
30. Di Giovanni G., Svob Strac D., Sole M., Unzeta M., Tipton K. F., Mück-Šeler D., Bolea I., Della Corte L., Nikolac Perkovic M., Pivac N., Smolders I. J., Stasiak A., Fogel W. A., De Deurwaerdère, P. Monoaminergic and Histaminergic Strategies and Treatments in Brain Diseases. *Frontiers in neuroscience.* 2016. №10. P. 541. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00541>
31. Drechsler R., Brem S., Brandeis D., Grünblatt E., Berger G., Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics.* 2020. №51(5). P.315-335.
32. Frick M. A., Meyer J., Isaksson J. The role of comorbid symptoms in perceived stress and sleep problems in adolescent ADHD. *Child Psychiatry & Human Development.* 2022. №54(4). DOI:10.1007/s10578-022-01320-z
33. Gregory A. M., Agnew-Blais J. C., Matthews T., Moffitt T. E., Arseneault, L. ADHD and Sleep Quality: Longitudinal Analyses From Childhood to Early Adulthood in a Twin Cohort. *Journal of clinical child and adolescent psychology.* 2017. №46(2). P.284-294. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1183499>
34. Gualtieri C. T., Johnson L. G. Reliability and validity of a computerized neurocognitive test battery, CNS Vital Signs. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists.* 2006. №21(7). P. 623-643. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.05.007>
35. Listianingrum, Sp,A, Bangun S. R., Utami T. C., Sevriana E. S., Pangestuti R. C. A., Hanifa Y. N.M. Sleep Disturbance in ADHD Children: Prevalence, Clinical Profile and Influencing Factors. *Asia Pac J Paediatr Child Health.* 2023. Vol. 6. P. 33-42.
36. Marcus C. L., Brooks L. J., Draper K. A., Gozal D., Halbower A. C., Jones J., Schechter M. S., Ward S. D., Sheldon S. H., Shiffman R. N., Lehmann C., Spruyt K., American Academy of Pediatrics. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics.* 2012. №130(3). P. e714-e755. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1672>
37. Masi L., Gignac M. ADHD and comorbid disorders in childhood psychiatric problems, medical problems, learning disorders and developmental coordination disorder. *Clinical Psychiatry.* 2015. №1(5). P. 1-9. <http://dx.doi.org/10.21767/2471-9854.100005>
38. Miano S., Parisi P., Villa M. P. The sleep phenotypes of attention deficit hyperactivity disorder: the role of arousal during sleep and implications for treatment. *Medical hypotheses.* 2012. №79(2). P.147-153. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.04.020>
39. Moreau V., Rouleau N., Morin C. M. Sleep of children with attention deficit hyperactivity disorder: actigraphic and parental reports. *Behavioral sleep medicine.* 2014. №12(1). P. 69-83. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.764526>
40. Moreau V., Rouleau N., Morin C. M. Sleep, attention, and executive functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists.* 2013. №28(7). P.692-699. <https://doi.org/10.1093/arclin/act051>
41. Nováková M., Nevsímalová S., Příhodová I., et al. Alteration of the circadian clock in children with Smith-Magenis syndrome. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2012. № 97(2). P. 312-318.
42. Oades R. D. Dopamine-serotonin interactions in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Progress in brain research.* 2008. №172. P. 543-565. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(08\)00926-6](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(08)00926-6)
43. Ogundele M. O., Ayyash H. F. ADHD in children and adolescents: Review of current practice of non-pharmacological and behavioural management. *AIMS Public Health.* 2023. №10(1). P. 35-51.
44. Owens J., Sangal R. B., Sutton V. K., Bakken R., Allen A. J., Kelsey D. Subjective and objective measures of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Sleep medicine.* 2009. №10(4). P. 446-456. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.03.013>
45. Rajendran K., Trampush J. W., Rindskopf D., Marks D. J., O'Neill S., Halperin J. M. Association between variation in neuropsychological development and trajectory of ADHD severity in early childhood. *The American journal of psychiatry.* 2013. №170(10). P.1205-1211. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12101360>
46. Reale L., Bonati M. ADHD prevalence estimates in Italian children and adolescents: a methodological issue. *Italian journal of pediatrics.* 2018. №44(1). P. 108. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0545-2>
47. Saccani M. S., Ursumando L., Di Vara S., Lazzaro G., Varuzza C., Vicari S., Menghini D. Sleep Disturbances in Children with Attentional Deficit Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022. №19(11). P.6411.

48. Schecklmann M., Romanos M., Bretscher F., Plichta M. M., Warnke A., Fallgatter A. J. Prefrontal oxygenation during working memory in ADHD. *J Psychiatr Res.* 2010. №44(10). P. 621–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.11.018>
49. Spruyt K., Gozal D. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Expert review of neurotherapeutics. 2011. №11(4). P. 565–577. <https://doi.org/10.1586/ern.11.7>
50. Um Y. H., Jeong J. H., Hong S. C., Kim T. W., Lim H. K., Seo H. J., Han J. H. Association between sleep parameters and cognitive function in drug-naïve children with attention-deficit hyperactivity disorder: a polysomnographic study. *Sleep medicine.* 2016. №21. P. 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.11.016>
51. Weiss M. D., Hechtman L., Conners K., Brown T., Jain U. A randomized controlled trial of individual cognitive-behavioral therapy for adults with ADHD, with and without medication. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2012. №12(1). P. 30. DOI:10.1186/1471-244X-12-30
52. Wiersema J. R., Godefroid E. Interoceptive awareness in attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE.* 2018. №13(10). P.e0205221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205221>
53. Willcutt E. G. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012. №9(3). P. 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
54. Yoon S. Y., Jain U., Shapiro C. Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults: past, present, and future. *Sleep medicine reviews.* 2012. №16(4). P. 371–388. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.07.001>
55. Zysset A., Robin D., Albermann K., et al. Diagnosis and management of ADHD: a pediatric perspective on practice and challenges in Switzerland. *BMC Pediatr.* 2023. №23. P.103. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03873-x>

Дата надходження статті: 14.07.2025

Дата прийняття статті: 15.08.2025

Опубліковано: 14.11.2025