

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота – магістерський
дослідницький проєкт**

053 «Психологія»

на тему:

**«КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У
ДОРΟΣЛИХ: ДІАГНОСТИКА, КОМОРБІДНІСТЬ ТА
ПСИХОКОРЕКЦІЯ»**

Виконала: здобувач 2 курсу, 3 групи

галузь знань: 05 «Соціальні та
поведінкові науки»

спеціальність 053 «Психологія»

Кнаус Анни Леонідівни

Керівник: д. мед. н.

проф. В. О. Ульянов

Рецензент: к. мед. н.

доцент Кравченко Т. Ю.

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
 Факультет психології, політології та соціології
 Кафедра психології
 Рівень вищої освіти магістерський
 Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
 Спеціальність 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології
 к.психол.н., проф. Олена ЦІЛЬМАК
 «___» _____ 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

(магістерський дослідницький проект)

Кнаус Анни Леонідівни

1. Тема роботи «Клініко-психологічні особливості перебігу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих: діагностика, коморбідність та психокорекція»

Керівник роботи Ульянов Вадим Олексійович

затверджений наказом НУ «ОЮА» від «___» _____ 20__ року № ____

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів бакалаврської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р	IV 2025	
2	Вивчення нормативного матеріалу та спеціальної літератури ,аналіз та узагальнення матеріалів	V 2025	
3	Написання Вступу	VI 2025	
4	Написання 1 розділу К.Р	VII 2025	
5	Написання 2 розділу К.Р	VIII – IX 2025	
6	Написання Висновків	X 2025	
7	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
8	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
9	Захист К.Р в ЕК	XII 2025	

Здобувач _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ (підпис) Ульянов В. О. (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Кнаус Анна Леонідівна. Клініко-психологічні особливості перебігу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих: діагностика, коморбідність та психокорекція.

Кваліфікаційна робота магістра за спеціальністю 053 психологія. Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2025 рік.

Магістерська робота присвячена дослідженню синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих (РДУГ/СДУГ). У ній розглянуто теоретичні засади, методичні підходи, емпіричні результати та практичні аспекти роботи з цим розладом.

Мета магістерської роботи – дослідження клінічних та психологічних особливостей перебігу СДУГ у дорослому віці, включаючи діагностичний аналіз розладу, виявлення супутніх (коморбідних) розладів та розробку практичних рекомендацій щодо психокорекційної допомоги.

До цільової групи дослідження увійшли 30 осіб різного віку і статі, а саме: вік респондентів на час проведення дослідження зафіксовано від 17 до 58 років. З усіх респондентів 17 осіб належали до вікової групи 17-30 років, а 13 – до вікової групи 31-58 років. Такий розподіл зумовлений даними Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Також за офіційними даними Федерального статистичного управління Німеччини, така вікова періодизація часто використовується в демографічній статистиці Німеччини для досліджень здоров'я населення. Щодо гендерного розподілу вибірки - 13 з досліджуваних осіб відносять себе до чоловічої статі і 17 осіб належать до жіночої статі. Жоден з респондентів не мав офіційно підтвердженого діагнозу синдрому дефіциту уваги/гіперактивності.

Дослідження проводилось за двома основними інструментаріями: Шкала самооцінки СДУГ у дорослих (ASRS версії 1.1) та Шкала оцінювання Вендера, штат Юта/WURS-K. Для статистичного аналізу даних ми обрали

методи описової статистики: середнє арифметичне, медіану, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення.

Кількісний аналіз показав, що більше половини респондентів (66,7% за шкалою WURS-K та 50% за ASRS-v1.1) мали ознаки СДУГ, переважно домінантного типу неухважності. Середній бал за шкалою WURS-K (41,07 бала) перевищував поріг, що свідчить про виражені ретроспективні симптоми. Окрім основних проявів СДУГ, у частини респондентів (близько 50%) було виявлено ознаки емоційної дисрегуляції, а приблизно у 16% – труднощі у сфері соціальної взаємодії. Це підтверджує, що клінічний перебіг СДУГ у дорослих нерідко ускладнюється супутніми психоемоційними та міжособистісними проблемами.

Якісний аналіз підтвердив, що чоловіки страждають на СДУГ частіше (76,9%), ніж жінки (47,1%). Однак вікові відмінності між віковими групами 17-30 та 31-58 років не є суттєвими. Половина осіб з позитивними результатами демонструють розлади емоційної дисрегуляції, а 16,7% відчують соціальні труднощі. Це підкреслює необхідність психокорекційної підтримки та розвитку навичок саморегуляції.

Крім того, за даними порівняльного аналізу виявлено, що структура проявів СДУГ у нашій вибірці узгоджується з результатами сучасних українських досліджень, що свідчить про її репрезентативність та валідність для клінічної та психологічної практики.

Психокорекційна робота з дорослими пацієнтами з діагнозом СДУГ вимагає системного підходу, що поєднує психоосвіту, методи когнітивно-поведінкової терапії, розвиток виконавчих функцій, емоційну регуляцію та підтримку соціально-поведінкової терапії. Індивідуалізовані методи та врахування особистості пацієнта є ключовими факторами успіху терапії.

Таким чином, результати нашого дослідження довели, що синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ) є значною проблемою серед дорослого населення та проявляється переважно у формі дефіциту уваги та емоційної дисрегуляції. Більше половини учасників мали клінічно значущі

симптоми, що вказує на неадекватну діагностику та необхідність удосконалення методів скринінгу. Спостережувані гендерні відмінності (вищий рівень симптомів у чоловіків) та стабільність проявів у різних вікових групах підтверджують необхідність комплексного підходу до оцінки та психокорекції СДУГ у дорослих.

Ключові слова: розладу дефіциту уваги з гіперактивністю, РДУГ, коморбідність, гіперактивність, синдром порушення активності та уваги, імпульсивність.

ANOTATION

Knaus Anna Leonidivna. Clinical and psychological features of the course of attention deficit hyperactivity disorder in adults: diagnosis, comorbidity, and psychocorrection.

Master's qualification thesis in specialty 053 Psychology. Odesa National Academy of Law. Odesa, 2025.

This master's thesis focuses on an in-depth exploration of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the adult population. The work addresses the theoretical background, methodological strategies, empirical findings, and applied dimensions of dealing with this condition.

The **purpose** of the master's thesis is to study the clinical and psychological features of the course of ADHD in adulthood, including diagnostic analysis of the disorder, identification of concomitant (comorbid) disorders and development of practical recommendations for psychocorrectional care.

The target group of the study included 30 people of different ages and genders, namely: the age of the respondents at the time of the study was recorded from 17 to 58 years. Of all the respondents, 17 people belonged to the age group of 17-30 years, and 13 – to the age group of 31-58 years. This distribution is due to data from the World Health Organization. Also, according to official data from the Federal Statistical Office of Germany, such age periodization is often used in demographic statistics in Germany for population health research. Regarding the gender distribution of the sample – 13 of the studied people consider themselves male and

17 people are female. None of the respondents had an officially confirmed diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder.

The study was conducted using two main instruments: the Adult ADHD Self-Rating Scale (ASRS version 1.1) and the Wender Utah Rating Scale/WURS-K. For statistical analysis of the data, we chose descriptive statistics methods: arithmetic mean, median, standard deviation, minimum and maximum values.

Quantitative analysis showed that more than half of the respondents (66.7% according to the WURS-K scale and 50% according to the ASRS-v1.1) had signs of ADHD, mainly of the dominant inattention type. The average score on the WURS-K scale (41.07 points) exceeded the threshold, indicating pronounced retrospective symptoms. In addition to the main manifestations of ADHD, some respondents (about 50%) showed signs of emotional dysregulation, and approximately 16% had difficulties in social interaction. This confirms that the clinical course of ADHD in adults is often complicated by concomitant psychoemotional and interpersonal problems. Qualitative analysis confirmed that men suffer from ADHD more often (76.9%) than women (47.1%). However, age differences between the age groups 17-30 and 31-58 years are not significant. Half of individuals with positive results demonstrate emotional dysregulation disorders, and 16.7% experience social difficulties. This emphasizes the need for psychocorrectional support and development of self-regulation skills.

In addition, according to the comparative analysis, it was found that the structure of ADHD manifestations in our sample is consistent with the results of modern Ukrainian studies, which indicates its representativeness and validity for clinical and psychological practice.

Psychocorrectional work with adult patients diagnosed with ADHD requires a systemic approach that combines psychoeducation, cognitive-behavioral therapy methods, development of executive functions, emotional regulation and support of socio-behavioral therapy. Individualized methods and consideration of the patient's personality are key factors in the success of therapy.

Thus, the results of our study proved that attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a significant problem among the adult population and manifests itself mainly in the form of attention deficit and emotional dysregulation. More than half of the participants had clinically significant symptoms, which indicates inadequate diagnosis and the need to improve screening methods. The observed gender differences (higher level of symptoms in men) and the stability of manifestations in different age groups confirm the need for a comprehensive approach to the assessment and psychocorrection of ADHD in adults.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, comorbidity, hyperactivity, attention deficit disorder, impulsivity.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО-ЕМПІРИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ.....	18
1.1. Характеристика цільової групи дослідження.....	18
1.2. Обґрунтування обраних методичних підходів та інструментів аналізу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих.....	19
1.2.1. Опис процедури дослідження синдрому дефіциту уваги та гіперактивності.....	25
1.3. Етичні аспекти дослідження.....	27
РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ.....	29
2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих.....	29
2.2. Психокорекція розладу дефіциту уваги та гіперактивності: практичні рекомендації психотерапевта щодо надання психологічної підтримки дорослим із даним типом розладу.....	39
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45
ДОДАТКИ.....	51

ВСТУП

Актуальність магістерського дослідження на тему *«Клініко-психологічні особливості перебігу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих: діагностика, коморбідність та психокорекція»* визначається тим, що проблема розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дорослих досі недостатньо вивчена й окреслена. Традиційно цей синдром розглядають як характерний для дитячого віку, і саме в дитинстві він найчастіше діагностується. Водночас сучасні клінічні дослідження демонструють, що РДУГ нерідко зберігається й у дорослому віці, проте питання його своєчасної діагностики та надання психокорекційної допомоги дорослим пацієнтам залишаються значною мірою поза увагою науковців і практиків. В українській психологічній науці ця тема майже не представлена, а поодинокі напрацювання здебільшого базуються на адаптації досвіду окремих європейських країн, де дослідження проблематики РДУГ у дорослих лише починають систематизуватися.

Важливо знайти способи надання психологічної підтримки дорослим із розладом дефіциту уваги/гіперактивності та підвищити обізнаність про цей розлад у суспільстві.

Дослідження розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих є важливим фактором для психічного благополуччя, особливо в ці часи, коли ситуація в країні та світі змінюється вкрай динамічно – це пов'язано з воєнною агресією не лише в Україні, а й інших країнах Європи, Близького сходу та Азії, що призводить до вкрай стресових ситуацій та порушень ментального здоров'я населення. В останні роки інформація про РДУГ стала доступнішою, були створені спільноти, де люди можуть збиратися разом, проведено навчання з розвитку навичок тощо. Водночас повномасштабна війна, міжнародні конфлікти та загрози у багатьох країнах є значним джерелом

стресу, створюючи нові виклики для людей, які вже страждають від цього розладу.

Розлад дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ) – це проблема, яка серйозно вивчається фахівцями та часто обговорюється психологами, психотерапевтами та дослідниками в галузі психологічних наук. Сьогодні відомі основні нейропсихологічні причини розладу, механізми його впливу на поведінку людини та виникнення вторинних проблем, а також існує консенсус щодо медикаментозних та психологічних методів лікування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічний підхід до РДУГ підтверджується роботами західних вчених (Р. А. Барклі, Г. Дж. Дю Поль, К. Гіллберг, С. Гольдштейн, М. Гольдштейн, Т. Лі та багато інших); ці питання вивчаються українськими неврологами та психотерапевтами, такими як Н. В. Васильєва, О. І. Романчук, І. І. Марценковською, І. В. Сухіною, О. Г. Фірт та іншими. Незважаючи на численні успіхи в дослідженні розладу дефіциту уваги та гіперактивності, проблема продовжує щорічно зростати, а ефективні методи лікування потребують удосконалення. Багато аспектів проблеми залишаються незрозумілими та суперечливими, що вказує на необхідність подальших досліджень.

Розлад дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ) або синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) – це нейророзвитковий розлад, який впливає на самопочуття мільйонів людей. Від 2,5% до 2,8% дорослого населення має СДУГ [17, с. 789], причому розлад починається в дитинстві. Приблизно 6,8% населення має симптоматичний РДУГ (незалежно від симптомів, що проявляються в дитинстві). Це дорівнює приблизно 140 мільйонам та 366 мільйонам дорослих у всьому світі відповідно [41].

Симптоми РДУГ, такі як:

- гіперактивність;
- надмірна емоційність;
- розсіяність уваги;

- імпульсивність;
- проблеми з пам'яттю тощо можуть впливати на різні сфери життя та призводити до втрати можливостей, низької успішності безробіття, проблем у стосунках, залежної позиції та делінквентної (девіантної) поведінки [44, с. 173].

Особи дорослого віку з СДУГ схильні до низької самооцінки та гіперчутливості, особливо коли йде мова про критику, що може бути пов'язано зі збільшенням критики з боку інших протягом їхнього життя [11]. Тому своєчасна та якісна діагностика на різних рівнях допомагає розпочати лікування та запобігти непотрібним стражданням. Люди з цим розладом не можуть просто взяти себе в руки, прийняти це та зробити саме так через неврологічні відмінності.

До першого десятиліття 1990 року діагностика та дослідження синдрому дефіциту уваги та гіперактивності в основному були спрямовані на дітей, а не на дорослих [10]. Загалом, приблизно від 40% до 60% популяції пацієнтів не позбавляються РДУГ з дитячого до зрілого віку і демонструють наявні клінічні розлади дефіциту уваги, що ігноруються пацієнтами через феномен коморбідності [23, с. 533].

Збільшення кількості пацієнтів з СДУГ суттєво не відрізняється територіально – адже дорослі люди, схильні до розладу дефіциту уваги з гіперактивністю – це не «місцеве» явище, адже звернення від пацієнтів і діагностування розладу наразі фіксується практично по всьому світу [37, с. 434]. Дослідження, проведені протягом останніх трьох десятиліть, не показали збільшення поширеності СДУГ серед дітей та підлітків [37, с. 436]. За віковим розподілом розлад дефіциту уваги має найвищі показники та вищу поширеність симптомів гіперактивності в дитинстві [17, с. 296].

Згідно з нещодавніми систематичними оглядами та метааналізами, поширеність персистуючого СДУГ у дорослих у світовій популяції оцінюється приблизно в 2-3%, а «симптоматичних» варіантів – до 6–7%,

залежно від критеріїв та методу оцінки. Огляди, проведені між 2019 і 2024 роками, демонструють значну методологічну неоднорідність (різні шкали: ASRS, клінічні інтерв'ю, медичні записи), що призводить до різних оцінок у різних країнах та вибірках. Це означає, що при узагальненні результатів слід враховувати тип вибірки (популяційна чи клінічна) та діагностичні інструменти [15, с. 223-228; 38, с. 1-2].

Щодо гендерних та вікових характеристик, традиційне співвідношення «хлопчиків і дівчаток» у вибірках дітей було високим (часто 2 до 4:1), але в контексті дорослих ця різниця збалансована: кілька досліджень показують, що співвідношення чоловіків і жінок наближається до більш збалансованого співвідношення в дорослому віці (дані різняться залежно від країни та методології). Водночас кілька досліджень показують, що жінки частіше мають неухвалений тип розладу та більш інтерналізовані симптоми (тривога, депресія), і частіше мають недостатню діагностику або діагноз ставлять пізніше, ніж чоловіки. З цієї причини справжній гендерний розподіл у дорослому населенні може бути недооцінений на користь чоловіків через відмінності у тяжкості симптомів та зверненні за допомогою [51, с. 1-2; 19, с. 3-4].

Відомий американський епідеміолог Алван Р. Файнштейн (1925–2001) запровадив поняття «коморбідність» (від латинського *со* – разом; *morbus* – хвороба). Цим терміном він визначив наявність додаткової клінічної картини, яка існує раніше або може проявлятися незалежно від основного захворювання та завжди відрізняється від нього. Коморбідність визначається як поєднання двох або більше хронічних захворювань у пацієнта, які є патогенетично пов'язаними або порівнянними з часом у пацієнта, незалежно від активності кожного з цих захворювань [32, с. 721].

Таким чином, коморбідність – не лише симбіоз декількох захворювань, а також передумова виникнення нових процесів розвитку діагнозу, дотичних клінічних картин, ускладнень та прогресування захворювання, які не є властивими основному захворюванню, а також значний вплив на якість та тривалість життя.

Синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ) характеризується високою коморбідністю з іншими розладами, такими як депресія, тривожні розлади, біполярний афективний розлад та інші синдроми, що також можуть бути пов'язані зі вживанням психоактивних речовин [22, с. 2420-2421], що може ускладнювати диференціальну діагностику. Наприклад, резистентна до лікування депресія може бути пов'язана з маскуванням СДУГ [16, с. 3363].

Нещодавні дослідження підкреслили збільшення коморбідних психічних розладів у дорослих із СДУГ. Систематичні огляди показують, що понад 70% дорослих із СДУГ мають в анамнезі принаймні одне психіатричне супутнє захворювання (тривожні розлади, депресія, біполярний розлад, розлади особистості, розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин). У клінічних вибірках частота та діапазон супутніх захворювань ще вищі (наприклад, значна частка розладів настрою, розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (РВП), та розладів особистості виявляється у психіатричних популяціях). Ці результати підкреслюють необхідність комплексного діагностичного підходу (скринінг на РВП, тривожні розлади, депресію та розлади особистості) при обстеженні дорослих пацієнтів з підозрою на СДУГ [15, с. 236-254; 40, с. 126].

Наукова та практична зацікавленість у розладі дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих зростає за останні десятиліття, зокрема в Україні. Пацієнти, у яких діагностовано СДУГ у дорослому віці, стикаються з труднощами у прийнятті діагнозу, відчують полегшення, починають цікавитися цим розладом та хвилюватися про свою ідентичність. Краще розуміння та прийняття свого життя, а також чітке планування майбутнього забезпечують міцну основу для діагностики [1, с. 43]. В Україні діагнози РДУГ найчастіше зустрічаються у дітей, але останнім часом зріс попит на діагностику розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих [1, с. 47].

Українські дослідження останніх років (зокрема, адаптація діагностичних шкал та клінічних відділень у великих центрах) підтверджують міжнародні висновки: СДУГ у дорослих значно недооцінений, має високий

ступінь коморбідності та потребує мультидисциплінарного підходу: поєднання фармакотерапії (за показаннями) з психотерапією (КПТ, усвідомленість, коучинг), соціальною підтримкою та нейропсихологічною реабілітацією. Українські дослідження також наголошують на адаптації діагностичних методів (включаючи переклад/валідацію шкал ASRS/WURS) та навчанні клінічних фахівців для роботи з дорослими пацієнтами з СДУГ [6, с. 5-7; , 40, с. 126].

Що стосується розроблених інтервенцій та психокорекційних втручань, то варто звернути увагу на те, що а останні три-п'ять років накопичилася велика кількість доказів на користь психотерапевтичних (нефармакологічних) підходів: метааналізи та рандомізовані клінічні випробування (РКВ) показують, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для дорослих з СДУГ, зосереджена на організації, управлінні часом, плануванні та регуляції емоцій, має помірний або значний вплив на симптоми та функціонування (особливо як доповнення до медикаментозного лікування). Також зростає база доказів щодо втручань усвідомленості, інтернет-КПТ (іКПТ) та програм коучингу/навчання навичкам. Ці методи демонструють покращення уваги, виконавчих функцій та якості життя, хоча довгострокова ефективність та порівняльні переваги цих підходів все ще досліджуються [33, с. 1; 29 2025, с. 1-3].

Варто зазначити, що в медичній та психологічній літературі розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) трактується під різними назвами. Найпоширенішими є: синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ), розлад дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ), іноді – синдром порушення активності та уваги (СПАУ), а також гіперкінетичний розлад. Незважаючи на відмінності у термінології, змістовне наповнення діагнозу залишається подібним, оскільки його клінічні прояви об'єднують ті самі базові характеристики. Традиційно діагностичні критерії групуються у дві основні категорії симптомів: порушення концентрації уваги та ознаки гіперактивно-імпульсивної поведінки. У подальшому викладі для позначення даного синдрому ми будемо використовувати аббревіатуру РДУГ або СДУГ.

Метою проведеного дослідження в межах цієї кваліфікаційної роботи є емпіричне вивчення клініко-психологічних особливостей перебігу РДУГ у дорослому віці, що включає діагностичний аналіз стану, виявлення супутніх (коморбідних) розладів та розробку практичних рекомендацій щодо психокорекційної допомоги.

Згідно із зазначеною метою кваліфікаційної роботи, для її досягнення виокремимо наступні **завдання** магістерського дослідження:

1. Здійснити узагальнений аналіз теоретичних напрацювань сучасної наукової літератури, що стосується проблематики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ/РДУГ) у дорослих.
2. Обґрунтувати вибір методологічних підходів, а також провести характеристику досліджуваної вибірки та використаних психодіагностичних інструментів для вивчення особливостей РДУГ у дорослих.
3. Надати детальний опис процедури проведення емпіричного дослідження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю та умов його реалізації.
4. Проаналізувати отримані результати емпіричного вивчення перебігу РДУГ у дорослому віці, виокремивши основні закономірності та специфічні особливості.
5. Розробити практичні рекомендації, спрямовані на психокорекційну роботу та надання психологічної допомоги й підтримки дорослим із діагностованим РДУГ.

Об'єкт дослідження – розлад дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих.

Предмет дослідження – клініко-психологічні особливості перебігу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих.

Методологічна база дослідження. У процесі підготовки магістерської роботи було застосовано комплекс методів, що забезпечив як теоретичне, так і емпіричне вивчення проблематики.

1. **Теоретико-методологічні методи** – аналіз сучасних наукових публікацій, монографій та електронних ресурсів із психології та психіатрії, а також систематизація та узагальнення отриманих відомостей. Це дозволило уточнити ключові поняття, визначити особливості перебігу РДУГ у дорослому віці та обґрунтувати вибір діагностичних інструментів.
2. **Емпіричні методи** – психодіагностичне тестування із застосуванням стандартизованих опитувальників та шкал. Для статистичної перевірки гіпотез застосовувалися методи кількісної обробки даних, що забезпечило надійність і валідність результатів.

Наукова новизна полягає у вивченні РДУГ як феномену, що поєднується з іншими психічними станами (коморбідність) саме в дорослому віці. Якщо більшість попередніх досліджень акцентували увагу переважно на дитячих проявах розладу, то дана робота спрямована на аналіз особливостей його перебігу в дорослому контексті. Окрім того, зазначена проблематика залишається недостатньо висвітленою у вітчизняній психології, що підкреслює актуальність і новизну дослідження.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що використання запропонованої комбінації діагностичних методик дозволяє комплексно оцінювати клініко-психологічні характеристики РДУГ у дорослих та виявляти його взаємозв'язок із коморбідними станами. Результати можуть слугувати основою для створення програм психокорекції, спрямованих на підтримку психічного здоров'я осіб із РДУГ, а також для розробки методичних рекомендацій для практичних психологів. Отримані висновки мають потенціал до подальшого використання у науково-пошукових та прикладних дослідженнях. Крім того, були проведені підготовчі дії для подальшої валідазації методик дослідження (WURS-K та ASRS-v1.1) для України.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів – методико-дослідницького та емпірично-аналітичного, висновків, списку використаних джерел, що містить 51 найменування.

Загальний обсяг роботи складає 53 сторінки, з них основного тексту – на 44 сторінках, додатки розташовані відносно загального обсягу роботи на сторінках 51-53 і містять 2 найменування.

Публікація автора за темою дослідження: Кнаус А. Л., Ульянов В.О. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих. Сучасна психологія виклики та перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Одеса, 10 жовтня 2025 року, за заг. ред. проф. Аракеляна М.Р. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2025.

РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО-ЕМПІРИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ

1.1. Характеристика цільової групи дослідження

У дослідженні взяли участь 30 осіб віком 17-58 років, 13 з яких – чоловіки та 17 – жінки. Жоден з респондентів не мав офіційно підтвердженого діагнозу синдрому дефіциту уваги/гіперактивності. З усіх респондентів 17 осіб належали до вікової групи 17-30 років, а 13 – до вікової групи 31-58 років. Для визначення вікових категорій було використано класифікацію, запропоновану Всесвітньою організацією охорони здоров'я, згідно з якою перша група (17-30 років) переважно стосується молодого дорослого віку, а друга (31-58 років) охоплює дорослий та середній вік [47, с. 5]. За даними Федерального статистичного управління Німеччини, така вікова періодизація часто використовується в демографічній статистиці Німеччини для досліджень здоров'я населення [42, с. 12]. Це дозволяє точніше порівнювати результати між віковими групами, враховуючи особливості когнітивного та психосоціального розвитку на різних етапах життя.

Згідно з німецькою статистичною практикою (Destatis/RKI), вікові інтервали зазвичай поділяються на групи по п'ять років або більше (наприклад, 15-24, 25-34, 35-44 тощо). Перша підгрупа (17-30) охоплює дві вікові категорії, що зазвичай використовуються в Німеччині (15-24 та 25-34), тоді як друга підгрупа (31-58) охоплює кілька старших вікових категорій (25-34, 35-44, 45-54 та, частково, 55-59), що ускладнює пряме порівняння без подальшої розбивки.

Оскільки підгрупи функціонально відрізняються за змістом та критеріями розвитку (молодші респонденти частіше перебувають на стадії «молодої дорослості/підліткового віку», тоді як старші респонденти частіше перебувають у зрілому віці), можна очікувати відмінностей у різних психологічних та поведінкових показниках. Однак статистичне підтвердження значущості відмінностей між групами вимагає інформації про індивідуальний

вік (для розрахунку середнього/медіани та стандартного відхилення) та застосування відповідних тестів (t-тест або U-тест для порівняння середніх значень, χ^2 для категоріальних змінних).

Загалом, населення Німеччини віком від 17 до 58 років характеризується високим рівнем освіти, зайнятістю в різних секторах економіки та активною участю в суспільному житті. Більшість цієї групи працює, сплачує податки та забезпечує економічний розвиток країни. За статистикою частіше за все ця соціальна група – а саме група дорослого населення європейських країн дуже вразлива до психологічних проблем та розладів через високу зайнятість, схильність до гіпервідповідальності та високий рівень інтелекту, що швидко виснажує психіку людини [2, с. 49].

Також, підсумовуючи, варто зазначити, що взаємозв'язку між типом зайнятості, сімейним станом, способом життя, політичним чи соціальним статусом та симптомами СДУГ не виявлено у рамках даного магістерського дослідження. Окремі психологічні дослідження з конкретизацією гендерних особливостей, включаючи різні соціальні сфери життя людини, може бути також корисним у майбутньому.

1.2. Обґрунтування обраних методичних підходів та інструментів аналізу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих

У даній магістерській роботі розглядається специфіка перебігу синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дорослих, зосереджено увагу на питаннях діагностики, коморбідних станів та можливостей психокорекційного впливу.

Для проведення тестування у рамках магістерського дослідження було обрано наступні **методи**:

- 1) Шкала оцінки Вендера Юти/WURS-K (Wender Utah Rating Scale Kurzform) [43]. Текстовий формат мовою оригіналу наведено у Додатку А.
- 2) Шкала Діагностики СДУГ (РДУГ) у Дорослих/Adult Self-Report Scale (ASRS-v1.1) [8]. Шкалу мовою оригіналу наведено у Додатку Б. Також

у Додатку В є Українська версія шкали діагностики РДУГ у дорослих (ASRS v1.1).

Шкала оцінки Вендера Юти/WURS-K (Wender Utah Rating Scale Kurzform)

Шкала оцінки РДУГ у дорослих Вендера–Юти (*Wender–Utah Adult ADHD Rating Scale 25, WURS-25*) [43, с. 885] належить до найбільш апробованих і поширених у світовій практиці психодіагностичних інструментів, що застосовуються для первинного скринінгу симптоматики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Вона дозволяє простежити наявність характерних проявів, які беруть свій початок ще в дитячому віці, та оцінити їх збереження у дорослому періоді життя.

Шкала розроблялася з метою ретроспективної оцінки симптомів СДУГ у дорослих, що тягнеться з дитинства. Це означає, що її можна застосовувати особам старше 18 років.

1993 року вчені Університету Юти (США) під керівництвом Пола Вендера розробили тест. Вендер, якого прозвали «Деканом СДУГ», зробив неоціненний внесок у розробку діагностики та визнання реальності СДУГ [43, с. 887].

Основною метою шкали було надання допомоги дорослим у оцінці та виявленні ймовірності розвитку СДУГ у дитинстві, з тієї причини, що даний синдром часто залишається недіагностованим у ранньому дитинстві.

Тестування пройшло через багатетапні процеси валідації, щоб забезпечити його точність та надійність. Даний тест застосовують в усьому світі в клінічних дослідженнях та в психологічній або терапевтичній практиці [43, с. 888].

Склад тесту – 25 тверджень, кожен із цих пунктів оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 («зовсім не стосується») до 4 («цілком стосується»), що призводить до загального балу від 0 до 100 балів. Бал ≥ 46 балів вважається позитивним критерієм скринінгу та вказує на високу ймовірність клінічно значущих симптомів СДУГ у дитинстві, які можуть

зберігатися в дорослому віці. Окрім загального балу, важливим є якісний аналіз відповідей: пункти, пов'язані з імпульсивністю, гіперактивністю, емоційною лабільністю та труднощами з концентрацією уваги, вважаються найбільш інформативними. Шкала продемонструвала високу внутрішню узгодженість ($\alpha > 0,90$) та чутливість/специфічність у розрізненні пацієнтів з СДУГ та контрольної групи, що робить її ефективним інструментом початкового скринінгу для подальшої клінічної діагностики [43, с. 890].

Тест може тривати приблизно 4 хвилини. Результати тесту не замінюють психіатричного діагнозу.

Використання шкали оцінювання Вендера, штат Юта, у скороченій формі (WURS-K) у цьому дослідженні виправдане її високою чутливістю до ретроспективних проявів симптомів СДУГ у дитинстві, які зберігаються та змінюються в дорослому віці. Ця методика широко використовується в міжнародній клінічній та психологічній практиці для первинного скринінгу та диференціальної діагностики, що підтверджено результатами численних емпіричних досліджень [43, с. 74]. Вона дозволяє не лише виявляти симптоми в дитинстві, але й оцінювати їх інтенсивність та вплив на функціонування особистості, що важливо для виявлення дорослих з недіагностованим СДУГ.

Шкала Діагностики СДУГ (РДУГ) у Дорослих/Adult Self-Report Scale (ASRS-v1.1)

Шкала самооцінки СДУГ (ASRS v1.1) у дорослих Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розроблялась у межах перегляду Композитного міжнародного діагностичного інтерв'ю ВООЗ – Composite International Diagnostic Interview (CIDI) для опитувань Глобальної ініціативи ВООЗ з психічного здоров'я або World Mental Health (WMH) [26, с. 245]. Далі ми використовуємо аббревіатуру ASRS для шкали СДУГ у дорослих.

Діагностична шкала СДУГ для дорослих охоплює 18 запитань, спрямованих на визначення частоти прояву ключових симптомів відповідно до критеріїв *DSM-IV*. У деяких адаптованих версіях опитувальник поділяється на дві підшкали: «неуважність» (питання 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11) та

«гіперактивність/імпульсивність» (5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Водночас у матеріалах Гарвардської медичної школи (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS) такий поділ відсутній, оскільки анкетування орієнтоване на виявлення цілісної клінічної картини розладу.

Опитувальник складається з двох частин: у розділі «А» подано шість запитань, що виконують функцію скринінгу, тоді як у розділі «Б» розміщені інші дванадцять пунктів. Учасники дослідження оцінюють частоту прояву симптомів і поведінкових патернів протягом останніх шести місяців. Кожна відповідь фіксується за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 1 – «ніколи» до 5 – «дуже часто»), що дозволяє кількісно визначити рівень вираженості симптомів.

У перших емпіричних дослідженнях [7, с. 146; 26, с. 148] автори шкали пропонували два підходи до інтерпретації результатів: повний (загальна оцінка за скринінговою частиною у межах 0-24 балів) та скорочений, де відповіді «ніколи», «рідко» й «іноді» прирівнюються до 0, а «часто» і «дуже часто» – до 1 бала, що формує діапазон від 0 до 6 балів.

Шкала ASRS-V1.1, як у повній, так і в скороченій версіях, була перекладена та адаптована до численних лінгвістичних та культурних середовищ: угорської [18], іспанської [34, с. 1674-1684], тайської [28, с. 218-227], корейської [30, с. 41-46], китайської [49, с. 45-54] та інших. Ми згадуємо ці мови в цьому дослідженні, оскільки знайшли статті про адаптацію або валідацію шкали ASRS-V1.1 у цих лінгвістичних середовищах.

Оновлена коротка версія шкали ASRS була опублікована авторами у 2017 і мала аббревіатуру ASRS-5, вона також була узгоджена з діагнозом DSM-5 семантично та статистично [48, с. 520-526]. Тому майбутні дослідження СДУГ у дорослих в Україні також повинні враховувати цю оновлену шкалу скринінгу.

Отже, опитувані могли отримати загальний бал у діапазоні від 0 до 6 балів, з пороговим значенням у 4 бали, що вказує на СДУГ. Однак, відповідно до

дослідження 2007 року щодо валідності скринінгової шкали [27, с. 52-53], метод розрахунку загального балу від 0 до 24 науковці вважають точнішим більш приближеним до клінічного оцінювання, а тому і найдоцільнішим для емпіричної мети у дослідженнях поширеності та кореляцій СДУГ. Згідно з цією системою, 0 балів додається при наданні відповіді «Ніколи», 1 бал коли респондент відповідає «Рідко», 2 бали при відповіді «Іноді», 3 бали нараховується у разі відповіді «Часто» та 4 бали за відповідь «Дуже часто». Оцінка за 6 питань у підсумку варіюється в розкладці від 0 до 24.

Для позитивного значення скринінгового тесту на СДУГ нижній поріг відповідає чотирнадцяти балам. Розробники методики диференціюють загальну кількість балів на чотири діапазони: 0-9 = слабо негативний, 10-13 = сильно негативний, 14-17 = слабо позитивний та 18-24 = сильно позитивний [8].

Оновлення авторів щодо шкали скринінгу СДУГ (частина «А» загальної шкали) були опубліковані у лютому 2024 року. Спочатку шкала була дихотомічною: 0 для частоти «ніколи», «рідко» або «іноді», а 1 для «часто» та «дуже часто». Метою було підвищення діагностичної точності інструменту у дорослому населенні. Найважливіші зміни зосередилися на уточненні формулювання кожного пункту для кращої валідності в різних культурних та клінічних контекстах, перегляді порогових критеріїв та оновленні алгоритму інтерпретації результатів. Особливий акцент було зроблено на чіткішому розмежуванні між труднощами концентрації, типовими для здорових людей, та клінічно значущими проявами СДУГ. Покращена версія частини «А» зберігає свою функцію скринінгу та пропонує високу чутливість для виявлення можливих випадків СДУГ, водночас демонструючи підвищену специфічність завдяки оновленим пороговим значенням та стандартизованим критеріям оцінки. Це дозволяє ефективніше використовувати інструмент у первинній діагностиці та епідеміологічних дослідженнях [24].

Шкала самостійного оцінювання РДУГ у дорослих (ASRS-v1.1) дозволяє об'єктивно оцінити поточні симптоми розладу в дорослому віці, враховуючи сучасні клінічні критерії, визначені в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, п'яте видання. ASRS v1.1 рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я як один з фундаментальних інструментів для скринінгу СДУГ у дорослих завдяки високій валідності, надійності та хорошим психометричним показникам (α Кронбаха $> 0,80$) [25, с. 113]. Ця шкала дозволяє не лише виявити наявність симптомів, але й оцінити їх частоту та вплив на життя, що робить її ефективним інструментом для клінічної практики та досліджень.

Спільне застосування WURS-K та ASRS версії 1.1 забезпечує підвищену точність діагностики завдяки поєднанню ретроспективної та поточної інформації. Такий підхід дозволяє зрозуміти повний клінічний та психологічний контекст розладу від дитинства до дорослого віку, що особливо важливо, враховуючи відомі випадки пізньої діагностики та високу коморбідність з іншими психічними розладами [17, с. 56]. Крім того, використання двох валідованих для Німеччини інструментів знижує ризик хибно негативних або хибно позитивних результатів та підвищує надійність інтерпретації даних, таким чином задовольняючи вимоги доказової психології та клінічної діагностики.

Коли ми говоримо про валідність методик, то мова йде саме про методики мовою оригіналу і їх валідність у країнах Європи та Азії. Проте, немає достовірних наукових публікацій, що підтверджують повну валідність українських адаптацій Шкали самооцінки дорослих (ASRS-v1.1) або Шкали короткої форми оцінки Вендера, штат Юта (WURS-K) (або їх коротких версій) для дорослих в Україні. Шкала оцінки ASRS-v1.1 згадується в низці українських досліджень, але повноцінного валідаційного дослідження з опублікованими психометричними властивостями ми не знайшли.

1.2.1. Опис процедури дослідження синдрому дефіциту уваги та гіперактивності

Емпірична частина дослідження ґрунтувалась на застосуванні двох стандартизованих міжнародних методик, спрямованих на виявлення проявів СДУГ у дорослому віці в умовах коморбідності. До вибірки були залучені 30 респондентів різної статі (13 чоловіків та 17 жінок), представників населення Німеччини у віковому діапазоні від 17 до 58 років. Діагностичні процедури проводилися у форматі безпосередніх офлайн-зустрічей з кожним учасником.

Учасники попередньо заповнили коротку анкету із соціально-демографічними показниками: вік, стать, освіта, зайнятість та інформація про попередні психіатричні або неврологічні діагнози. Інформація про учасників дослідження залишається конфіденційною.

Ключовим завданням використання психологічних тестів стало виявлення та оцінка особливостей прояву СДУГ у дорослих, з подальшим аналізом феномену його поєднання з іншими психічними станами. Отримані результати покладено в основу розробки рекомендацій щодо психокорекційних заходів і практичної підтримки осіб із зазначеним розладом.

Для досягнення зазначених цілей виокремлено наступні **етапи дослідження**:

1. Проведення тестування за двома міжнародними методиками для діагностування СДУГ у дорослих.
2. Аналіз отриманих результатів дослідження за тестуванням і статистична обробка даних та подальшого використання даних цього дослідження для розробки психокорекційних методик.
3. Власне, розробка психологічних рекомендацій щодо корекції поведінки та надання підтримки психологічної допомоги людям, що страждають на РДУГ.

Дослідження проводилося поетапно відповідно до етичних принципів Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо психологічних досліджень та

національних етичних стандартів. Перед початком дослідження всі учасники отримали інформаційний лист із поясненням мети, завдань та умов участі, а також надали усну згоду на добровільну участь. Дослідження проводилося вічна-віч в індивідуальних інтерв'ю для забезпечення конфіденційності та анонімності результатів. Процедура підготовки до тестування, що включала особисту бесіду та роз'яснення респондентам мети тестування та визначення тайм-менеджменту для кожного опитуваного.

Загалом етапи дослідження включали:

1. Проведення емпіричного дослідження у вигляді тестів з усіма респондентами за обраними методиками мовами оригіналу.
2. Процес перекладу результатів дослідження з мови оригіналу (англійської та німецької) на українську мову.
3. Аналіз результатів дослідження, інтерпретація і статистичний аналіз отриманих даних.

Основна частина складалася з психодіагностичної оцінки з використанням двох стандартизованих інструментів: шкали оцінювання Вендера, штат Юта (WURS-K) та шкали самооцінки дорослих (ASRS-v1.1). Обидві шкали використовувалися у своїх валідованих німецьких версіях. Учасники спочатку заповнили WURS-K для ретроспективної оцінки симптомів СДУГ у дитинстві, а потім ASRS-v1.1 для діагностики поточних проявів у дорослому віці.

Щоб мінімізувати вплив ситуативних факторів (вдома, тривога, зовнішні впливи), опитування проводилося за однакових умов: у тихій кімнаті без відволікаючих подразників. Учасники отримували однакові інструкції, а дослідник мав змогу надати додаткові уточнення під час постановки питань, не впливаючи на зміст відповідей.

Для статистичного аналізу отриманих результатів було використано ряд описових та висновкових статистичних методів. Попередньо було перевірено цілісність даних, точність вхідних даних та наявність відсутніх значень. Для узагальнення результатів шкали оцінки Wender Utah Short Form Rating Scale

(WURS-K) та шкали самозвіту дорослих (ASRS-v1.1) було розраховано основні описові статистичні показники: середнє арифметичне, медіану, стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення. Це дозволило оцінити загальну тенденцію щодо тяжкості прояву симптомів у вибірці та її варіабельність.

Для оцінки відмінностей між віковими та гендерними групами використовувалися параметричні та непараметричні критерії, залежно від нормальності розподілу даних, що перевірялося за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. У випадках нормального розподілу використовувався t-тест Стюдента для незалежних вибірок, а у випадках ненормального розподілу – U-тест Манна-Вітні. Для виявлення можливих кореляцій між показниками обох шкал використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Для аналізу поширеності симптомів, пов'язаних з СДУГ, у дорослих ми додатково розраховали частоту та частку респондентів, які перевищують клінічно значущий поріг за обома шкалами. Статистична значущість була встановлена на рівні $p < 0,05$, що відповідає загальноприйнятим стандартам у психологічних та біомедичних дослідженнях [21, с. 44].

1.3. Етичні аспекти дослідження

Оскільки в наших дослідженнях ми працюємо з окремими особами, ми доклали всіх зусиль, щоб уникнути порушення їхніх прав та заподіяння шкоди. Тож ми передбачили та забезпечили дотримання певних етичних норм і правил для психологічного комфорту респондентів:

- 1) Конфіденційність та секретність персональних даних були гарантовані шляхом обмеження доступу до бази даних, що містить відповіді, що запобігало доступу третіх осіб. Для статистичних розрахунків публікувалися лише такі дані, як стать та вік, у зведених таблицях та графіках.
- 2) Оскільки в цьому дослідженні не проводилися аудіо- чи відеозаписи, цим аспектом можна було знехтувати. Учасників було поінформовано про мету, конфіденційність та тривалість дослідження. Після підготовки

учасників, їм було надано форму згоди, в якій вони підтвердили свою добровільну участь у дослідженні.

- 3) Ми запросили до участі в опитуванні лише дорослих віком від 18 років. Оскільки ми не могли перевірити точність цієї інформації, ми покладалися на чесність респондентів.
- 4) Респонденти могли поставити будь-які запитання чи поскаржитись надіславши листа електронною поштою або особисто, оскільки тести проводилися особисто з кожним респондентом.

Одним з аспектів, що заслуговує на увагу, було питання «статі». Один респондент та кілька колег зазначили, що в цьому контексті доречнішим був би термін «гендер», як прийнято в європейському суспільстві. Це порушує питання про те, що нас більше хвилює: біологічний статус людей чи їхня соціальна роль, і як це впливає на мету та висновки дослідження. Наразі ми не маємо чіткої відповіді на це питання, але ми приділимо йому більше уваги в майбутніх дослідженнях.

Проте, особливості гендерної диференціації не є предметом даного дослідження і ніяк не впливає на його результати в даному випадку, бо розглядається загальна картина виявлення та перебігу РДУГ у дорослих без уточнення гендеру.

У нашому дослідженні були задіяні люди без діагностованих психічних розладів (СДУГ, депресія, підозра на розлад аутистичного спектру), однак це було виявлено лише під час аналізу зібраних даних. Деякі респонденти повідомляли про отримання психіатричної допомоги. У разі скарг ми зв'язували їх зі спеціалістами, щоб вони не залишалися наодинці зі своїми проблемами.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ

2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих

Початковий етап емпіричного дослідження передбачав проведення діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих із використанням скороченої версії Шкали оцінки Вендера-Юти (WURS-K, Wender Utah Rating Scale Kurzform).

Емпіричне дослідження проводилось офлайн серед населення Німеччини, при особистих зустрічах з респондентами із залучення жінок та чоловіків різного віку (від 17 до 58 років). В дослідженні брали участь 30 осіб – 17 жінок та 13 чоловіків.

Скорочена версія методики WURS-K (Wender Utah Rating Scale) застосовується для ретроспективного аналізу проявів симптомів РДУГ у дитячому віці, спираючись на суб'єктивні спогади дорослого пацієнта. Граничним індикатором, що свідчить про можливу наявність РДУГ, вважається результат у 36 балів і більше.

За класичними інтерпретаціями, пороговим значенням вважають ≥ 30 або 36 балів (залежно від вибраної шкали) для ймовірного діагнозу РДУГ у минулому. Графічні результати дослідження надано нижче у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. Результати дослідження РДУГ у дорослих за Шкалою оцінки Вендера Юти/WURS-K (Wender Utah Rating Scale Kurzform)

Номер респондента	Результати за WURS-K
1	24
2	23
3	36
4	73
5	49
6	63
7	28

8	46
9	59
10	57
11	15
12	32
13	25
14	39
15	57
16	56
17	41
18	42
19	57
20	43
21	39
22	44
23	17
24	37
25	29
26	33
27	42
28	52
29	33
30	41

Статистичні показники:

- Середнє: 41.07
- Медіана: 41.00
- Мінімум: 15.00
- Максимум: 73.00
- Стандартне відхилення: 14.07

1. Загальна тенденція:

Середнє значення у вибірці складає 41,07 балів, що перевищує порогове значення. Це свідчить про високий рівень проявів симптомів, характерних для РДУГ, у більшості учасників дослідження.

2. Розкид результатів:

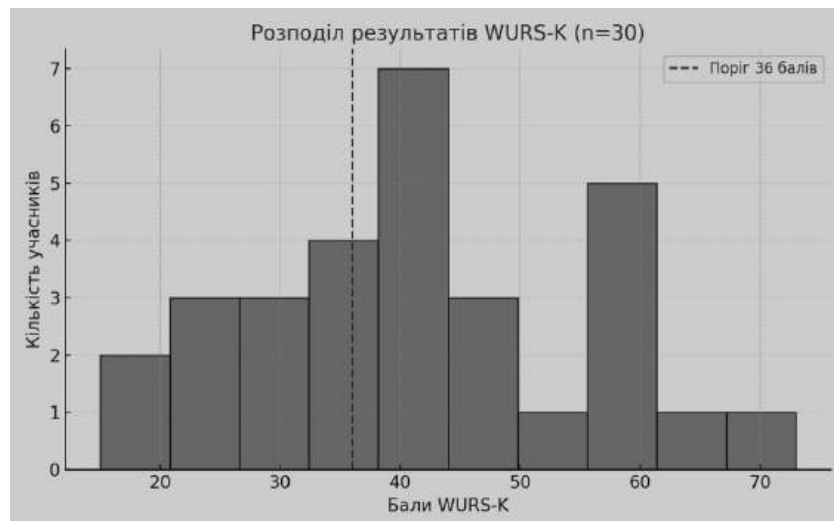
Значення варіюють від 15 до 73 балів, що вказує на наявність як учасників з мінімальними ознаками РДУГ, так і тих, у кого спостерігається дуже високий рівень симптомів.

3. Розподіл відносно порогу:

- Якщо брати поріг 36 балів, то 20 із 30 осіб ($\approx 66,7\%$) перевищують його.
- Це свідчить, що дві третини вибірки мають високий ризик наявності РДУГ з дитинства.

Нижче гістограма розподілу результатів WURS-K для 30 учасників. Пунктирна лінія червоного кольору вказує на розмежування значень 36 балів – видно, що більшість значень розташовані праворуч від цього порогу, тобто в зоні високого ризику РДУГ.

Гістограма 2.1. Розподіл результатів дослідження за WURS-K



Отже, результати дослідження РДУГ у дорослому віці за Шкалою WURS-K показують, що у більшості опитаних проявлялися виражені симптоми РДУГ. Дослідження потребує подальшого аналізу з урахуванням клінічних даних, анамнезу та сучасних симптомів для підтвердження діагнозу.

На другому етапі дослідження ми застосували Шкалу діагностики СДУГ (РДУГ) у Дорослих/Adult Self-Report Scale (ASRS-v1.1).

Результати дослідження РДУГ у дорослих за ASRS-v1.1 представлені у таблиці 2.1.1.

Таблиця 2.1.1. Результати дослідження РДУГ у дорослих за методикою ASRS-v1.1

№	Стать	Вік	РДУГ	РДУГ (дефіцит уваги)	РДУГ (гіперактивність)	Підозра: РДУГ з емоційною дисрегуляцією	Підозра: СДВГ з соціальним и порушення ми
1	М	28					
2	М	28		✓			
3	Ж	18		✓		✓	
4	Ж	18	✓			✓	✓
5	М	27		✓		✓	✓
6	Ж	22	✓			✓	✓
7	Ж	23		✓			
8	Ж	21		✓		✓	
9	Ж	22		✓			✓
10	М	33	✓				
11	Ж	18		✓			
12	М	54	✓				
13	М	32		✓			
14	Ж	44	✓				
15	М	29	✓			✓	
16	М	45	✓			✓	
17	Ж	30				✓	
18	М	27	✓			✓	
19	Ж	34	✓			✓	
20	М	58		✓			
21	М	37	✓				
22	Ж	41	✓			✓	
23	Ж	29		✓			
24	Ж	44		✓			
25	Ж	38		✓			
26	Ж	37		✓		✓	
27	М	24	✓			✓	
28	М	18	✓			✓	✓
29	Ж	17	✓				

30	Ж	38	✓			✓	
----	---	----	---	--	--	---	--

Нижче наведені графічні результати дослідження РДУГ у дорослих за методикою ASRS-v1.1. у вигляді кругових діаграм.

Діаграма 2.1. Загальні результати дослідження РДУГ у дорослих за ASRS-v1.1.



1. Загальні результати

- РДУГ – підтверджений дефіцит уваги з гіперактивністю – 15 осіб (50.0%)
- У решти 15 респондентів, а це також 50% з усіх досліджуваних, РДУГ не було виявлено.

Діаграма 2.1.1. Розподіл типів РДУГ серед виявлених випадків



Графічні дані підтверджують, що серед 15 пацієнтів з РДУГ переважно з дефіцитом уваги було виявлено 86,7%, тобто 13 осіб.

У той час, коли РДУГ з переважною гіперактивністю не виявлено взагалі. Проте, пацієнти з РДУГ змішаного типу відповідають показнику 13, 3%, а це двоє з досліджуваних осіб з РДУГ.

Інші психоемоційні ознаки у пацієнтів з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю наведено графічно нижче.

Діаграма 2.1.2. Додаткові ознаки серед респондентів з РДУГ



Діаграма відображає розподіл додаткових ознак серед респондентів з СДУГ (n=15). 15 респондентів із 15 виявлених з СДУГ мають підозру на тип СДУГ із емоційною дисрегуляцією, тобто 100% діагностованих, тоді як 33,3% – це п'ятеро із 15 мають підозру РДУГ з порушенням соціальних відносин.

2. Психоемоційні ризики

У значної частини учасників із позитивними результатами на РДУГ виявлено додаткові емоційні та соціальні труднощі, що може ускладнювати адаптацію в професійній та особистій сферах.

Це підкреслює важливість не лише діагностики, а й психологічної підтримки та розвитку навичок саморегуляції.

Отже, перейдемо до висновків – висока частка осіб з ознаками РДУГ (50%) серед вибірки може свідчити або про специфіку вибірки (наприклад, наявність

факторів ризику у групі дослідження), або про актуальність проблеми для даної популяції.

Переважає більшість випадків припадає на неуважний тип РДУГ, що відповідає даним наукових досліджень, де у дорослих домінує саме дефіцит уваги.

Відсутність випадків «чистого» гіперактивного типу підтверджує, що у дорослих гіперактивність з віком зменшується або трансформується у внутрішнє відчуття неспокою.

Значна частка осіб із емоційною дисрегуляцією (50% від загальної кількості) вказує на важливість психологічної підтримки та корекційних програм, спрямованих на управління емоціями.

Порушення соціальних відносин, виявлені у 16,66% респондентів, можуть бути вторинним наслідком РДУГ або супутніх психологічних проблем.

Таким чином, результати за шкалою WURS-K коливалися від мінімальних (15 балів) до надзвичайно високих (73 бали), що демонструє неоднорідність симптоматики в дорослих та різний ступінь її впливу на життя респондентів.

Дослідження підтвердило доцільність використання кількох методик для діагностики РДУГ, оскільки поєднання ретроспективної оцінки (WURS-K) та актуального самозвіту (ASRS-v1.1) дає більш повне уявлення про картину розладу.

Для статистичного аналізу одержаних результатів було використано різні методи описової та висновкової статистики. Повнота та точність введених даних, а також наявність пропусків у вибірці були попередньо перевірені. Результати дослідження були узагальнені за шкалою оцінювання Вендера, штат Юта (WURS-K) та шкалою самооцінювання РДУГ дорослих (ASRS-v1.1) шляхом розрахунку основних описових статистичних показників: середнього арифметичного (M), медіани (Me), стандартного відхилення (SD), мінімального (Min) та максимального (Max) значень. Це дозволило оцінити тяжкість симптомів, мінливість та загальні тенденції вибірки.

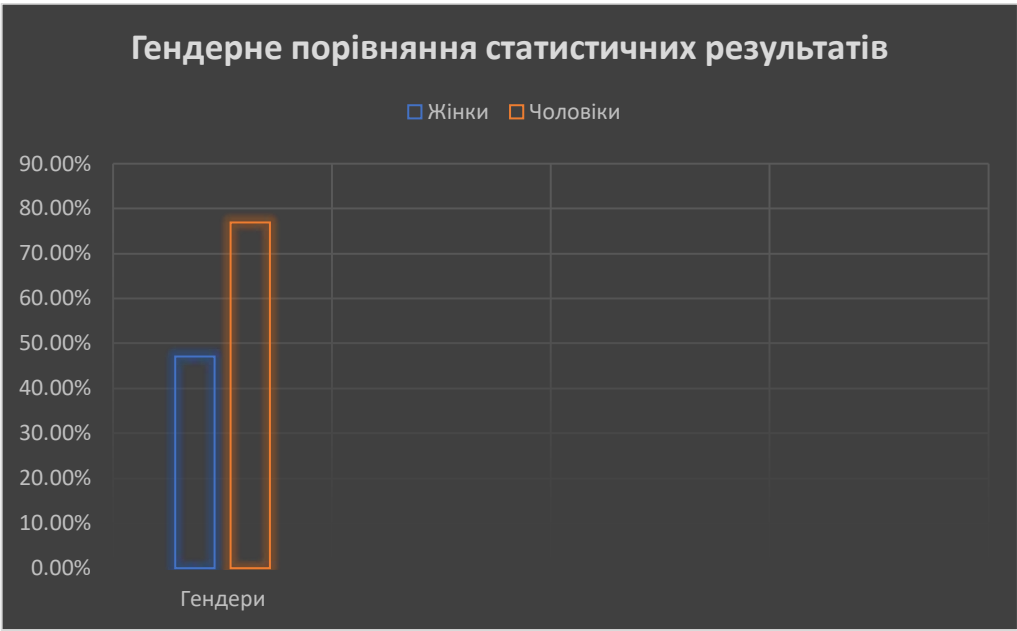
За шкалою WURS-K середній бал становив $M = 41,07 \pm 14,07$, що перевищує поріг у 36 балів та свідчить про значну тяжкість симптомів СДУГ у більшості респондентів. Діапазон показників (від 15 до 73 балів) демонструє значну варіабельність результатів, що може бути пов'язано з різними проявами ретроспективної симптоматики у досліджуваних. Частка респондентів, які перевищили поріг, становила 66,7%, тобто дві третини вибірки мали високий ризик розвитку СДУГ у дорослому віці.

Аналіз статистичних даних за шкалою ASRS версії 1.1 показали, що у 15 з 30 учасників (50%) спостерігалися клінічно значущі прояви СДУГ у дорослому віці. Найпоширенішим типом був розлад дефіциту уваги/імпульсивний розлад (43,3%), тоді як чисто гіперактивно-імпульсивний тип не був виявлений, а змішаний тип спостерігався лише у 6,7% випадків. Крім того, серед тих, хто отримав позитивний результат тесту (50% респондентів), високий рівень емоційної дисрегуляції та ознаки соціальної дисфункції спостерігалися у 16,7%.

Нормальність розподілу даних за шкалами перевіряли за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. Для оцінки відмінностей між віковими групами (17-30 років та 31-58 років) та статтю використовували t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (у випадках нормального розподілу) та U-критерій Манна-Вітні (у випадках відхилення від нормального розподілу). Для визначення зв'язку між результатами обох методів використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, що дозволило оцінити узгодженість між ретроспективними (WURS-K) та поточними (ASRS-v1.1) проявами симптомів. Рівень статистичної значущості встановлювали на рівні $p < 0,05$, що відповідає загальноприйнятим критеріям у психологічних та біомедичних дослідженнях [21, с. 44].

Гендерні відмінності на виявлення підозри на РДУГ графічно зафіксовано на малюнку 2.1.

Діаграма 2.1. Гендерне порівняння результатів за виявленням РДУГ



Отже, як ми бачимо, внутрішньогрупові показники (у межах кожної статі) розподілилися таким чином: ознаки СДУГ виявлено у 76,9 % чоловіків і 47,1 % жінок, що свідчить про суттєву різницю у рівні проявів між статями.

Також було проведено порівняльний аналіз серед вікових груп досліджуваних. Результати графічно наведені у діаграмі 2.1.1.

Діаграма 2.1.1. Порівняльний аналіз результатів за виявленням РДУГ в межах двох вікових груп



Таким чином, за віковими підгрупами результати дослідження розподілено наступним чином: у віці 17-30 років позитивні результати виявлено у 58,8 %, у віці 31-58 років – у 61,5 %.

а у віці 31-58 років – у 61,5 % респондентів, тобто різниця між віковими групами незначна.

Ці результати свідчать про те, що чоловіки мають більш виражені симптоми СДУГ, що узгоджується з клінічними даними світових досліджень, тоді як вікові відмінності серед дорослого населення менш виражені.

Отримані результати узгоджуються з даними сучасних міжнародних досліджень, які підтверджують, що симптоми СДУГ частіше зустрічаються та виражені у дорослих чоловіків, ніж у жінок. Наприклад, дослідження Файяда та інших співавторів за 2022 рік виявили, що поширеність СДУГ у чоловіків становить приблизно 5,4%, тоді як у жінок – 3,2%, і що чоловіки частіше проявляють імпульсивність та поведінкову гіперактивність [20, с. 3-4]. Аналогічно, метааналіз Божілової та інших, що датується 2023 роком показав, що «приховані» або інтерналізовані прояви розладу (емоційна нестабільність, прокрастинація, тривожність) частіше виявляються у дорослих жінок, тоді як зовнішні форми поведінки переважають у чоловіків [12, с. 412-414]. Це узгоджується з нашими результатами, де чоловіки частіше виявляли ознаки СДУГ (76,9%), ніж жінки (47,1%).

Водночас, відсутність суттєвих відмінностей між віковими групами в нашій вибірці (17-30 років та 31-58 років) узгоджується з даними зарубіжних авторів, які виявили, що після статевого дозрівання рівень гіперактивності знижується, тоді як когнітивні труднощі та проблеми з увагою зберігаються. Дослідження, проведене у 2024 році показало, що після 30 років симптоми неухвильності продовжують переважати, тоді як рухова гіперактивність та зовнішня імпульсивність значно знижуються [14, с. 6-7]. Подібні результати представлені в роботі Michelini 2021 року, де наголошується на стабільності когнітивних дефіцитів незалежно від віку [36, с. 1183]. Таким чином, наші результати ілюструють тенденцію, характерну для сучасних європейських досліджень СДУГ у дорослих.

Результати нашого дослідження також узгоджуються з даними українських вчених, які спостерігають тенденцію до недостатньої діагностики та пізнього

виявлення симптомів СДУГ у дорослих. Наприклад, у дослідженні Провозіна (2024), проведеному серед 60 дорослих, обстежених за шкалою ASRS v1.1, було зазначено, що переважна більшість випадків належить до типу дефіциту уваги (більше 40%), тоді як «чистий» гіперактивний тип практично не виявляється [6, с. 42]. Це повністю узгоджується з нашими висновками, де також переважає неуважний тип (43,3%) і виражених гіперактивних проявів не спостерігається.

Подібні тенденції описані в роботах Коваленко (2023) та Мельника (2021), які зазначають, що емоційна дисрегуляція, підвищена тривожність та порушення міжособистісної адаптації частіше спостерігаються у дорослих із СДУГ [2, с. 87; 4, с. 19]. Наше дослідження підтверджує ці висновки: половина респондентів (50%) демонстрували ознаки емоційної дисрегуляції, а 16,7% мали труднощі із соціальною взаємодією.

Отже, на основі порівняльного аналізу можна зробити висновок, що структура проявів СДУГ у нашій вибірці узгоджується з результатами сучасних українських досліджень, що свідчить про її репрезентативність та валідність для клінічної та психологічної практики.

Узагальнення результатів показало, що дані обох шкал корелюють: особи з високими ретроспективними балами за шкалою WURS-K мали тенденцію до високих балів за шкалою ASRS-v1.1, що підтверджує валідність методів, що використовуються для комплексної оцінки СДУГ у дорослих. Отримані результати свідчать про високу частоту симптомів, переважання неуважного типу та значну роль емоційної дисрегуляції як супутнього компонента розладу.

2.2. Психокорекція розладу дефіциту уваги та гіперактивності: практичні рекомендації психотерапевта щодо надання психологічної підтримки дорослим із даним типом розладу

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дорослих є комплексним нейropsychiатричним станом, який виявляється стійкими симптомами неуважності, імпульсивності та/або гіперактивності, що

впливають на професійне функціонування, міжособистісні стосунки та емоційний стан [10, с. 229; 9, с. 637]. Психокорекційна робота з даною категорією клієнтів потребує індивідуалізованого підходу, який поєднує психоосвіту, когнітивно-поведінкові техніки, тренінг навичок самоменеджменту та емоційної регуляції [31, с. 497].

1. Психоосвіта як базовий етап підтримки

Першим кроком психотерапевтичної допомоги є надання клієнту достовірної інформації про природу РДУГ, механізми формування симптомів, типові труднощі у дорослому віці та можливості корекції [45, с. 715]. Психоосвітня робота зменшує рівень тривожності, сприяє прийняттю діагнозу та підвищує мотивацію до терапії. Рекомендується використовувати візуальні матеріали, структуровані пам'ятки та приклади з повсякденного життя.

2. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

КПТ визнана одним із найефективніших підходів у психокорекції РДУГ у дорослих [39, с. 86]. Основні завдання КПТ включають:

- ідентифікацію та модифікацію дезадаптивних переконань («Я нічого не можу завершити», «Я завжди запізнююсь»);
- формування навичок планування та структуризації часу (тайм-менеджмент, ведення списків завдань, використання нагадувань);
- тренування стратегії «розбиття» складних завдань на менші етапи;
- розвиток навичок гнучкого мислення та вирішення проблем.

3. Тренінг виконавчих функцій

Дорослі з РДУГ часто мають труднощі у сферах робочої пам'яті, організації та контролю імпульсів [13, с. 113]. Ефективними є техніки тренування виконавчих функцій:

- використання цифрових інструментів (календарі, додатки для керування завданнями);
- встановлення чітких «якорів» для початку роботи (наприклад, певний час і місце для виконання завдань);

- впровадження системи нагород і короткострокових цілей.

4. Емоційна регуляція та майндфулнес-практики

У дорослих з РДУГ часто спостерігається підвищена емоційна реактивність та труднощі з контролем афекту [36, с. 681]. Практики усвідомленості (mindfulness), дихальні техніки та методи тілесно-орієнтованої терапії знижують рівень стресу та сприяють розвитку самоконтролю. Рекомендується проводити короткі щоденні вправи на концентрацію уваги (1-5 хвилин), поступово збільшуючи їх тривалість.

5. Соціально-поведінкова підтримка

Важливо навчати клієнтів ефективним комунікативним стратегіям, зокрема активному слуханню, чіткому формулюванню потреб та конструктивному вираженню емоцій. Для цього можуть бути ефективними групи підтримки, де учасники обмінюються досвідом та стратегіями подолання труднощів [50, с. 151].

6. Робота з супутніми станами

У дорослих з РДУГ часто діагностуються коморбідні розлади – тривожні, депресивні, розлади сну [46, с. 97]. Психотерапевт має враховувати ці фактори під час планування корекційної програми, іноді – у взаємодії з лікарем-психіатром для комплексного підходу.

Таким чином, психокорекція РДУГ у дорослих вимагає системного підходу, який поєднує психоосвіту, когнітивно-поведінкові техніки, розвиток виконавчих функцій, емоційну регуляцію та соціально-поведінкову підтримку. Індивідуалізація методів та врахування особливостей особистості клієнта є ключовими факторами успішної терапії.

ВИСНОВКИ

Вивчення та діагностика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дорослих в Україні набувають дедалі більшої актуальності. Проте у низці сфер все ще відчувається дефіцит якісних та стандартизованих діагностичних інструментів. Розроблення та впровадження простого у використанні опитувальника, який би відповідав міжнародним науковим і клінічним вимогам та пройшов належну лінгвістичну й культурну адаптацію, могло б істотно полегшити процес первинної діагностики й подальших досліджень СДУГ серед дорослих в Україні.

Аналітична частина дослідження була зосереджена на огляді історичного розвитку поняття СДУГ, еволюції його термінології та сучасних підходів до діагностики й лікування. Також було розглянуто особливості проявів розладу у дорослому віці, його коморбідні зв'язки та можливості психокорекції. На підставі теоретичного аналізу сформовано концептуальну модель дослідження, що включала характеристику вибірки та опис застосованих методик. Основними інструментами стали Шкала оцінки Вендера–Юти (WURS-K) та Шкала діагностики СДУГ у дорослих (ASRS-v1.1).

Емпірична частина роботи проводилася офлайн у Німеччині під час особистих зустрічей із респондентами. До вибірки увійшли 30 учасників (17 жінок та 13 чоловіків) віком від 17 до 58 років. На початковому етапі дослідження застосовувалася шкала WURS-K, після чого респонденти проходили тестування за методикою ASRS-v1.1. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні, були поінформовані про мету та мали право відмовитися. Таким чином, етичні вимоги були дотримані в повному обсязі.

Результати аналізу показали, що понад половини учасників продемонстрували рівень симптомів, який відповідає критеріям ймовірного діагнозу СДУГ. При цьому найбільш поширеним виявився варіант із провідним дефіцитом уваги. Чистий гіперактивно-імпульсивний тип не був

зафіксований, що узгоджується з сучасними даними про зменшення зовнішніх проявів гіперактивності у дорослому віці та трансформацію їх у відчуття внутрішнього неспокою.

Згідно зі шкалою WURS-K, середній бал вибірки (41,07 бала) перевищив поріг у 36, що свідчить про наявність ретроспективних симптомів дитячого СДУГ у більшості респондентів. Згідно зі шкалою ASRS-v1.1, половина учасників (50%) мали клінічно значущі прояви розладу, причому розлад дефіциту уваги був найпоширенішим типом (43,3%).

Гендерний аналіз показав, що чоловіки проявляють симптоми СДУГ частіше (76,9%), ніж жінки (47,1%). Це узгоджується з міжнародними дослідженнями. Однак суттєвих вікових відмінностей між віковими групами 17–30 та 31–58 років не було виявлено, що свідчить про стабільність розладу в дорослому віці.

Окрім основних проявів СДУГ, усі досліджувані (15 із 15 із виявленим синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю), тобто 100% також показали ознаки емоційної дисрегуляції, а приблизно у 33% респондентів виявлено труднощі у сфері соціальної взаємодії, що підтверджує коморбідний характер РДУГ і необхідність комплексного клініко-психологічного підходу до його діагностики та корекції.

Отримані результати узгоджуються з сучасними зарубіжними та українськими науковими даними та підтверджують ефективність комплексного використання шкал WURS-K та ASRS-v1.1 для оцінки ретроспективних та поточних симптомів СДУГ.

Таким чином, результати підкреслюють необхідність створення та впровадження програм психологічної допомоги, орієнтованих не лише на подолання ключових симптомів СДУГ, а й на розвиток навичок емоційної саморегуляції, удосконалення соціальних компетенцій та профілактику вторинних ускладнень.

Загалом СДУГ у дорослих слід розглядати як складний багатофакторний феномен, що охоплює когнітивні, емоційні й поведінкові компоненти та має

значний вплив на якість життя. Ефективна психокорекційна робота потребує комплексного підходу, який включає психоосвіту, когнітивно-поведінкову терапію, розвиток виконавчих функцій, тренування емоційної регуляції й соціальної адаптації, а також урахування можливих коморбідних розладів. Ключовою умовою успішності є індивідуалізація допомоги та інтеграція різних терапевтичних стратегій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гелловел Едвард, Рейті Джон. РДУГ: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивності у дітей та дорослих. Київ, 2022. 154 с.
2. Диференційна психологія: підручник / За загальною редакцією академіка С. Д. Максименка. К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. 496 с.
3. Коваленко І. Психологічні особливості проявів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих. Науковий вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Серія «Психологія». 2023. Вип. 71. С. 82-90.
4. Мельник М. В. Емоційна регуляція у дорослих із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Психологічні науки: проблеми і досягнення. 2021. Вип. 8. С. 15-22.
5. Османова А. М., Хоруженко Г. В. Клінічна психологія. К.: Університет «Україна», 2023. 183 с.
6. Провозін Е. Адаптація шкали діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих: дипломна робота. Львів: Львівський католицький університет, 2024. 84 с.
7. Adler L. A., Spencer T., Faraone S. V., Kessler R. C., Howes M. J., Biederman J., Secnik K. Validity of pilot adult ADHD self-report scale (ASRS) to rate adult adhd symptoms. Annals of Clinical Psychiatry, 18(3), 2006. P. 145-148. URL: <https://doi.org/10.1080/10401230600801077>
8. Adult ADHD Self-Report Scales (ASRS). (n.d.). National Comorbidity Survey (NCS); Harvard Medical School. URL: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
10. Barkley R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th ed. New York: Guilford Press, 2015. 898 p.

11. Beaton D. M., Sirois F., Milne E. Experiences of criticism in adults with ADHD: A qualitative study. PLOS ONE, 17(2), 2022. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263366>
12. Bozhilova N. S., Michelini G., Kuntsi J. Sex differences in adult ADHD: A systematic review and meta-analysis. Journal of Attention Disorders. 2023. Vol. 27(5). P. 410-418.
13. Brown T. E. Smart but Stuck: Emotions in Teens and Adults with ADHD. San Francisco: Jossey-Bass, 2014. 288 p.
14. Carpentier P. J., Tremblay S., Scheres A. et al. Adult ADHD across the lifespan: Longitudinal patterns of symptoms and impairment. European Psychiatry. 2024. Vol. 70. P. 1-8.
15. Choi W. S., Jeong H. O., Kim J. et al. The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. PLOS ONE. 2022. Vol. 17. e0277175.
16. Fabbri C., Hagenars S. P., John C., Williams A. T., Shrine N., Moles L., Hanscombe K. B., Serretti A., Shepherd D. J., Free R. C., Wain L. V., Tobin M. D., Lewis C. M. Genetic and clinical characteristics of treatment-resistant depression using primary care records in two UK cohorts. Molecular Psychiatry, 2021. 26(7). p. 3363-3373
17. Faraone S. V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J., Bellgrove M. A., Newcorn J. H., Gignac M., Al Saud N. M., Manor I., Rohde L. A., Yang L., Cortese S., Almagor D., Stein M. A., Albatti T. H., Aljoudi H. F., Alqahtani M. M. J., Asherson P., Wang Y. The world federation of add international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2021. 789-818.
18. Farcas S., Kinga K. J., Ibolya K., Kinga S., Réka J. Psychometric properties of the Hungarian version of the adult ADHD self-report scale (ASRS-v1. 1) screener and symptom checklist. Proceedings of the 3rd International Conference on New Findings in Humanities and Social Sciences. 3rd International Conference on New Findings in Humanities and Social

- Sciences, Brussels, Belgium. 2018. URL: <https://doi.org/10.33422/3hsconf.2018.09.10>
19. Faheem M., Tariq S., Khan R. Gender-based differences in prevalence and effects of adult ADHD: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22. Article 457.
 20. Fayyad J., Sampson N. A., Hwang I. et al. The descriptive epidemiology of DSM-5 adult ADHD in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 52(1). P. 1-9.
 21. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. London: SAGE Publications, 2023. 950 p.
 22. Gnanavel S., Sharma, P., Kaushal P., Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 2019. 7(17), p. 2420-2426. URL: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
 23. Hechtman L. Prospective follow-up studies of ADHD: Helping establish a valid diagnosis in adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 2011. p. 533-535. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.07.002>
 24. Hegarty D., Buchanan B., Baker S., Bartholomew E., Smyth C. *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): Updated Scoring and Norms*. Sydney (Австралія): NovoPsych, 2024. 15 с.
 25. Kessler R. C., Adler L. A., Gruber M. J., Sarawate C. A., Spencer T., Van Brunt D. L. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 2007. P. 52-65. URL: <https://doi.org/10.1002/mpr.208>
 26. Kessler R. C., Adler L., Ames M., Demler O., Faraone S., Hiripi E., Howes M. J., Jin R., Secnik K., Spencer T., Ustun T. B., Walters E. E. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (Asrs): A short

- screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 2005. P. 245-256. URL: <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
27. Kessler R. C., Adler L., Barkley R., Biederman J., Conners C. K., Demler O., Faraone S. V., Greenhill L. L., Howes M. J., Secnik K., Spencer T., Ustun T. B., Walters E. E., Zaslavsky A. M. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 2006. P. 716-723. URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
 28. Kiatrungrit K., Putthisri S., Hongsanguansri S., Wisajan P., Jullagate S. Validity and Reliability of Adult ADHD Self-Report Scale Thai Version (ASRS-V1.1 TH). *Shanghai Arch Psychiatry*, 2017. 29(4), p. 218-227. URL: <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.217021>
 29. Kim H. H., Jung H. Y., Seo J. Mindfulness-based interventions for adults with ADHD: systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2025. Vol. 16. P. 987-1002.
 30. Kim J. H., Lee E. H., Joung Y. S. The WHO Adult ADHD Self-Report Scale: Reliability and validity of the Korean version. *Psychiatry Investigation*, 2013. 10(1), p. 41-46. URL: <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.1.41>
 31. Knouse L. E., Safren S. A. Current status of cognitive behavioral therapy for adult ADHD. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010. Vol. 33(3). P. 497-509.
 32. Kraemer H. C. Statistical issues in assessing comorbidity. *Stat. Med.*, 1995. P. 721-723.
 33. Liu C. I., Tanaka M., Yamamoto T. Effectiveness of cognitive behavioral-based interventions for adult ADHD: meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2023. Vol. 79, No. 2. P. 210-225.
 34. Lozano Ó. M., Carmona J., Muñoz-Silva A., Fernández-Calderón F., Díaz-Batanero C., Sanchez-Garcia M. Adult ADHD self-report scale: Comprehensive psychometric study in a Spanish SUD sample. *Journal of*

- Attention Disorders, 2020. 24(12), P. 1674-1684. URL: <https://doi.org/10.1177/1087054716664410>
35. Marshall P., Hoelzle J., Nikolas M. Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Adhd) in young adults: A qualitative review of the utility of assessment measures and recommendations for improving the diagnostic process. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(1), 2021. P. 165-198. URL: <https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1696409>
 36. Mitchell J. T., Nelson-Gray R. O. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults: Relationship to executive functioning. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2006. Vol. 21(7). P. 681-692
 37. Polanczyk G. V., Willcutt E. G., Salum G. A., Kieling C., Rohde L. A. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 2014, p. 434-442. URL: <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
 38. Popit S., Kim J., Kwon H. et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Article 14572.
 39. Ramsay J. R., Rostain A. L. *Cognitive Behavioral Therapy for Adult ADHD: An Integrative Psychosocial and Medical Approach*. 2nd ed. New York: Routledge, 2015. 232 p.
 40. Seo J. C., Lee S. M., Park Y. J. et al. Prevalence and comorbidities of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2022. Vol. 20, No. 1. P. 126-136.
 41. Song P., Zha M., Yang Q., Zhang Y., Li, X., Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 2021. URL: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
 42. Statistisches Bundesamt (Destatis). *Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht*. Wiesbaden: Destatis, 2023. 25 p.

43. Ward M. F., Wender P. H., Reimherr F. W. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6), 1993. P. 885-890. URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
44. Watters C., Adamis D., McNicholas F., Gavin B. The impact of attention deficit hyperactivity disorder (Adhd) in adulthood: A qualitative study. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 2018. 173-179. URL: <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.21>
45. Weiss M., Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*. 2003. Vol. 168(6). P. 715-722.
46. Wilens T. E., Spencer T. J. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Postgraduate Medicine*. 2010. Vol. 122(5). P. 97-109.
47. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Geneva: WHO, 2024. 10 p.
48. Ustun B., Adler L. A., Rudin C., Faraone S. V., Spencer T. J., Berglund P., Gruber M. J., Kessler R. C. The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 2017. 74(5), p. 520-526.
49. Yeh C., Gau S. S., Kessler R. C., Wu Y. Psychometric properties of the Chinese version of the adult ADHD Self-report Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2008. 17(1), p. 45-54. URL: <https://doi.org/10.1002/mpr.241>
50. Young S., Bramham J. *ADHD in Adults: A Psychological Guide to Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2007. 254 p.
51. Young S., Asherson P., Goodman R. et al. Sex differences in attention-deficit hyperactivity disorder: population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2024. Vol. 65, No. 3. P. 512-520.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки Вендера Юти/WURS-K (Wender Utah Rating Scale Kurzform)

Wender Utah Rating Scale - 25 item version (WURS-25)

Instructions:

As a child I was (or had):

		Not at all or very slightly	Mildly	Moderately	Quite a bit	Very much
1	concentration problems, easily distracted	0	1	2	3	4
2	anxious, worrying	0	1	2	3	4
3	nervous, fidgety	0	1	2	3	4
4	inattentive, daydreaming	0	1	2	3	4
5	hot- or short-tempered, low boiling point	0	1	2	3	4
6	temper outbursts, tantrums	0	1	2	3	4
7	trouble with stick-to-it-iveness, not following through, failing to finish things started	0	1	2	3	4
8	stubborn, strong-willed	0	1	2	3	4
9	sad or blue, depressed, unhappy	0	1	2	3	4
10	disobedient with parents, rebellious, sassy	0	1	2	3	4
11	low opinion of myself	0	1	2	3	4
12	irritable	0	1	2	3	4
13	moody, ups and downs	0	1	2	3	4
14	angry	0	1	2	3	4
15	acting without thinking, impulsive	0	1	2	3	4
16	tendency to be immature	0	1	2	3	4
17	guilty feelings, regretful	0	1	2	3	4

		Not at all or very slightly	Mildly	Moderately	Quite a bit	Very much
18	losing control of myself	0	1	2	3	4
19	tendency to be or act irrational	0	1	2	3	4
20	unpopular with other children, didn't keep friends for long, didn't get along with other children	0	1	2	3	4
21	trouble seeing things from someone else's point of view	0	1	2	3	4
22	trouble with authorities, trouble with school, visits to principal's office	0	1	2	3	4
23	As a child in school I was (or had): overall a poor student, slow learner	0	1	2	3	4
24	trouble with mathematics or numbers	0	1	2	3	4
25	not achieving up to potential	0	1	2	3	4

Adult Self-Report Scale (ASRS-v1.1).

Please answer the questions below, rating yourself on each of the criteria shown using the scale on the right side of the page. As you answer each question, place an X in the box that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months. Please give this completed checklist to your healthcare professional to discuss during today's appointment.

1. How often do you have trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done?
2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?
3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?
4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?
5. How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time?
6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?
7. How often do you make careless mistakes when you have to work on a boring or difficult project?
8. How often do you have difficulty keeping your attention when you are doing boring or repetitive work?
9. How often do you have difficulty concentrating on what people say to you, even when they are speaking to you directly?
10. How often do you misplace or have difficulty finding things at home or at work?
11. How often are you distracted by activity or noise around you?
12. How often do you leave your seat in meetings or other situations in which you are expected to remain seated?
13. How often do you feel restless or fidgety?
14. How often do you have difficulty unwinding and relaxing when you have time to yourself?
15. How often do you find yourself talking too much when you are in social situations?
16. When you're in a conversation, how often do you find yourself finishing the sentences of the people you are talking to, before they can finish them themselves?
17. How often do you have difficulty waiting your turn in situations when turn taking is required?
18. How often do you interrupt others when they are busy?

Додаток В

**Українська версія шкали діагностики РДУГ у дорослих
(ASRS v1.1)**

Частина А					
Будь ласка, дайте відповідь на наведені нижче запитання, оцінивши себе за кожним із критеріїв, використовуючи шкалу в правій частині сторінки. Відповідаючи на кожне запитання, поставте відмітку у клітинці, яка найкраще описує Ваше самопочуття та поведінку протягом останніх 6 місяців.	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
1. Як часто у Вас виникають проблеми із завершальними штрихами проекту після того, як найскладніші частини вже виконані?					
2. Як часто у Вас виникають труднощі з упорядкуванням, коли Вам потрібно виконати завдання, яке вимагає організації?					
3. Як часто Вам складно пам'ятати про призначені зустрічі чи зобов'язання?					
4. Коли у Вас є завдання, що вимагає розумових зусиль, як часто Ви уникаєте або відкладаєте початок роботи?					
5. Як часто Ви вовтузитесь і перебираєте руками чи ногами, коли Вам доводиться довго сидіти?					
6. Як часто Ви відчуваєте, що Ви надмірно активні або Вас наче щось змушує постійно виконувати дії, мов заведена пружина?					
Частина Б					
7. Як часто Ви допускаєте недбалі помилки, коли доводиться працювати над нудним або складним проектом?					
8. Як часто у Вас виникають труднощі з концентрацією уваги, коли Ви виконуєте нудну або повторювану роботу?					
9. Як часто Вам важко зосередитися на тому, що Вам кажуть люди, навіть коли вони говорять безпосередньо до Вас?					
10. Як часто Ви губите речі або ледве знаходите їх вдома чи на роботі?					
11. Як часто Вас відволікає активність або шум навколо Вас?					
12. Як часто Ви встаете зі свого місця на зустрічах або в інших ситуаціях, коли очікується, що Ви сидітимете на місці?					
13. Як часто Ви почуваетесь людиною невгамовною чи непосидючою?					
14. Як часто Вам важко розслабитись і відпочити, коли у Вас є час на себе?					
15. Як часто Ви помічаєте, що Ви надто балакучі в соціальних ситуаціях?					
16. Як часто під час розмови Ви закінчуєте речення за своїх співрозмовників, перш ніж вони встигають закінчити їх самі?					
17. Як часто Вам буває складно очікувати своєї черги в ситуаціях, коли потрібно дотримуватися черги?					
18. Як часто Ви відволікаєте інших, коли вони зайняті?					