

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ
СТЕФАНИКА

Факультет психології
Кафедра соціальної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕНДЕРНИХ
ОЗНАК РДУГ У ДІВЧАТ

Виконав: студент II курсу, групи ПСм - 21
спеціальності 053 "Психологія"

Щербатий А.Р.

Керівник-методист: доцент

Когутяк Н.І.

Рецензент: Сметаняк В.І.

Івано-Франківськ - 2025 рік

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ РДУГ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ.....	9
1.1 РДУГ як нейророзвитковий розлад: сучасні уявлення та підходи до діагностики.....	9
1.1.1 Сучасні підходи до класифікації, етіології та клінічного перебігу РДУГ.....	9
1.1.2 Нейророзвиткові та біопсихосоціальні засади РДУГ.....	13
1.1.3 Сучасні інтегративні моделі та розвиткові траєкторії РДУГ.....	15
1.1.4 Сучасні принципи та інструменти клінічної діагностики РДУГ.....	18
1.2 Гендерні особливості прояву РДУГ: специфіка симптомів у дівчат.....	22
1.2.1. Гендерні відмінності та діагностичний розрив при РДУГ.....	22
1.2.2 Клінічні й психосоціальні особливості проявів РДУГ у дівчат та жінок.....	25
1.2.3 Нейробиологічні, генетичні та гормональні чинники статевих відмінностей при РДУГ.....	27
1.2.4 Епідеміологія та недооцінений тягар РДУГ у дівчат і жінок.....	29
1.2.5 Сучасні дискусії та виклики гендерно чутливої діагностики РДУГ...	30
1.3 Огляд сучасних методів психологічної діагностики РДУГ з урахуванням гендерних особливостей.....	35
Висновки до розділу 1.....	39
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РДУГ У ДІВЧАТ.....	41
2.1 Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження.....	41
2.1.1 Обґрунтування вибору емпіричного підходу.....	41
2.1.2. Мета, завдання та гіпотези дослідження.....	42
2.1.3 Вибірка дослідження: кількість учасниць, вік, критерії включення..	44
2.1.4. Методи та психодіагностичні методики дослідження.....	46
2.1.5. Процедура проведення емпіричного дослідження.....	52
2.1.6. Методи статистичної обробки результатів.....	53
2.1.7 Методологічні обмеження та труднощі реалізації дослідження.....	55
2.2 Аналіз результатів застосування діагностичних методик для виявлення РДУГ у дівчат.....	57
2.2.1 Загальні показники рівнів РДУГ у вибірці дівчат.....	57
2.2.2. Розподіл результатів за ключовими шкалами методик.....	60
2.2.3 Виявлення типових патернів симптомів: неухважність, імпульсивність, гіперактивність.....	63
2.2.4. Аналіз кореляцій між показниками уваги, самоконтролю та емоційної регуляції.....	65
2.2.5. Якісний аналіз напівструктурованих інтерв'ю DIVA-5.....	66
2.3 Порівняльний аналіз проявів РДУГ у дівчат та хлопців: виявлення гендерних відмінностей.....	69
2.3.1 Характеристика порівняльної групи хлопців.....	69

2.3.2 Аналіз статистично значущих відмінностей між дівчатами та хлопцями.....	70
2.3.3 Інтерпретація відмінностей у проявах РДУГ у дівчат і хлопців (поведінкових, когнітивних, емоційних).....	72
Висновки до розділу 2.....	76
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РДУГ У ДІВЧАТ.....	78
3.1 Розробка рекомендацій для психологів та педагогів щодо врахування гендерних особливостей при діагностиці РДУГ у дівчат.....	78
3.2 Пропозиції щодо вдосконалення існуючих методик діагностики РДУГ з метою підвищення їх чутливості до гендерних особливостей.....	83
Висновки до розділу 3.....	87
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ.....	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization)

МКХ-11 - Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду

РДУГ - розлад дефіциту уваги та гіперактивності

t-критерій Стьюдента - параметричний статистичний критерій для порівняння середніх значень двох незалежних вибірок

U-критерій Манна-Уїтні - непараметричний статистичний критерій для порівняння розподілів двох незалежних вибірок

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder (англ. назва РДУГ)

DSM-5-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання, текстова редакція)

α Кронбаха - коефіцієнт внутрішньої узгодженості шкали (Cronbach's alpha)

d (Cohen's d) - показник розміру ефекту для порівняння двох середніх

M - середнє арифметичне значення (mean)

n - обсяг вибірки (кількість спостережень у групі)

p - рівень статистичної значущості

r - коефіцієнт кореляції (міра сили та напрямку зв'язку між змінними)

SD - стандартне відхилення (standard deviation)

ВСТУП

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) на сьогодні розглядають як один з найпоширеніших хронічних нейророзвиткових розладів дитячого віку: за даними метааналізів, його поширеність серед дітей становить близько 5-7 %, а в опитуваннях батьків у США діагноз РДУГ мають приблизно 10 % дітей, при цьому спадковість за результатами близнюкових досліджень досягає 70-80 % (Polanczyk et al., 2014; Salari et al., 2023; Danielson et al., 2018; Faraone & Larsson, 2019). Попри це, сучасні клінічні й епідеміологічні дані послідовно демонструють значні гендерні відмінності: у дитинстві хлопчиків діагностують значно частіше, ніж дівчат, причому в популяційних вибірках співвідношення діагнозів становить приблизно 2-3:1, а в клінічних вибірках може сягати 9-10:1; у дорослому ж віці поширеність РДУГ знижується до близько 2-3 % і статеві відмінності істотно вирівнюються, що інтерпретують як наслідок систематичного недовиявлення дівчат у дитячому віці (Mowlem et al., 2019; Hinshaw et al., 2022; Kelly, 2024; Musullulu, 2025). Така динаміка (від 3-9:1 у дитинстві до майже 1:1 у дорослості) дає підстави стверджувати, що нижчі показники діагностики у дівчат відображають не меншу вираженість РДУГ, а глибокі структурні прогалини в існуючих діагностичних підходах (Quinn & Madhoo, 2014). Історичні огляди розвитку концепції РДУГ показують, що перші клінічні описи та емпіричні дослідження у XX столітті майже цілком базувалися на спостереженнях за гіперактивними хлопчиками: у вибірках R. Barkley та колег частка хлопців сягала приблизно 90 %, а дівчата фактично випадали з фокусу аналізу. Уже в 1990-х роках низка авторів (Arnold, 1996; Hinshaw; Rucklidge) попереджали, що наявні дані не дають змоги робити обґрунтовані висновки щодо специфіки РДУГ у дівчат і жінок, і закликали до спеціальних досліджень жіночих вибірок, однак зміни в діагностичній практиці відбувалися дуже повільно. Сучасні консенсусні заяви та настанови щодо РДУГ у жінок прямо констатують, що дівчата й жінки досі залишаються недопредставленими в дослідженнях і клінічних випробуваннях, а діагностичні

критерії та шкали багато в чому "заточені" під так званий чоловічий фенотип РДУГ, сформований на основі вибірок, де переважали хлопці (Young et al., 2020; Yakerson, 2019; Merone, 2021; Kooij, 2025). Дослідження показують, що дівчата з РДУГ мають суттєво вищий ризик емоційних розладів: один з оглядів зазначає, що вони приблизно у 5,4 раза частіше отримують діагноз великого депресивного розладу і утричі частіше - тривожні розлади порівняно з дівчатами без РДУГ. В 11-річному лонгітюдному дослідженні було показано, що 62 % дівчат, яким РДУГ діагностували в дитинстві, у молодому дорослому віці й надалі мали клінічно значущі та функціонально обтяжливі симптоми, з високою частотою розладів настрою, агорофобії та соціальної фобії. Канадські популяційні дані свідчать, що у жінок з РДУГ утричі частіше фіксують безсоння, хронічний біль і суїцидальні думки, майже вдвічі частіше - зловживання психоактивними речовинами, щоденне куріння, тяжку депресію, життя в умовах глибокої бідності та досвід фізичного насильства; окремі дослідження показують приблизно семикратне підвищення ризику спроб суїциду порівняно з жінками без РДУГ (Guendelman et al., 2016; Skoglund et al., 2019; Schein et al., 2022; Arrondo et al., 2023). Особливо вразливими є підліткова сексуальність та репродуктивне здоров'я дівчат з РДУГ. Класичні лонгітюдні дослідження R. Barkley та колег показали, що молоді люди з РДУГ розпочинають статеве життя в середньому на рік раніше, мають суттєво більшу кількість статевих партнерів і рідше використовують контрацепцію; у цій когорті підліткова вагітність спостерігалась приблизно у 38 % осіб з РДУГ проти 4 % у контрольній групі, а інфекції, що передаються статевим шляхом, фіксувалися у 17 % проти 4 % відповідно. Інші дослідження підтверджують: ризик підліткової вагітності у дівчат з РДУГ може сягати 15 % проти 3 % серед одноліток без РДУГ, що відповідає понад шестикратному зростанню ризику, а також підвищується ймовірність потрапляння в ситуації насильства з боку інтимного партнера (Skoglund et al., 2019; Young et al., 2015). Наслідки невчасно виявленого або нелікованого РДУГ виходять далеко за межі сфери психічного

здоров'я. Великі когортні дослідження демонструють приблизно двократне зростання ризику передчасної смертності, підвищені показники нещасних випадків та автокатастроф, 2-3-разове збільшення ризику вживання психоактивних речовин, а також значно вищу частку осіб з РДУГ серед ув'язнених - близько 20-30 % проти 2-5 % у загальній популяції (Dalsgaard et al., 2015; Young et al., 2015; Spera et al., 2020). Метааналізи у сфері кримінальної юстиції показують, що близько чверті ув'язнених відповідають критеріям РДУГ, причому майже всі правопорушники з РДУГ мають супутні психічні розлади, що суттєво ускладнює ресоціалізацію й збільшує ризик рецидиву. На тлі цих даних особливо виразно постає історичний андроцентризм медицини: жінки десятиліттями були недостатньо представлені в клінічних дослідженнях, а результати, отримані на чоловічих вибірках, механічно узагальнювалися на жіночу популяцію, що сприяло систематичному ігноруванню специфіки РДУГ у дівчат і жінок та підтримувало стереотипний образ "гіперактивного хлопчика" як норми для діагностичної оцінки (Yakerson, 2019; Merone, 2021; Young et al., 2020; Hinshaw et al., 2022).

Вагомим мотиваційним чинником у виборі цієї теми став мій особистий досвід життя з РДУГ та усвідомлення масштабів негативного впливу цього розладу на різні сфери мого функціонування. Під час опрацювання наукової літератури, присвяченої особливостям проявів симптомів у жінок, для мене стало очевидним, що починаючи зі шкільного періоду в багатьох дівчат переважають інтерналізовані прояви, які не супроводжуються надмірною моторною активністю й тому залишаються непоміченими. У моєму випадку саме така клінічна картина призвела до пізнього встановлення діагнозу, що зумовило тривале накопичення академічних, професійних та соціально-емоційних труднощів. Це усвідомлення дало мені змогу глибше зрозуміти причини, чинники та специфічний досвід, з яким стикаються дівчата й жінки з РДУГ, і водночас підкреслило для мене практичну важливість гендерно чутливої психологічної діагностики.

Об'єкт дослідження - психологічна діагностика РДУГ.

Предмет дослідження - гендерні особливості проявів РДУГ у дівчат та їх відображення в результатах психологічної діагностики.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічної діагностики гендерних проявів РДУГ у дівчат і розробити рекомендації для фахівців щодо підвищення чутливості діагностичних підходів до жіночого фенотипу розладу. Відповідно до мети та предмета було визначено такі **завдання дослідження**: здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння РДУГ як нейророзвиткового розладу та узагальнити дані щодо гендерних особливостей його проявів у дівчат і жінок; проаналізувати сучасні психодіагностичні методики виявлення РДУГ у дітей, підлітків та дорослих, окреслити їх можливості й обмеження щодо оцінки жіночого фенотипу РДУГ; емпірично дослідити особливості діагностичних профілів дівчат з РДУГ за результатами мультимодальної психодіагностики та порівняти їх із показниками хлопців; розробити та обґрунтувати рекомендації для психологів і педагогів щодо врахування гендерних особливостей при діагностиці РДУГ у дівчат і підвищення чутливості діагностичних підходів до жіночого фенотипу розладу.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс теоретичних методів (аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми РДУГ, гендерних відмінностей та психодіагностики), емпіричних методів (стандартизовані опитувальники самозвіту, батьківські й педагогічні рейтингові шкали, напівструктуроване клінічне інтерв'ю) та методів математико-статистичної обробки даних (описова статистика, порівняльний аналіз, кореляційний аналіз, перевірка статистичної значущості відмінностей).

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ РДУГ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

1.1 РДУГ як нейророзвитковий розлад: сучасні уявлення та підходи до діагностики

1.1.1 Сучасні підходи до класифікації, етіології та клінічного перебігу РДУГ

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) наразі класифікується як нейророзвитковий розлад, що характеризується стійкими патернами неуважності та/або гіперактивності/імпульсивності, які порушують функціонування та/або розвиток людини. Відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте (переглянуте) видання (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR), ці симптоми мають зберігатися щонайменше шість місяців, проявлятися щонайменше у двох або більше середовищах, не відповідати віковому рівню розвитку особи та призводити до клінічно значущого порушення академічного, професійного чи соціального функціонування (American Psychiatric Association, 2022).

DSM-5-TR виокремлює три діагностичні варіанти (презентації) РДУГ: з переважно неуважними симптомами, з переважно гіперактивно-імпульсивними симптомами та змішану презентацію. Також зазначається, що клінічна картина симптомів може змінюватися з часом у міру того, як змінюються вікові вимоги та факту того, що людина навчається частково компенсувати їх за допомогою власних поведінкових стратегій.

Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду або МКХ-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision, ICD-11), розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, подібним чином визначає РДУГ як нейророзвитковий розлад, який починається у дитячому віці та характеризується стійким патерном неуважності та гіперактивності/імпульсивності в різних ситуаціях. В МКХ-11 РДУГ класифікується за кодом 6A05 (World Health Organization, 2019). Попри спільні риси, між DSM-5-TR та МКХ-11 існують помітні відмінності в тому, як вони

описують РДУГ і визначають умови його діагностики .

DSM-5-TR задає чіткі порогові значення кількості симптомів для дітей (не менше шести симптомів у сфері неуважності та/або гіперактивності-імпульсивності) та для підлітків і дорослих (п'ять симптомів), тоді як МКХ-11 не пропонує конкретних числових порогів, а лише зазначає, що в кожній з цих сфер має спостерігатися кілька симптомів (від 3 +) .

У МКХ-11 перелік симптомів є ширшим: описано одинадцять ознак неуважності й одинадцять ознак гіперактивності-імпульсивності (хоча на практиці часто використовують десять), тоді як у DSM-5-TR у кожній з цих груп симптомів наведено по дев'ять пунктів.

МКХ-11 пропонує більш гнучкий підхід: гіперактивність та імпульсивність описуються разом, без поділу на дрібніші групи симптомів і без жорстко заданих числових порогів. Натомість DSM-5-TR так само об'єднує гіперактивність та імпульсивність в одну групу симптомів, але зберігає чітко визначені кількісні критерії. Ці відмінності мають суттєві наслідки для клінічної діагностики та планування досліджень: чітко визначені критерії DSM-5-TR можуть підвищувати надійність діагностичних рішень у різних установах, тоді як більш вільно описана структура МКХ-11 може посилювати різноманітність діагностичних висновків, але водночас дає більше простору для клінічного судження та врахування розвиткових особливостей (Gómez et al., 2023).

Сучасні міждисциплінарні дослідження дедалі частіше розглядають РДУГ як нейророзвитковий стан, пов'язаний передусім з особливостями роботи великих систем зв'язків між різними ділянками мозку, а не суто як поведінковий розлад. Нейробіологічні дослідження показують, що при РДУГ інакше узгоджується робота лобових ділянок мозку та структур, відповідальних за рухи й координацію, які беруть участь у плануванні дій, самоконтролі, відчутті часу та підтриманні зосередженості (Shen & Zhou, 2024; da Silva та ін., 2023). Дані

структурної та функціональної нейровізуалізації свідчать про відмінності у префронтальній і передній поясній корі, базальних гангліях та мозочку, що вказує на залучення нервових систем, які забезпечують контроль уваги, гальмування імпульсивних реакцій і роботу пам'ять.

Окрім нейрокогнітивних змін, дані генетичних досліджень свідчать, що РДУГ є станом з високою часткою спадковості: масштабні популяційні дослідження та міжнародні консенсусні огляди оцінюють її приблизно у 70-80 % (Faraone та ін., 2021). Сучасні геномні роботи повного охоплення додатково показують, що РДУГ має складну полігенну будову й пов'язаний з багатьма ділянками геному, які беруть участь у розвитку нервової системи, передачі сигналів між нейронами та регуляції цих процесів (Demontis та ін., 2019; Klein та ін., 2024). Отримані генетичні дані узгоджуються з нейробіологічними знахідками і підкреслюють провідну роль систем, що працюють за участі катехоламінів, зокрема дофаміну та норадреналіну, в механізмах формування РДУГ. У цьому контексті оглядові публікації наголошують, що терапевтичний ефект препаратів-стимуляторів значною мірою пов'язані з їхнім впливом на ці нейромедіаторні системи, завдяки чому поліпшується робота мозкових мереж, відповідальних за виконавчі функції і регуляцію уваги (da Silva та ін., 2023).

Клінічна гетерогенність РДУГ створює суттєві труднощі для точної діагностики. Поєднання симптомів може помітно відрізнятися в різних людей і на різних етапах розвитку, а також змінюється під впливом умов життя - сімейного середовища, освітнього простору та супутніх психічних розладів (Shen & Zhou, 2024). Тривожні й депресивні прояви, труднощі з навчанням та розлади поведінки є дуже поширеними супутніми станами й додатково ускладнюють діагностику, що підкреслює важливість всебічного оцінювання з використанням кількох методів (Faraone та ін., 2021). Сучасні рекомендації наголошують на потребі поєднувати структуроване клінічне інтерв'ю зі стандартизованими рейтинговими шкалами поведінки, такими як ASRS чи форми Conners, а також з детальним описом розвитку та повсякденного

функціонування, зібраним від кількох інформантів у різних контекстах (da Silva та ін., 2023). Відповідно до провідних діагностичних підходів, під час оцінювання важливо зважати не тільки на сам факт наявності симптомів, а й на те, наскільки вони виражені, як впливають на повсякденне життя, як змінюються в різних ситуаціях і наскільки відповідають віковому рівню розвитку, щоб забезпечити точний і клінічно змістовний діагноз.

На сьогодні накопичено переконливі дані довготривалих досліджень розвитку людей з РДУГ, які свідчать, що розлад часто зберігається і в дорослому віці, хоча клінічна картина з часом змінюється. Огляди таких тривалих спостережень показують, що оцінки збереження проявів РДУГ від дитинства до дорослого віку суттєво відрізняються залежно від того, як саме визначають розлад, проте значна частина людей продовжує мати клінічно значущі симптоми та труднощі функціонування в дорослому житті (Caue та ін., 2016). У різних вибірках довготривалих досліджень повний набір діагностичних критеріїв РДУГ зберігається до дорослого віку лише в меншості випадків, натомість ширші підходи, що враховують часткове полегшення симптомів або їх менш виражений рівень, дають показники збереження розладу на рівні від приблизно третини до двох третин осіб, яким діагноз поставили в дитинстві (Caue та ін., 2016; Royal College of Psychiatrists, 2017). Симптоми гіперактивності й імпульсивності зазвичай найбільше зменшуються з віком, тоді як неуважність і дезорганізованість частіше зберігаються і стають основними проявами РДУГ у дорослому віці (Musullulu та ін., 2025). Унаслідок цього багато дорослих з РДУГ насамперед мають труднощі зі стійкою увагою, плануванням і виконавчими функціями, емоційною регуляцією та виконанням соціальних і професійних ролей, а не яскраво виражену рухову гіперактивність.

1.1.2 Нейророзвиткові та біопсихосоціальні засади РДУГ

Класифікація РДУГ у межах групи нейророзвиткових розладів свідчить, що цей стан пов'язаний з особливостями дозрівання мозку, які формуються вже на ранніх етапах життя (WHO, 2019) і впливають на становлення когнітивних, поведінкових та емоційних функцій (Faraone та ін., 2021). Відповідно до DSM-5-TR і МКХ-11, нейророзвиткові розлади характеризуються раннім початком та стійкими порушеннями функціонування, що виникають у процесі дозрівання нервової системи (WHO, 2019). У цьому контексті термін "нейророзвитковий" описує час появи симптомів та поступове формування мозкових структур і їхньої взаємодії в дитинстві та підлітковому віці, коли зміцнюються потрібні зв'язки між нейронами, відсіюються менш ефективні та налагоджується злагоджена робота різних ділянок мозку (Shen & Zhou, 2024). Саме ці процеси забезпечують поступове вдосконалення систем, що відповідають за виконавчі функції, регуляцію уваги та керування емоціями (Shen & Zhou, 2024). Сучасні дослідження РДУГ показують, що порушення або уповільнення цих розвиткових процесів роблять внесок у типові симптоми та пов'язані з ними труднощі у повсякденному функціонуванні людей з цим розладом (Faraone та ін., 2021; Musullulu та ін., 2025).

Численні нейровізуалізаційні, електрофізіологічні та нейропсихологічні дослідження показують, що РДУГ пов'язаний з особливостями дозрівання мозку в низці важливих ділянок і мереж. Стабільно виявляють відмінності у будові та роботі префронтальної кори, яка відповідає за виконавчі процеси, контроль уваги та гальмування імпульсивних реакцій, передньої поясної кори, залученої до виявлення суперечливих сигналів і вибору рішень, а також субкортикальних структур, зокрема базальних гангліїв і мозочка, що відіграють важливу роль у регуляції рухів і часовій обробці інформації (Faraone та ін., 2021; Shen & Zhou, 2024). У сукупності ці результати підтримують уявлення про РДУГ як про стан, пов'язаний із затриманим або атиповим нейророзвитком, а не тільки з поведінковими особливостями. Дослідження функціональних

зв'язків додатково вказують на менш узгоджену взаємодію між мережею пасивного режиму мозку та мережами, що активуються під час виконання завдань, що сприяє труднощам із підтриманням уваги та регуляцією розумових зусиль (Shen & Zhou, 2024). Дані про уповільнене стоншення кори та нетипове дозрівання білої речовини, особливо у лобових і тім'яних ділянках, дають додаткові свідчення змінених розвиткових траєкторій нервових шляхів, які забезпечують увагу, виконавчі функції та саморегуляцію (Faraone та ін., 2021; Musullulu та ін., 2025).

Нейророзвиткова модель також підкреслює, що прояви РДУГ залежать від поєднання спадкових особливостей людини з впливом середовища у найчутливіші періоди формування мозку. Хоча РДУГ має високий рівень спадковості, умови до народження і після них, такі як - передчасні пологи, низька маса тіла при народженні, паління чи вживання алкоголю матір'ю під час вагітності, а також ранній психосоціальний стрес - можуть змінювати напрям розвитку нервової системи і підвищувати ймовірність того, що схильність проявиться у вигляді симптомів (Faraone та ін., 2021; Misiewicz & Iwanicka, 2024). Такий цілісний підхід відповідає моделям розвиткової психопатології, які розглядають біологічні схильності та умови середовища як чинники, що спільно діють упродовж дитинства й підліткового віку та поступово формують особливості поведінки, пізнання та емоційної сфери (Musullulu та ін., 2025; Poddar та ін., 2025).

Нейророзвиткові розлади, зокрема РДУГ, розглядають також у межах дименсійного підходу. Він виходить з того, що такі риси, як неуважність, гіперактивність та імпульсивність, розподілені в популяції як безперервний континуум. У цьому підході про клінічно значущий РДУГ говорять тоді, коли показники цих рис наближаються до крайніх значень, а їхня вираженість, тривалість і пов'язані з ними труднощі у функціонуванні досягають рівня, що потребує професійної допомоги (Faraone та ін., 2021; World Health Organization, 2019). Такий спосіб мислення узгоджується із сучасними нейророзвитковими

моделями, які розглядають психічні стани як наслідок індивідуальних відмінностей у дозріванні та організації нейронних систем, а не як чітко відокремлені категорії (Musullulu та ін., 2025; Poddar та ін., 2025).

1.1.3 Сучасні інтегративні моделі та розвиткові траєкторії РДУГ

У сучасних дослідженнях уявлення про РДУГ поступово розширюються і, поряд із традиційними клінічними моделями, охоплюють також еволюційні та функціональні підходи. Еволюційні концепції припускають, що властиві РДУГ риси - підвищена чутливість до новизни, швидка дослідницька поведінка та виражена рухова активність - могли бути корисними в умовах давнього середовища, де уважне відстеження подій навколо, здатність швидко переключати увагу й активно шукати ресурси підвищували шанси на виживання (Esteller-Cucala та ін., 2020; Reiss, 2022). Нещодавні теоретичні праці додатково вказують, що ці когнітивні та поведінкові схильності можна розглядати як прояв еволюційно збереженого "профілю високої допитливості", який посилює пошук інформації та дослідження середовища і був би перевагою в непередбачуваних чи ресурсодефіцитних умовах (Le Cunff, 2024). З цієї перспективи РДУГ не обов'язково розуміють як суто дефіцитний стан, а радше як специфічний когнітивний стиль, що може виявлятися невідповідним сучасним середовищам, які вимагають тривалої зосередженості, низької реактивності та жорсткої поведінкової регуляції, зокрема у формальній освіті (Kidwell, 2025). Такі еволюційні моделі та моделі невідповідності середовищу не заперечують клінічні описи РДУГ, а доповнюють їх, підкреслюючи потенційно адаптивне походження цих рис, які за сучасних соціокультурних вимог можуть ставати джерелом труднощів.

Дані про особливості розвитку нервової системи додатково підтверджують уявлення про РДУГ як різнорідний стан як за походженням, так і за клінічними проявами: у різних людей шлях формування розладу та картина симптомів

можуть суттєво відрізнятися (Nigg та ін., 2020). Сучасні лонгітюдні дослідження показують, що ризик РДУГ відображає поєднаний вплив багатьох генетичних варіантів і низки несприятливих чинників описаних вище (Luo та ін., 2019). Сукупність біологічних і середовищних впливів формує різні траєкторії розвитку: у частини людей наслідки є відносно слабкими, тоді як в інших симптоми та пов'язані з ними труднощі зберігаються в підлітковому й дорослому віці (Nigg та ін., 2020). Нейропсихологічні дослідження додатково свідчать, що відмінності у виконавчих функціях, емоційній чутливості та тому, як мозок обробляє сигнали винагороди, є ключовою ланкою, яка поєднує ці чинники ризику з різними варіантами поведінкових профілів у людей з РДУГ (Nigg та ін., 2020).

На сьогодні прояви РДУГ упродовж життя розглядають як такі, що змінюються разом із розвитком людини, а не просто зникають із віком. Клінічні та розвиткові огляди показують, що, попри зміну поєднання симптомів, багато людей і надалі відчують пов'язані з РДУГ труднощі в підлітковому та дорослому віці: гіперактивні й імпульсивні прояви зазвичай слабшають, тоді як неуважність та організаційні проблеми часто залишаються вираженими (Custodio, 2024). У дорослому віці такі стійкі симптоми пов'язані зі значними порушеннями повсякденного функціонування, зокрема з підвищеними ризиками психіатричної коморбідності, соціальної дезадаптації, нещасних випадків, соматичних захворювань і навіть передчасної смерті (Esteller-Cucala та ін., 2020). Огляди розвитку додатково наголошують, що перехід через підлітковий вік і ранню дорослість супроводжується новими академічними, професійними та соціальними вимогами, які можуть посилювати пов'язані з РДУГ труднощі й призводити до змін у тому, чи відповідає людина повним діагностичним критеріям, навіть якщо проблеми функціонування зберігаються (Nigg та ін., 2020).

Ще одним важливим напрямом сучасних досліджень РДУГ є вивчення того, як ранні симптоми та вразливості, пов'язані з цим розладом, змінюються і

набувають інших форм у різні періоди розвитку. Довготривалі спостереження показують, що симптоми РДУГ у пізньому дитинстві передбачають збереження самого розладу та подальшу появу агресивних і неагресивних поведінкових проблем, а також внутрішніх труднощів у підлітковому віці, що свідчить як про подібність, так і про зміну форм психопатології з часом (Obsuth та ін., 2020). У підлітковому та дорослому віці клінічні описи вказують, що помітна зовнішня гіперактивність часто змінюється відчуттям внутрішнього напруження, стійкими уваговими й організаційними труднощами та схильністю до ризикованої поведінки, що підкреслює тривале збереження пов'язаних з РДУГ порушень, попри зміну їхнього зовнішнього прояву (Cortese, 2025). Особливо виразно така тяглість проявів простежується в емоційній сфері.

Упродовж життя емоційна дизрегуляція дуже часто спостерігається в людей з РДУГ і тісно пов'язана з порушеннями повсякденного функціонування та супутніми психічними розладами. Це дає підстави розглядати її як одну з ключових клінічних характеристик РДУГ, а не лише як другорядний наслідок неувважності чи імпульсивності (Beheshti та ін., 2020). Спираючись на ці дані, сучасні систематичні огляди пропонують прямо включати емоційну дизрегуляцію до моделей розуміння та схем діагностики дорослого РДУГ, наприклад як окрему сферу симптомів чи додаткову позначку в діагнозі, водночас підкреслюючи, що цей симптом не є унікальним лише для РДУГ (Soler-Gutiérrez та ін., 2023).

Паралельно дедалі більше досліджень показує, що перебіг РДУГ залежить від умов, у яких зростає дитина. Огляди, присвячені диференційній вразливості та взаємодії генетичних факторів із середовищем, свідчать, що особливості сімейного життя і стилю батьківства, зокрема рівень “теплоти” стосунків, рівень конфліктів, упорядкованість чи хаотичність побуту, а також можливості для когнітивної стимуляції, можуть визначати, чи ранній ризик РДУГ закріпиться у вигляді стійких симптомів, чи перебіг буде м'якшим. Ці ж фактори розглядають як важливі мішені для втручання, зокрема програм

батьківського тренінгу (Einziger & Berger, 2022). Метааналітичні дані додатково показують, що практики виховання та ширший сімейний контекст є значущими й принаймні частково змінюваними факторами ризику РДУГ, що відкриває можливості для розвитково орієнтованих, сімейно спрямованих програм, здатних знижувати ризик і вираженість симптомів (Claussen та ін., 2024). У цілому ці результати підтримують розвиткові моделі, у межах яких траєкторії РДУГ розглядають як результат тривалої взаємодії індивідуальної вразливості з умовами середовища, а не як щось раз і назавжди задане.

1.1.4 Сучасні принципи та інструменти клінічної діагностики РДУГ

Діагностичний процес при РДУГ за останні два десятиліття поступово вдосконалювався, інтегруючи напрацювання нейронаук, психометрії та розвиткової психології, але й надалі спирається на офіційні діагностичні класифікації. Сучасні клінічні настанови послідовно рекомендують проводити комплексне, мультимодальне обстеження з залученням кількох інформантів, яке поєднує рейтингові шкали симптомів, детальний розвитковий і функціональний анамнез та, за потреби, когнітивні чи нейропсихологічні дослідження (Musullulu, 2025; Razzak та ін., 2021).

У межах таких протоколів саме детальне клінічне інтерв'ю залишається основним інструментом діагностики. Для дорослих часто використовують структуровані та напівструктуровані інтерв'ю, побудовані на критеріях DSM, які дають змогу послідовно оцінити історію симптомів і теперішнє функціонування. Наприклад, Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA-5) - це клінічне інтерв'ю, у якому кожен із 18 симптомів РДУГ за DSM-5 ілюструється конкретними поведінковими прикладами як у дитинстві, так і в дорослому віці, а також детально розпитується про порушення функціонування в різних сферах життя (Kooij та ін., 2019). Для дітей і підлітків широко застосовують напівструктуровані інтерв'ю, зокрема Kiddie-Schedule for

Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL DSM-5). Цей інструмент призначений для оцінки поточної та минулої психопатології у дітей віком приблизно від 6 до 18 років і дає змогу встановити початок, тривалість та вплив симптомів на повсякденне функціонування, поєднуючи інформацію від самої дитини та її опікунів (Kaufman та ін., 1997; Makino та ін., 2023).

Для доповнення клінічних інтерв'ю важливу роль відіграють стандартизовані рейтингові шкали поведінки, які дають змогу кількісно оцінити симптоми РДУГ та пов'язані з ними порушення функціонування, за умови що результати розглядають у контексті повної клінічної оцінки з урахуванням розвиткового анамнезу та професійного судження фахівця (Peterson та ін., 2024). Для дітей шкільного віку серед найпоширеніших інструментів використовують Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scales з окремими формами для батьків і вчителів, що охоплюють 18 основних симптомів РДУГ, а також запитання про типові коморбідні труднощі та порушення функціонування. Ці шкали створені для підтримки діагностичних рішень у клінічній практиці (Anderson та ін., 2022). Ще один широко застосовуваний інструмент для дітей і підлітків - ADHD Rating Scale-5, до складу якої входять 18 пунктів, що відповідають сферам неуважності та гіперактивності-імпульсивності за DSM-5 і дають окремі підсумкові показники для кожної з цих груп симптомів (Alhossein, 2022).

У підлітків і дорослих часто застосовують короткі самооціночні опитувальники, зокрема Adult ADHD Self-Report Scale Всесвітньої організації охорони здоров'я. Варіант ASRS-5, заснований на DSM-5, пропонує скорочену форму з шести пунктів, спеціально розроблену для швидкого виявлення дорослих із підвищеним ризиком РДУГ у закладах первинної медичної допомоги та в громадських вибірках (Ballmann та ін., 2022; Sparle Christensen та ін., 2025). Сучасні підходи до оцінювання додатково наголошують на важливості залучення кількох інформантів - батьків, учителів, партнерів та

самої людини, оскільки вираженість симптомів і рівень порушення функціонування часто відрізняються між домом, школою та роботою (Young та ін., 2024; Esposito та ін., 2025). Дослідження мультиінформативної оцінки послідовно показують, що розбіжності між повідомленнями різних інформантів є звичним явищем і не мають автоматично вважатися випадковою помилкою вимірювання. Натомість їх слід тлумачити з урахуванням різниці в вимогах ситуації, точках зору інформантів та вікового етапу розвитку людини (De Los Reyes & Erkins, 2023).

Хоча нейропсихологічне тестування не є обов'язковим для встановлення діагнозу РДУГ, сучасні огляди підкреслюють, що воно може виконувати корисну допоміжну функцію в диференційній діагностиці та описі супутніх порушень виконавчих функцій, якщо поєднується з клінічним інтерв'ю та рейтинговими шкалами (Musullulu, 2025). Завдання на робочу пам'ять, гальмівний контроль, стійку увагу та когнітивну гнучкість - наприклад тести безперервного виконання, парадигми типу Stroop і Wisconsin Card Sorting Test - у низці метааналітичних досліджень послідовно показують невеликі та помірні середні відмінності між людьми з РДУГ і без нього, особливо в показниках робочої пам'яті та гальмування реакцій (Pievsky & McGrath, 2018). Водночас результати цих тестів істотно перекриваються в клінічних і неклінічних вибірках, тому на сьогодні жоден окремий нейрокогнітивний показник не має достатньої специфічності для самостійної діагностики, і нейропсихологічні проби розглядають передусім як додатковий, а не як основний критерій діагнозу РДУГ (Musullulu, 2025).

Сучасні діагностичні підходи підкреслюють, що прояви РДУГ формуються в соціальному, емоційному та культурному контекстах. Експертні огляди відзначають, що дівчата і жінки частіше залишаються без діагнозу або отримують його пізніше, оскільки переважно мають неухажні та інтерналізовані симптоми, рідше демонструють відкриту порушувальну поведінку і нерідко маскують або компенсують свої труднощі у навчанні та спілкуванні (Young та

ін., 2020). Тому клінічні огляди наголошують на потребі гендерно чутливого оцінювання, яке прямо враховує інтерналізовані проблеми, міжособистісні труднощі та стратегії маскування у жінок, щоб уникнути недооцінки вираженості РДУГ за відносно контрольованої поведінки (Quinn & Madhoo, 2014).

Останні досягнення в галузі телемедицини та онлайн-оцінювання розширили доступ до діагностики РДУГ, оскільки дали змогу проводити ключові компоненти протоколів, заснованих на клінічних настановах, такі як клінічні інтерв'ю та стандартизовані опитувальники, у дистанційному форматі, зберігаючи при цьому можливість ухвалення обґрунтованих клінічних рішень (Hetzke та ін., 2024). Водночас експертні рекомендації European ADHD Guidelines Group підкреслюють, що навіть за використання дистанційних форматів усі обов'язкові елементи діагностичної оцінки РДУГ мають бути виконані відповідно до національних та міжнародних стандартів, аби цифрові інструменти доповнювали, а не замінювали комплексну клінічну оцінку (Santosh та ін., 2023). Публічні ініціативи зі скринінгу на РДУГ також наполягають, що онлайн-опитувальники є саме скринінговими інструментами, а не діагностичними тестами, і мають супроводжуватися подальшою консультацією з кваліфікованим фахівцем, що підкреслює допоміжний, а не остаточний характер веб-інструментів у діагностичному процесі (Mental Health America, n.d.).

Сучасні дослідження підкреслюють, що РДУГ слід розглядати з урахуванням культурного й життєвого контексту, який визначає, як сприймається поведінка дітей і підлітків, коли сім'ї звертаються по допомогу та хто реально отримує доступ до діагностики й лікування (Slobodin & Crunelle, 2019). Батьківські норми, очікування школи, стигма та структурні бар'єри в системі охорони здоров'я можуть по-різному впливати на розпізнавання й лікування РДУГ у різних етнічних і національних групах, що частково пояснює міжкультурні відмінності в показниках поширеності та використанні послуг.

У відповідь на це нові діагностичні інструменти й програми підготовки фахівців просувають екологічно й культурно чутливі підходи до оцінювання. Вони передбачають цілеспрямоване врахування сімейного контексту, культурного тла та наявних ресурсів при клінічній концептуалізації випадку й диференційній діагностиці РДУГ та пов'язаних із ним труднощів у навчанні (McWhirter & Walters, 2024).

1.2 Гендерні особливості прояву РДУГ: специфіка симптомів у дівчат

1.2.1. Гендерні відмінності та діагностичний розрив при РДУГ

Усвідомлення гендерних особливостей проявів РДУГ з'явилося відносно пізно, адже перші дослідження здебільшого проводили на вибірках хлопців і мало враховували специфіку розвитку дівчат (Hinshaw, 2021). У такому історичному контексті РДУГ зазвичай уявляли як "класичний" варіант із вираженою гіперактивністю, імпульсивністю та деструктивною поведінкою на уроках, яка відразу впадала в око вчителям і клініцистам (Young та ін., 2020). Такі відкриті поведінкові прояви добре вписувалися в наявні шкільні та психіатричні шляхи направлення до фахівців, де пріоритет надавали очевидним порушенням поведінки, що й призводило до частішого виявлення РДУГ у хлопців порівняно з дівчатами (Young та ін., 2020).

У 1980-1990-х роках, коли РДУГ кодифікували в діагностичних системах на кшталт DSM-III та DSM-IV, клінічні та дослідницькі вибірки й надалі формували переважно з хлопців, що зміцнювало уявлення про РДУГ як про "чоловічий" розлад (Hinshaw, 2021). Подальші лонгітюдні дослідження та оглядові праці показали, що для дівчат і жінок з РДУГ більш типовими є переважно неухвнений або комбінований профіль симптомів у поєднанні з інтерналізованими труднощами, зокрема тривожністю та пригніченим настроєм, тоді як хлопці частіше демонструють вищі рівні гіперактивно/імпульсивних та інших екстерналізованих симптомів (Hinshaw, 2021). Такі менш явні й більш інтерналізовані прояви підвищують імовірність того, що труднощі дівчат на початкових етапах інтерпретують як первинні тривожні чи афективні розлади, а не як прояви РДУГ, що сприяє відтермінованій або пропущеній діагностиці (Quinn & Madhoo, 2014). Сучасні консенсусні рекомендації та огляди підкреслюють, що поєднання відмінностей у симптомних профілях, характері звернення по допомогу та шляхах скерування спричиняє систематичне недодіагностування і пізніше виявлення РДУГ у дівчат порівняно з хлопцями (Dimitri та ін., 2025).

Нині різницю в частоті діагностики РДУГ у хлопців і дівчат розглядають радше як наслідок відмінностей у клінічних проявах, способах направлення до фахівців і гендерних очікуваннях, а не як доказ того, що РДУГ реально значно рідше трапляється серед дівчат і жінок (Hinshaw та ін., 2021). Більш інтерналізовані симптоми рідше розпізнаються вчителями й клініцистами як індикатори РДУГ, що сприяє систематичному недодіагностуванню дівчат і тенденції тлумачити їхні труднощі насамперед як емоційні або міжособистісні проблеми (Hinshaw та ін., 2021). Дані нещодавніх систематичних оглядів також показують, що хоча в клінічних вибірках співвідношення діагнозів у хлопців і дівчат досі становить приблизно 4:1, у популяційних дослідженнях воно є істотно нижчим і наближається до 2,4:1, що свідчить про те, що значна частка дівчат із клінічно значущими симптомами РДУГ лишається не розпізнаним у повсякденній клінічній практиці (Dimitri та ін., 2025). Великомасштабні популяційні дослідження також показують, що хоча в дитинстві хлопці частіше отримують діагноз РДУГ, у дорослому віці співвідношення між чоловіками та жінками значною мірою вирівнюється, що підтримує припущення про відтерміноване розпізнавання та діагностику у багатьох жінок (Ramtekka та ін., 2010). Лонгітюдні дослідження дівчат і жінок з РДУГ фіксують підвищені ризики інтерналізованих коморбідних розладів і самопошкоджувальної поведінки, особливо тоді, коли РДУГ у підлітковому віці залишається непоміченим або нелікованим, що підкреслює серйозні наслідки відстроченої діагностики (Hinshaw та ін., 2021).

Діагностичні критерії та більшість рейтингових шкал досі побудовані на вибірках хлопців і надають перевагу помітним, порушувальним, зовні вираженим формам поведінки. Це створює ризик, що більш м'які та приховані прояви, типові для дівчат і жінок, залишаться без уваги (Young та ін., 2020). Дослідження за участю шкільного персоналу показують, що вчителі значно частіше розпізнають РДУГ в описах хлопців з комбінованим типом розладу, вираженою руховою активністю та поведінковими проблемами, тоді як дівчат з

переважно неухважним профілем рідше вважають такими, що потребують подальшої діагностики (Moldavsky та ін., 2013). Спостережні роботи також засвідчують, що за однакового рівня помітних симптомів РДУГ, батьки й учителі ставлять вищі оцінки тяжкості розладу хлопцям, ніж дівчатам, що вказує на дію “чоловічої” моделі поведінки як неявного еталону в інформантських оцінках (Meyer та ін., 2017).

Останніми роками експертні консенсуси та оглядові роботи дедалі частіше наголошують на потребі гендерно чутливих стратегій діагностики, щоб краще виявляти та підтримувати дівчат і жінок з РДУГ протягом усього життя (Young та ін., 2020). Дослідження РДУГ у жінок додатково показують, що гормональні зміни та соціокультурні очікування істотно впливають як на суб’єктивне переживання симптомів, так і на їх клінічне розпізнавання, що підкреслює важливість урахування біологічних і контекстуальних чинників під час оцінювання порушень функціонування та планування інтервенцій для дівчат і жінок з РДУГ (Kooij та ін., 2025).

1.2.2 Клінічні й психосоціальні особливості проявів РДУГ у дівчат та жінок

В клінічних описах особливо вираженими постають такі труднощі, як відволікання, неорганізованість, забудькуватість і труднощі з підтриманням уваги під час навчальних завдань (Young та ін., 2024). Такі неухвально й спрямовані всередину труднощі радше підривають процес навчання та образ "Я", ніж порушують порядок у класі, що зменшує ймовірність того, що вчителі інтерпретуватимуть їх як ознаки нейророзвиткового розладу, який потребує формальної оцінки (Young та ін., 2020). Унаслідок цього симптоми дівчат часто подають як стійкі риси особистості - наприклад, "мрійливість", пасивність чи відсутність мотивації, -що відсуває або взагалі унеможливляє діагностику, особливо коли хороші навчальні результати підтримуються ціною значних зусиль (Quinn & Madhoo, 2014).

Ще одна важлива відмінність РДУГ у дівчат стосується соціального й емоційного функціонування. Дівчата з РДУГ загалом демонструють вищі рівні міжособистісних труднощів, ніж хлопці та їхні ровесники без РДУГ (Hinshaw та ін., 2022). Вони частіше мають нестабільні дружні стосунки, зазнають віктимізації, вираженого дефіциту соціальних навичок, що вказує на стійкий патерн проблемної взаємодії з однолітками, пов'язаний з емоційним дистресом (Kok та ін., 2016). На відміну від хлопців, які частіше демонструють відкрито порушувальну чи агресивну поведінку, труднощі дівчат нерідко набувають більш прихованих або соціально опосередкованих форм - надмірна балакучість, часті конфлікти, емоційна лабільність, відчуття внутрішньої напруги, які можуть лишатися малопомітними для дорослих у формальних умовах (Antoniou, 2021). У підлітковому віці ці особливості часто посилюються, оскільки гормональні зміни та зростання навчальних і соціальних вимог підсилюють вплив проблем з увагою, емоційних і міжособистісних труднощів на самооцінку та адаптацію (Antoniou, 2021).

Дівчата та жінки з РДУГ часто мають виражену психіатричну коморбідність: тривожні й депресивні розлади, розлади харчової поведінки та

самопошкоджувальну поведінку, що ускладнює клінічну картину й посилює загальні психосоціальні порушення функціонування (Attoe & Climie, 2023). У практиці саме ці супутні емоційні й поведінкові труднощі нерідко стають головним фокусом допомоги, тоді як основні прояви РДУГ роками залишаються нерозпізнаними (Attoe & Climie, 2023). Унаслідок цього дівчатам і жінкам часто призначають лікування вторинних афективних чи тривожних станів до того, як буде встановлено діагноз РДУГ, що сприяє подальшій затримці діагностики та накопиченню академічних, соціальних та емоційних негативних наслідків розладу (Quinn & Madhoo, 2014).

Нейропсихологічні дослідження, що узагальнюють дані численних метааналізів, показують: при РДУГ в середньому виявляють лише малі або помірні дефіцити виконавчих функцій, передусім робочої пам'яті, гальмівного контролю та стійкої уваги, а показники виконання завдань суттєво перекриваються в людей з діагнозом і без нього (Pievsky & McGrath, 2018). Це дає підстави припускати, що стандартне когнітивне тестування не завжди надійно відрізняє дівчат з РДУГ від ровесниць з типовим розвитком або від хлопців з РДУГ, навіть коли їхні емоційні та соціальні труднощі в повсякденному житті є значними.

Експертні консенсусні документи, присвячені РДУГ у жінок, наголошують, що багато дівчат і жінок підтримують відносно контрольовану поведінку в структурованих умовах ціною значних компенсаторних зусиль для подолання неувважності й дезорганізованості, а також можуть применшувати, приховувати або “маскувати” симптоми, попри виражений внутрішній дистрес і виснаження (Young та ін., 2020).

1.2.3 Нейробіологічні, генетичні та гормональні чинники статевих відмінностей при РДУГ

Варіативність проявів РДУГ у хлопців і дівчат дедалі частіше пояснюють поєднаним впливом соціокультурних чинників та статевозумовлених нейробіологічних відмінностей - насамперед на рівні мозкових мереж, генетичної вразливості та гормональної регуляції (Cagucci та ін., 2023). Нейровізуалізаційні дослідження послідовно вказують на зміни у фронто-стріарних та пов'язаних контрольних контурах при РДУГ в осіб обох статей, зокрема в шляхах, що поєднують префронтальну кору зі стріатумом і мозочковими ділянками, які відповідають за гальмування реакцій, моторний контроль і підтримання стійкої уваги (De La Fuente та ін., 2013). Водночас роботи, що безпосередньо порівнюють хлопців і дівчат з РДУГ, демонструють статеві відмінності у фронто-субкортикальній функціональній зв'язності: Rosch та ін. (2018) показали більш виражені порушення інтринсивної зв'язності між стріарними та лімбічними структурами й префронтальними ділянками, включно з вентромедіальною префронтальною корою та передньою поясною корою, саме у дівчат. Узагальнюючи структурні, функціональні й клінічні дані, огляди припускають, що взаємодія мереж, які опрацьовують винагороду й емоції, з мережами виконавчого контролю у поєднанні зі статевоспецифічними віковими та гормональними факторами може зумовлювати більш гіперактивно-імпульсивні й порушувальні профілі у хлопців та переважно неуважні, емоційно лабільні й інтерналізовані профілі у дівчат (Cagucci та ін., 2023).

Дані досліджень з близнюками узгоджуються з гіпотезою “жіночого захисного ефекту”: у співблизнюків дівчат з дуже високими рівнями РДУГ-подібних рис частіше виявляють підвищені показники РДУГ-поведінки, ніж у співблизнюків хлопців з подібним рівнем симптомів, що свідчить про потребу більшого етіологічного навантаження для маніфестації розладу у дівчат (Taylor та ін., 2016). Такий патерн підтримує уявлення, що нижча зареєстрована поширеність РДУГ у дівчат не означає меншої базової вразливості, а радше

відображає поєднання захисних механізмів та вищих порогів клінічного розпізнавання за подібного рівня порушення функціонування (Martin та ін., 2018).

Гормональні впливи, зокрема статеві стероїдні гормони, дедалі частіше розглядають як чинники, що сприяють коливанням симптомів РДУГ у дівчат і жінок упродовж пубертату, менструального циклу, вагітності та менопаузи (Kooij та ін., 2025). Систематичні огляди, присвячені жінкам з РДУГ, показують, що суб'єктивно переживані неухвильність, емоційна лабільність і функціональні труднощі часто посилюються в періоди низького рівня естрадіолу протягом циклу та під час репродуктивних переходів - пубертату, перименструального періоду, перименопаузи (Osianlis та ін., 2025). Це підтримує інтерпретацію, що взаємодія між гормональною динамікою та нейронними системами контролю уваги й емоцій робить внесок у внутрішньоособистісну варіативність симптомів РДУГ упродовж життя жінки (Kooij та ін., 2025).

Лонгітюдні МРТ-дослідження типового розвитку показують, що пубертатний статус і стать пов'язані з різними траєкторіями змін товщини й площі кори: у частини префронтальних і тім'яних ділянок у дівчат спостерігають ранніше або інтенсивніше стоншення кори, ніж у хлопців (Herting та ін., 2015). Огляди, сфокусовані на РДУГ у дівчат і жінок, припускають, що ці статевозумовлені відмінності кортикального дозрівання можуть взаємодіяти з РДУГ-асоційованими порушеннями виконавчих функцій, частково пояснюючи, чому деякі дівчата демонструють відносно добру адаптацію в молодшій школі, але потрапляють у поле зору фахівців лише тоді, коли в підлітковому віці різко зростають академічні й соціальні вимоги (Hinshaw та ін., 2022). Сукупність гормональних і нейророзвиткових даних підтримує розуміння РДУГ як гетерогенного нейророзвиткового розладу зі специфічними для статей патернами нейронної та функціональної дисфункції на груповому рівні (Faraone та ін., 2021).

1.2.4 Епідеміологія та недооцінений тягар РДУГ у дівчат і жінок

Епідеміологічні дослідження послідовно показують, що РДУГ є одним з найпоширеніших нейророзвиткових розладів у дітей та підлітків і суттєво відрізняється за поширеністю між статями (Ayano та ін., 2023). За даними опитувань у США, 15,0 % хлопців і 8,8 % дівчат віком 3-17 років хоча б раз у житті отримували діагноз РДУГ, що відповідає співвідношенню приблизно 1,7:1 (CDC, 2024). Парасолькові метааналітичні огляди свідчать, що у глобальному масштабі РДУГ вражає близько 10 % хлопців і 5 % дівчат, формуючи співвідношення у загальнопопуляційних вибірках ближче до 2:1 (Ayano та ін., 2023). Водночас великомасштабні популяційні аналізи показують, що це співвідношення є значно вищим у клінічних вибірках скерованих пацієнтів, ніж у загальнопопуляційних, що узгоджується з припущенням, що відмінності в клінічній картині, маршрутах скерування та діагностичних порогах систематично знижують імовірність виявлення та лікування РДУГ у дівчат (Mowlem та ін., 2019).

Ці глобальні оцінки спираються на метааналітичний аналіз сотень досліджень з різних регіонів світу й показують, що показники поширеності суттєво варіюють залежно від методології та географічного контексту (Ayano та ін., 2023). Епідеміологічні узагальнення також свідчать, що РДУГ залишається поширеним і в дорослому віці, із сумарною глобальною поширеністю приблизно 2,6 % для персистентного РДУГ у дорослих і вищими оцінками для симптоматичного РДУГ у дорослому віці, при цьому міжрегіональні відмінності залишаються значними (Song та ін., 2021). За даними загальнопопуляційного дослідження в США National Comorbidity Survey Replication, поточна поширеність РДУГ у дорослому віці становить 4,4 %, причому чоловіча стать була визначена як значущий корелят, що свідчить про те, що чоловіки й надалі частіше, ніж жінки, відповідають діагностичним критеріям у дорослому віці (Kessler та ін., 2006). Клінічні огляди, сфокусовані на жінках і дівчатах з РДУГ, підкреслюють, що значна частка пацієнток не

ідентифікується в дитинстві й натомість уперше звертається по допомогу в дорослому віці з уже наявними тривожними або депресивними симптомами, які можуть маскувати базові прояви РДУГ і затримувати встановлення коректного діагнозу (Quinn & Madhoo, 2014). Жінки часто описують тривалі періоди боротьби з “незрозумілими” труднощами, отримання часткових або альтернативних діагнозів і лише в дорослому віці, після значного психосоціального погіршення, нарешті отримують діагноз РДУГ (Attoe & Climie, 2023).

1.2.5 Сучасні дискусії та виклики гендерно чутливої діагностики РДУГ

Попри суттєвий прогрес у визнанні статевих і гендерних відмінностей при РДУГ, у науковій і клінічній спільнотах досі триває активна дискусія щодо того, як саме слід концептуалізувати ці відмінності та які наслідки вони мають для діагностики й лікування (Hinshaw et al., 2022). Сучасні дискусії довкола РДУГ відображають різні емпіричні результати та різні уявлення про те, як слід класифікувати розлад і що вважати “типовою” гендерною поведінкою (Young та ін., 2020). Ключовим залишається питання, чи виявлені статеві відмінності в симптомних профілях є наслідком передусім біологічних розбіжностей, чи радше результатом гендерно зумовленої соціалізації та упереджень у діагностичних критеріях і практиці оцінювання (Hinshaw та ін., 2022). (на мою думку останнє). З біологічної перспективи низка авторів наголошує, що специфічні для статі гормональні впливи та відмінності в розвитку мозку можуть модулювати інтенсивність і перебіг симптомів РДУГ у жінок порівняно з чоловіками, зокрема в періоди пубертату та коливань під час менструального циклу (Eng та ін., 2024; Osianlis та ін., 2025). Спираючись на ці дані, позиційні статті щодо РДУГ у жінок обґрунтовують потребу гендерно поінформованих, психологічно чутливих діагностичних підходів, які враховують гормональні переходи, етап життєвого циклу та характерні для жінок патерни переживання й

презентації симптомів, водночас визнаючи значний перекрив і спільну нейророзвиткову основу РДУГ в осіб обох статей (Kooij та ін., 2025).

Водночас частина дослідників застерігає від перебільшення ролі статевих відмінностей і наголошує, що історичне недорозпізнавання РДУГ у дівчат радше відображає діагностичну практику, зорієнтовану на “типово чоловічі” патерни поведінки, ніж принципово інші симптомні профілі (Young та ін., 2020). Лонгітюдні дослідження показують, що дівчата з переважно неухважними проявами можуть менше порушувати дисципліну в класі, ніж хлопці, але з часом стикаються з подібними або навіть більш вираженими навчальними та соціально-емоційними труднощами (Elkins та ін., 2011). З цієї перспективи пріоритетом є зробити наявні критерії чутливішими до “жіночих” варіантів прояву РДУГ і застосовувати інклюзивніші діагностичні пороги, а не створювати окремі моделі симптоматики для кожної статі (Hinshaw et al., 2022). Паралельно триває дискусія щодо того, чи потрібні окремі діагностичні інструменти для хлопців і дівчат, чи натомість наявні опитувальники можна перекалібрувати так, щоб точніше відображати жіночі профілі (Young та ін., 2020). Частина клініцистів і дослідників підтримує розробку спеціалізованих скринінгових інструментів для жінок, у яких на перший план виводяться емоційна дизрегуляція, занижена самооцінка й інтерналізований дистрес поряд із базовими симптомами РДУГ, аргументуючи, що саме такі виміри краще відображають суб’єктивний досвід багатьох дівчат і жінок з РДУГ (Quinn & Madhoo, 2014). Інші наголошують на доцільності вдосконалення вже наявних інструментів, звертаючи увагу, що широкі рейтингові шкали, такі як Adult ADHD Self Report Scale та споріднені методики, загалом демонструють добрі психометричні показники в дорослих вибірках і можуть бути адаптовані для кращого охоплення різноманітних симптомних профілів, включно з тими, що є більш типовими для жінок (Brevik et al., 2020). Водночас ефективність таких змін значною мірою залежить від того, у якому соціальному та професійному контексті ці інструменти застосовуються і які уявлення про “типовий” РДУГ

поділяють фахівці.

Культурний та освітній контексти додатково формують те, як РДУГ проявляється та розпізнається в осіб різної статі. Експериментальні дослідження з використанням клінічних випадків показують, що клініцисти частіше встановлюють діагноз РДУГ хлопцям, ніж дівчатам, які демонструють ідентичні симптомні профілі, що свідчить про вплив гендерних очікувань щодо поведінки на діагностичні рішення (Bruchmüller et al., 2012). Батьки й учителі також швидше інтерпретують порушувальну, гіперактивну поведінку хлопців як індикатор РДУГ, тоді як співставні рівні неуважності чи інтерналізованих труднощів у дівчат з меншою ймовірністю стають підставою для скерування на спеціалізовану оцінку (Mowlem et al., 2019). Клінічні дослідження також вказують, що труднощі дівчат частіше пояснюють альтернативними причинами, такими як стрес або емоційні проблеми, що відображає продовження орієнтації повсякденної практики на чоловічі прототипи РДУГ (Slobodin & Davidovitch, 2019).

Дискусії про категоріальні та дименсійні моделі РДУГ безпосередньо пов'язані з проблемою гендерних відмінностей. Підтипи DSM-5 відображають лише частину реальної гетерогенності РДУГ і не охоплюють багатьох людей із субпороговими, але клінічно значущими поєднаннями симптомів, серед яких чимало дівчат (Carucci et al., 2023). Оглядові роботи щодо діагностичних інструментів підкреслюють, що підхід, за якого оцінюють РДУГ-подібні риси на континуумі та паралельно систематично вимірюють порушення функціонування в різних сферах, краще допомагає зменшити статеві диспропорції в діагностиці, ніж орієнтація лише на жорсткі порогові критерії (Crocker et al., 2025). Великі популяційні дослідження із застосуванням DSM-5-орієнтованих шкал також показують, що дименсійні показники неуважності та гіперактивності/імпульсивності тісно пов'язані з депресією та тривогою, особливо в дівчат, що вказує на важливість виявлення “межевих” випадків, коли формальний діагностичний поріг ще не досягнуто, але психологічне та

соціальне функціонування вже істотно страждає (Gilbert et al., 2023).

Ще одним дискусійним аспектом є вплив зростання поінформованості та онлайн-дискурсу про РДУГ на самовизначення людей і їхнє звернення по допомогу, особливо серед молодих жінок, які знайомляться з тематичним контентом у соціальних мережах (Morgan, 2024). Якісні дослідження, проведені серед жінок, які отримали діагноз РДУГ у дорослому віці, показують, що багато хто вперше розглянув РДУГ як можливе пояснення своїх давніх труднощів саме після знайомства з історіями інших жінок онлайн, а згодом були змушені самотійно ініціювати скерування, що свідчить про те, що недодіагностування, а не надмірна діагностика залишається провідною проблемою в цій групі (Baig & Kahya, 2025). Водночас у коментарях щодо РДУГ у дорослому віці наголошується, що спрощений або некоректний контент про РДУГ у соціальних мережах, таких як TikTok, може спонукати деяких людей інтерпретувати нормативний стрес або неспецифічні емоційні труднощі як прояви РДУГ, що підкреслює потребу в ретельній клінічній диференційній діагностиці та строгому дотриманні формальних критеріїв (Weber, 2025). Таке поєднання зростання саморозпізнавання серед жінок і потенційних ризиків хибної інтерпретації симптомів через соціальні мережі вказує, що розширення обізнаності має супроводжуватися ґрунтовними діагностичними процедурами та суворим дотриманням настанов DSM-5-TR, щоб уникнути як персистентного недодіагностування, так і невиправданої гіпердіагностики (Abdelnour et al., 2022).

Щодо практичних відповідей на гендерні диспропорції, якісні дослідження жінок із пізно діагностованим РДУГ описують тривалі затримки зі скеруванням, повторювані хибні діагнози депресії чи тривожних розладів і значну психосоціальну шкоду до моменту встановлення діагнозу РДУГ, що вказує на потребу в кращих шляхах раннього розпізнавання в освітньому середовищі та первинній ланці медичної допомоги (Morgan, 2024). Змішані за методами дослідження роботи, у яких опитували жінок, що отримали діагноз РДУГ лише

після багаторічних труднощів, так само свідчать, що відтермінована діагностика негативно впливає на освіту, зайнятість, міжособистісні стосунки та самооцінку, а ранніше розпізнавання могло б істотно зменшити тяжкість цих наслідків (Holden & Kobayashi-Wood, 2025). Інтерв'ю з дорослими жінками у Великій Британії додатково показують, що учасниці часто змушені долати множинні системні бар'єри, тривалий час самотійно відстоювати своє право на оцінку та справлятися з інтерналізованою стигмою, перш ніж їм вдається отримати направлення на діагностику, що посилює заклики до створення гендерно чутливих послуг з діагностики РДУГ для дорослих і структурованої постдіагностичної психологічної підтримки (Baig & Kahya, 2025). У сукупності цей масив доказів свідчить, що для подолання гендерних диспропорцій у діагностиці РДУГ необхідні як ранні шкільні шляхи для виявлення, так і належно забезпечені ресурсу послуги для дорослих, а будь-яке обговорення потенційної гіпердіагностики слід урівноважувати з урахуванням тривалого й добре задокументованого недорозпізнавання РДУГ у дівчат і жінок упродовж усього життя (Young та ін., 2020).

1.3 Огляд сучасних методів психологічної діагностики РДУГ з урахуванням гендерних особливостей

Сучасні діагностичні системи, такі як DSM-5-TR, визначають РДУГ як нейророзвитковий розлад, прояви якого змінюються залежно від етапу розвитку та контексту, що підкреслює важливість вікових і ситуативних факторів при оцінюванні (Musullulu, 2025). Однак діагностичні критерії та багато широко вживаних рейтингових шкал були розроблені та стандартизовані переважно на вибірках, де домінували хлопчики, тим самим закріплюючи “типово чоловічий” профіль як стандартний прояв РДУГ (Young et al., 2020). Така орієнтована на чоловіків доказова база знижує чутливість існуючих підходів до оцінювання неуважних, інтерналізованих та залежних від контексту профілів, які частіше описуються у дівчат та жінок (Quinn & Madhoo, 2014).

У дитячих та підліткових популяціях переліки симптомів на основі DSM зазвичай реалізуються через шкали оцінки поведінки, такі як шкали NICHQ Vanderbilt, шкали Conners та шкала рейтингу РДУГ (ADHD Rating Scale), які трансформують неуважність та гіперактивність-імпульсивність у спостережувану поведінку, що оцінюється батьками та вчителями (Musullulu, 2025). Оскільки ці інструменти фокусуються на зовнішній поведінці, а не на внутрішніх переживаннях, таких як низька самооцінка, перфекціоністська гіперкомпенсація або тривале розумове напруження, вони можуть не виявляти дівчат, які мають "тиху" неуважність, емоційний дистрес та використовують стратегії маскування (Quinn & Madhoo, 2014). Експериментальні дослідження з використанням кейсів (вінєток) для вчителів показують, що шкільний персонал частіше приписує наявність РДУГ хлопцям, ніж дівчатам, за однакового опису симптомів. Це свідчить про те, що деструктивна активність та патерни поведінки, типові для чоловіків, часто функціонують як імпліцитна норма у судженнях інформаторів (Young et al., 2020). Епідеміологічний аналіз також свідчить про те, що дівчатам часто потрібні більш виражені екстерналізовані симптоми або порушення функціонування, щоб отримати діагноз РДУГ чи медикаментозне лікування, що узгоджується з поведінковими порогоми, які

ставлять жіночі прояви у не вигідне становище (Mowlem et al., 2019).

Шкали NICHQ Vanderbilt демонструють хорошу надійність та валідність для виявлення РДУГ і розладів деструктивної поведінки у дітей шкільного віку, проте всі пункти щодо РДУГ сформульовані як спостережувана поведінка. У них відсутні пункти, що стосуються самооцінки, суб'єктивної втоми або компенсаторних стратегій, що обмежує їхню здатність охопити внутрішній стан, про який повідомляють багато дівчат із РДУГ (Wolraich et al., 2003). Дименсійні інструменти, такі як шкала "Сильні та слабкі сторони симптомів РДУГ і нормальної поведінки" (SWAN), мають переваги, оскільки оцінюють як сильні сторони, так і труднощі у сферах уваги та контролю імпульсів у загальних та клінічних вибірках (Arnett et al., 2013). Крос-культурні дослідження, включно з українською адаптацією, підтверджують надійність показників SWAN у різних мовних і культурних контекстах (Ositkovska, 2021). Проте наявні валідаційні дослідження рідко надають специфічні для жінок норми чи аналіз, а це означає, що навіть дименсійні шкали можуть все ще базуватися на розподілах, отриманих переважно на чоловічих вибірках (Young et al., 2020).

У дорослих популяціях опитувальник самозвіту ASRS v1.1 продемонстрував хороші показники скринінгу та ефективного виявлення ймовірних випадків РДУГ як у загальних, так і в клінічних вибірках (Kessler et al., 2005). Так само інтерв'ю DIVA-5 продемонструвало високу діагностичну точність як напівструктурований клінічний інструмент у валідаційних дослідженнях дорослих із РДУГ (Hong et al., 2020). Однак якісні та оглядові дослідження за участі жінок, діагностованих у дорослому віці, вказують на те, що багато з них роками маскували свої труднощі або вдавалися до гіперкомпенсації. Ці стратегії часто залишаються непоміченими, якщо клініцисти цілеспрямовано не запитують під час інтерв'ю про внутрішні зусилля, виснаження та напруження, пов'язане з самосприйняттям (Attoe & Climie, 2023). Аналіз оцінювання за допомогою DIVA-5 також свідчить, що

жінки можуть потребувати вищого рівня екстерналізованих симптомів або порушень функціонування для отримання діагнозу. Це підкреслює, що ефективність структурованих інтерв'ю для діагностики жінок значною мірою залежить від гендерно обізнаної підготовки клініцистів (Platania et al., 2025).

Загалом, сучасні діагностичні інструменти рідко розроблялися чи нормувалися спеціально для жіночих профілів РДУГ, що пояснює, чому дівчата та жінки частіше, ніж чоловіки, отримують пізні діагнози, рідше охоплені лікуванням та мають попередні помилкові діагнози розладів настрою чи тривожних розладів (Gilbert et al., 2023). На цій підставі низка авторів закликає до гендерно адаптованого перегляду існуючих шкал та розробки нових інструментів, які б поряд із традиційною оцінкою симптомів включали такі сфери, як емоційна дизрегуляція, хронічне когнітивне навантаження, маскування та соціальна відстороненість (Pérez Beltrán et al., 2024). У дослідженнях дорослих жінок починають з'являтися підходи зі змішаними методами, що поєднують стандартні переліки симптомів із наративними описами, саморефлексивними опитувальниками та інтерв'ю, сфокусованими на ідентичності, але в рутинній клінічній практиці вони залишаються рідкістю (Grimell, 2025). Щоб зменшити гендерну упередженість при виявленні РДУГ, експерти рекомендують проводити гендерно орієнтоване навчання для клініцистів, а також використовувати протоколи оцінювання, що залучають багатьох інформаторів і різні методи, та спиратися на вибірки для нормування, які цілеспрямовано включають дівчат і жінок (Young et al., 2020).

Клінічні огляди, присвячені жінкам і дівчатам, підкреслюють, що інтерналізовані ознаки, такі як тривожність, пригнічений настрій та низька самооцінка, часто домінують у клінічній картині. Їх необхідно діагностично враховувати нарівні з основними симптомами неухважності та гіперактивності (Quinn & Madhoo, 2014). Quinn і Madhoo також наголошують, що задовільна академічна успішність не повинна виключати РДУГ, якщо вона підтримується лише за рахунок непропорційних зусиль, дистресу або інтенсивної батьківської

підтримки - патерн, який часто спостерігається у дівчат з високими досягненнями (Quinn & Madhoo, 2014). Напівструктуровані діагностичні інтерв'ю, такі як DIVA-5, операціоналізують критерії DSM-5 для РДУГ у дорослих, а валідизація корейської версії демонструє високу діагностичну точність, чутливість і специфічність при використанні в рамках комплексного оцінювання (Hong et al., 2020). Дименсійні рейтингові шкали, такі як SWAN, вимірюють повний спектр рис уваги та активності, оцінюючи як сильні сторони, так і труднощі, що допомагає виявити менш явні, але такі, що порушують функціонування, профілі симптомів у дівчат (Vajsz et al., 2024). Нещодавні дослідження з використанням SWAN на клінічних вибірках вказують, що її двонаправлене оцінювання покращує діагностичну та конвергентну валідність порівняно з традиційними шкалами, орієнтованими лише на дефіцит. Це підтверджує її роль у нюансованому, гендерно чутливому оцінюванні (Alexander et al., 2020). Якісні та наративні підходи дедалі частіше використовуються разом зі структурованими інструментами, щоб охопити суб'єктивний досвід маскування, емоційного тягаря та когнітивного перевантаження у дівчат аспектів, які можуть бути пропущені стандартними опитувальниками (Nagar et al., 2025).

Дослідження методом e-Delphi, проведене Perez Beltran та колегами, дозволило створити інструмент самозвіту для дітей віком 7-16 років із пунктами, отриманими на основі критеріїв DSM-5-TR та експертних суджень щодо гендерних проявів РДУГ (Perez Beltran et al., 2024). Об'єктивні тести безперервної продуктивності, такі як QbTest, що поєднують комп'ютеризовані завдання на увагу з відстеженням рухів, були розроблені для надання клініцистам додаткових об'єктивних даних про активність, імпульсивність та увагу при інтеграції в ширші діагностичні алгоритми (Bellato et al., 2024). Систематична оцінка QbTest свідчить, що хоча його не слід використовувати як самостійний діагностичний або скринінговий інструмент, він може підвищити ефективність і підтримати прийняття клінічних рішень при використанні як

доповнення до стандартного оцінювання (Bellato et al., 2024). Нові стандарти якості оцінювання РДУГ також підкреслюють, що клініцисти повинні інтерпретувати бали рейтингових шкал з урахуванням вікових вимог, сімейної підтримки та соціокультурних гендерних норм, а не покладатися виключно на числові пороги (Young et al., 2024). Ці стандарти наголошують на ризику того, що інтерналізований дистрес і компенсаторна поведінка дівчат будуть хибно приписані проблемам з настроєм або стосунками, якщо клініцисти не пройдуть підготовку, яка акцентує увагу на гендері та стигмі (Hinshaw et al., 2024). Освітні та клінічні навчальні програми, побудовані на гендерно обізнаному контенті, довели свою здатність підвищувати впевненість вчителів і практиків у виявленні РДУГ у дівчат та зменшувати стереотипні уявлення про деструктивну поведінку як первинний маркер розладу (Davis, 2025).

Висновки до розділу 1

Здійснений у першому розділі теоретичний аналіз сучасних наукових джерел дозволив систематизувати уявлення про розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) та виокремити специфіку його діагностики у дівчат.

Узагальнення положень сучасних класифікаційних систем (DSM-5-TR, МКХ-11) та нейробіологічних досліджень дало змогу визначити РДУГ як складний нейророзвитковий стан полігенної природи. Встановлено, що в основі розладу лежить дисфункція нейромедіаторних систем та структур мозку, відповідальних за виконавчий контроль, гальмування імпульсів та регуляцію уваги. Важливим є розуміння РДУГ у біопсихосоціальній парадигмі, де біологічна вразливість взаємодіє з факторами середовища, а клінічна картина трансформується впродовж життя: від зовнішньої гіперактивності у дитинстві до інтерналізованих труднощів та дефіциту виконавчих функцій у дорослому віці.

Виявлено суттєві гендерні відмінності у клінічних проявах розладу, які є

причиною систематичної недодіагностики дівчат. З'ясовано, що "жіночий фенотип" РДУГ характеризується переважанням симптомів неуважності, емоційної дизрегуляції та інтерналізованих розладів (тривожність, низька самооцінка), на відміну від більш помітної деструктивної поведінки у хлопців. Особливу роль у цьому процесі відіграє феномен "маскування" (camouflaging) та соціальної компенсації, коли дівчата приховують симптоми ціною значного психоемоційного виснаження, щоб відповідати соціокультурним очікуванням щодо поведінки та успішності.

Критичний аналіз існуючого діагностичного інструментарію засвідчив недостатню чутливість традиційних рейтингових шкал (наприклад, NICHQ Vanderbilt) до специфічних проявів РДУГ у дівчат, оскільки ці методики здебільшого нормовані на чоловічих вибірках і фокусуються на зовнішніх проявах поведінки. Обґрунтовано необхідність застосування гендерно-чутливого підходу, який передбачає використання мультимодальної оцінки, дименсійних інструментів (таких як SWAN) та клінічних інтерв'ю, спрямованих на виявлення суб'єктивного дистресу, компенсаторних стратегій та внутрішнього напруження, а не тільки академічної неуспішності чи порушень дисципліни.

Таким чином, теоретичне дослідження підтвердило актуальність проблеми гендерної упередженості в діагностиці РДУГ та необхідність вдосконалення діагностичних алгоритмів для своєчасного виявлення розладу у дівчат, що стало підґрунтям для проведення емпіричного дослідження у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РДУГ У ДІВЧАТ

2.1 Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження

2.1.1 Обґрунтування вибору емпіричного підходу

Дослідження особливостей психодіагностики гендерних ознак РДУГ у дівчат вимагає врахування кількох взаємопов'язаних вимірів: клінічних симптомів, рівня функціонування в різних сферах життя, суб'єктивного досвіду самих дівчат та жінок, а також оцінок з боку значущих дорослих: батьків і педагогів. За таких умов методологічно доцільним є використання крос-секційного емпіричного підходу з кореляційним та порівняльним дизайном, який в один часовий зріз дає змогу зафіксувати актуальний рівень симптомів РДУГ та пов'язаних труднощів у різних вікових групах, порівняти прояви РДУГ у дівчат і хлопців за однаковими стандартизованими шкалами, простежити взаємозв'язки між психодіагностичними показниками та соціально-демографічними характеристиками.

Відповідно до окреслених завдань обрано комбінований підхід, що поєднує онлайн-опитування із застосуванням стандартизованих рейтингових шкал та окреме напівструктуроване клінічне інтерв'ю DIVA-5 для дорослих. У складі опитувальника використано шкалу ретроспективної оцінки дитячих симптомів WURS, шкалу самозвіту дорослих ASRS v1.1, батьківську форму NICHQ Vanderbilt, а також рейтингову шкалу SWAN. Така конфігурація інструментів забезпечує багатоджерельний збір інформації (самозвіт дівчат, оцінки батьків та педагогів), створює можливість одночасно досліджувати дитячі прояви РДУГ у дівчат за даними значущих дорослих та ретроспективні дитячі симптоми у дорослих жінок за допомогою WURS і DIVA-5, а також узгоджується із сучасним розумінням діагностики РДУГ, у межах якого стандартизовані опитувальники розглядаються як необхідне доповнення до клінічного інтерв'ю.

Використання онлайн-формату (Google Forms) є методично обґрунтованим рішенням, оскільки дає змогу охопити ширшу географічну вибірку, забезпечити

анонімність участі та мінімізувати прямий вплив дослідника на відповіді респондентів. Перед початком опитування учасникам надавався інформаційний лист і форма інформованої згоди (див. Додаток А). Для теми, чутливої до стигми та гендерних стереотипів, анонімний онлайн-формат додатково сприяє більшій відвертості учасниць, зокрема жінок з досвідом пізнього, неточного або поставленого під сумнів діагнозу РДУГ.

Таким чином, обраний емпіричний підхід поєднує крос-секційний зріз даних, мультиметодний та мультиінформантний збір інформації (self-report, батьківський і вчительський репорт, клінічне інтерв'ю) та використання валідизованих психодіагностичних методик, адаптованих до українських реалій. У такій конфігурації дизайн дослідження дозволяє коректно здійснити порівняльний аналіз проявів РДУГ у дівчат та хлопців і виявити внесок соціально-гендерних факторів у процес психодіагностики.

2.1.2. Мета, завдання та гіпотези дослідження

Метою емпіричного дослідження є виявлення особливостей психодіагностики РДУГ у дівчат, зокрема специфіки їхніх діагностичних профілів порівняно з хлопцями.

Для реалізації поставленої мети були сформульовані такі завдання дослідження:

Описати загальний рівень симптомів РДУГ та пов'язаних функціональних порушень у вибірці дівчат і жінок за даними стандартизованих опитувальників WURS, ASRS, NICHQ Vanderbilt, SWAN та напівструктурованого інтерв'ю DIVA- 5.

Проаналізувати розподіл показників у дівчат за основними діагностичними доменами (неуважність, гіперактивність, імпульсивність, емоційна регуляція, соціальне функціонування) та виокремити характерні профілі симптомів.

Здійснити порівняльний аналіз проявів РДУГ у дівчат і хлопців на основі одних і тих самих психодіагностичних методик та виявити статистично значущі відмінності у структурі їхніх діагностичних профілів.

Дослідити кореляційні зв'язки між показниками різних шкал, що відображають увагу, гіперактивність-імпульсивність, самоконтроль, емоційну регуляцію та соціальне функціонування, у групі дівчат.

Інтерпретувати отримані емпіричні результати у контексті сучасних теоретичних підходів до розуміння РДУГ та гендерних особливостей його прояву, окреслити можливі наслідки для психодіагностичної практики.

Відповідно до мети та завдань дослідження були висунуті такі гіпотези:

Гіпотеза 1. У дівчат частіше, ніж у хлопців, спостерігаються діагностичні профілі з домінуванням симптомів неувважності та емоційних труднощів за відносно менш виражених зовнішніх гіперактивно-імпульсивних проявів.

Гіпотеза 2. Оцінки вчителів і батьків виявляють різні патерни гендерних відмінностей: хлопці отримують вищі бали за шкалами гіперактивності-імпульсивності та поведінкових проблем, ніж дівчата, тоді як за показниками неувважності різниця між статями є менш вираженою або відсутньою.

Гіпотеза 3. У групі хлопців показники за шкалами гіперактивності-імпульсивності будуть статистично вищими, ніж у групі дівчат за умов подібного рівня неувважності та функціональних порушень, що відображає відмінності у соціальних очікуваннях та схильності до маскуванню симптомів.

2.1.3 Вибірка дослідження: кількість учасниць, вік, критерії включення

Онлайн-опитувальник заповнили 53 респонденти. На етапі первинної обробки даних до подальшого аналізу були включені лише ті протоколи, в яких респонденти повідомляли про офіційно діагностований РДУГ, наявність стійкої підозри на РДУГ, перебування в процесі діагностики або попередні обґрунтовані підозри щодо цього розладу. Відповідно до зазначених критеріїв до фінальної вибірки увійшли 46 протоколів, серед них: 33 випадки, що стосуються осіб жіночої статі/гендерної ідентичності та 13 випадків, що стосуються осіб чоловічої статі/гендерної ідентичності. Решта 7 анкет були виключені як такі, що не відповідали цільовим критеріям дослідження.

У дослідженні брали участь три категорії інформантів: дорослі, які заповнювали анкету щодо себе, батьки/опікуни, які оцінювали свою дитину, та педагоги, які оцінювали конкретного учня або ученицю. Серед 46 валідних протоколів: 40 анкет заповнили дорослі щодо себе ("Для себе"), 4 анкети заповнили батьки щодо своїх дітей ("Для своєї дитини") та 2 анкети заповнили педагоги щодо учнів ("Для учня/учениці").

Отже, основний масив даних представлений самозвітами дорослих, що дає змогу аналізувати як поточні прояви РДУГ у жінок і чоловіків, так і ретроспективні дитячі симптоми за шкалою WURS, тоді як батьківські та вчительські оцінки доповнюють інформацію про сучасні прояви РДУГ у дітей шкільного віку.

Додатково до анкетування було проведено п'ять напівструктурованих клінічних інтерв'ю за методикою DIVA-5. Два інтерв'ю відбулися очно (1 дівчина і 1 хлопець), ще три проведено онлайн (2 дівчини та 1 хлопець). Отримані інтерв'ю слугували допоміжним джерелом якісних даних щодо індивідуальних проявів симптомів РДУГ, історії розвитку та контексту функціонування учасників, доповнюючи результати опитувальників.

Ключовим фокусом дослідження є випадки, що стосуються дівчат і жінок,

тобто 33 протоколи, в яких зазначено жіночу стать/гендер. Структура цієї підвибірки є такою: 32 дорослі жінки, які заповнювали анкету щодо себе та 1 випадок, коли опікун оцінював поведінку дитини жіночої статі.

Для дорослих жінок/дівчат вік варіював від 18 до 38 років ($n = 32$, $M \approx 21,6$ року). Усі вони виконували блоки WURS та ASRS. Саме ця група становить основне джерело емпіричного матеріалу для аналізу особливостей діагностики РДУГ у дівчат через поєднання ретроспективного погляду на дитинство і поточного досвіду дорослого життя. Випадок з дівчинкою представлений батьківською оцінкою за шкалами Vanderbilt та SWAN і ілюструє сучасні шкільні прояви РДУГ у підлітковому віці.

Для забезпечення можливості порівняльного аналізу до вибірки включено 13 протоколів, що стосуються осіб чоловічої статі/гендерної ідентичності: 8 дорослих чоловіків, які заповнювали анкету щодо себе, 3 батьківські протоколи, заповнені щодо синів та 2 протоколи педагогів, заповнені щодо учнів чоловічої статі.

Ця група використовується у підрозділі 2.2 для порівняння середніх показників за основними шкалами та подальшого аналізу гендерних відмінностей у діагностичних профілях. До вибірки були включені респонденти, які відповідали таким умовам: вік дорослих респонденток і респондентів - від 18 років; для батьків і педагогів - оцінювання дитини/учня шкільного віку орієнтовно 6-17 років (для частини дітей конкретний вік був зазначений у межах від 7 до 14 років); наявність статусу, пов'язаного з РДУГ: офіційно встановлений діагноз, стійка підозра на РДУГ, перебування в процесі діагностики або попередні обґрунтовані підозри щодо наявності цього розладу.

Така побудова вибірки дозволяє, з одного боку, сфокусувати аналіз на цільовій групі дівчат та жінок з діагностованим або ймовірним РДУГ, а з іншого - забезпечити можливість коректного порівняння їхніх діагностичних профілів із показниками хлопців та чоловіків, що є необхідною умовою для виявлення

гендерних особливостей у психодіагностиці РДУГ.

2.1.4. Методи та психодіагностичні методики дослідження

Емпіричне дослідження особливостей психологічної діагностики гендерних ознак РДУГ у дівчат базується на поєднанні самозвітних та рейтингових шкал, які заповнюються дорослими, які надавали оцінки. Такий підхід відповідає сучасним рекомендаціям щодо комплексної оцінки РДУГ, коли інформація збирається як від самої особи, так і від батьків та педагогів у різних контекстах функціонування дитини. У дослідженні використано три валідизовані в Україні опитувальники: шкалу самооцінки дорослих ASRS v1.1, опитувальник NICHQ Vanderbilt для батьків та рейтингову шкалу сильних і слабких сторін симптомів РДУГ та нормальної поведінки (SWAN). Додатково застосовано шкалу WURS для ретроспективної оцінки дитячих симптомів, однак її офіційна українська валідизація наразі не підтверджена, що розглядається як методологічне обмеження та буде проаналізовано в окремому підпункті. Окрім анкетування, для частини учасників проведено напівструктуровані клінічні інтерв'ю DIVA-5, які забезпечили якісне доповнення кількісних даних.

Нижче подано стислий опис кожної методики, її придатність для виявлення РДУГ у дівчат і відповідність основним психодіагностичним критеріям.

Шкала самооцінки синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих Вендер Юта (Wender Utah Rating Scale, WURS) є ретроспективним інструментом самозвіту, розробленим для оцінки наявності та вираженості симптомів РДУГ у дитячому віці, що зберігаються до дорослого періоду. Бланк шкали WURS наведено в Додатку В. Шкала містить перелік тверджень, які описують типові труднощі в дитинстві - проблеми з концентрацією, неуважність, метушливість, імпульсивність, емоційну нестабільність,

проблемну поведінку, навчальні труднощі тощо. Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою від “Зовсім ні або дуже мало” до “Дуже сильно”. Факторні та психометричні дослідження показують, що WURS дає змогу виділити низку кластерів симптомів, зокрема порушення уваги, гіперактивність та імпульсивність, емоційну дисрегуляцію, поведінкові проблеми й академічні труднощі. У межах даного дослідження WURS застосовувалася в підвибірці дорослих учасниць віком від 18 років, які заповнювали анкету "для себе". Це дозволило ретроспективно оцінити прояви РДУГ у дитинстві в жінок, які могли залишатися недіагностованими у шкільному віці, та співвіднести їх із поточними скаргами й самооцінкою.

З огляду на гендерну специфіку WURS є релевантною для виявлення РДУГ у дівчат з кількох причин. Значна частина пунктів шкали стосується емоційної нестійкості, тривожності, пригніченості, низької самооцінки й академічних труднощів, які часто домінують у клінічному профілі дівчат з РДУГ і можуть маскуватися під “особливості характеру” або під коморбідну емоційну симптоматику. Крім того, ретроспективний формат допомагає виявити ті випадки, де в дитинстві не спостерігалось виражених зовнішніх поведінкових порушень, натомість переважали приховані труднощі неувважності, дезорганізованості та емоційної вразливості. Таким чином, у даному дослідженні WURS використовується для оцінки історії розвитку симптомів, пов'язаних з увагою, імпульсивністю, гіперактивністю, емоційною регуляцією та соціальною поведінкою впродовж дитинства. Водночас слід зазначити, що на сьогодні не існує підтвердженої української валідизації WURS, тому результати інтерпретувалися з урахуванням цього методологічного обмеження.

Шкала самозвіту для скринінгу розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS v1.1) була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я у співпраці з дослідниками Гарвардської медичної школи як короткий скринінговий інструмент для оцінки DSM-симптомів РДУГ у дорослому віці. Повна версія

включає 18 пунктів, що відповідають 9 симптомам неухважного та 9 симптомам гіперактивно-імпульсивного типів РДУГ, а також скорочений скринер з 6 пунктів (частина А), найбільш інформативних для виявлення ймовірного РДУГ. Україномовний бланк ASRS v1.1 наведено в Додатку Д.

У дослідженні використано україномовну версію ASRS v1.1, адаптовану та психометрично перевірену в магістерському дослідженні О. Провозіна. Описано процедуру паралельного перекладу, узгодження перекладів експертами, формування остаточної версії опитувальника, а також оцінено нормативні показники, внутрішню узгодженість, тест-ретестову надійність і конвергентну валідність щодо шкал тривоги, депресії та прокрастинації. Отримані результати свідчать про добрі психометричні властивості української версії ASRS і можливість її використання як у дослідженнях, так і в клінічній практиці.

У межах цього дослідження ASRS v1.1 застосовувалася разом з WURS у підвибірці дорослих дівчат та жінок, які заповнювали анкету “для себе”. Це дало змогу оцінити поточну вираженість неухважних та гіперактивно-імпульсивних симптомів у дорослому віці й зіставити їх з ретроспективними даними за WURS. Комбінація цих шкал є особливо важливою для жінок, у яких нерідко спостерігається зміщення клінічної картини в бік неухважності, дезорганізованості, перевтоми та емоційного виснаження, тоді як відкрита гіперактивність може частково компенсуватися або маскуватися соціально прийнятними формами активності.

Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків NICHQ Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale, VADPRS) є стандартизованою рейтинговою шкалою для батьків, розробленою для оцінки симптомів РДУГ і частих коморбідних порушень у дітей шкільного віку. Батьківська форма містить 55 пунктів: 18 пунктів, що відповідають DSM-симптомам РДУГ (9 симптомів неухважності та 9 симптомів гіперактивно-

імпульсивного типу), блок пунктів для скринінгу опозиційно-зухвалої поведінки, розладів поведінки, тривоги та депресії, а також 8 пунктів, які оцінюють шкільну успішність і соціальне функціонування дитини.

Україномовна форма А, використана в цьому дослідженні, розроблена Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії та містить адаптовані до українського контексту формулювання пунктів і детальну інструкцію для батьків щодо оцінки типової поведінки дитини за останні 6 місяців. Первинні психометричні дослідження Vanderbilt засвідчили добру внутрішню узгодженість і валідність у віковій групі 6-12 років, а подальші роботи продемонстрували можливість її застосування у ширшому діапазоні 4-17 років та наявність національних норм для різних країн. У межах цього дослідження опитувальник заповнювали батьки або опікуни дівчат і хлопців 6-17 років. Україномовна форма А (бланк) подана в Додатку Е.

Застосування Vanderbilt є релевантним для виявлення РДУГ у дівчат з огляду на те, що структура опитувальника охоплює крім основних симптомів неувважності, гіперактивності та імпульсивності, ще й шкільну успішність, стосунки з однолітками, сімейну взаємодію та емоційні прояви. Це особливо важливо для дівчат, у яких РДУГ часто проявляється через зниження академічних досягнень, підвищену втомлюваність, внутрішню напруженість, тривожність і труднощі в соціальних ролях, а не через виражені зовнішні порушення поведінки. Включення шкал тривоги та депресії дозволяє враховувати типову для дівчат “змішану” клінічну картину, коли основні симптоми РДУГ частково приховуються на тлі емоційних труднощів.

Рейтингова шкала сильних та слабких сторін симптомів РДУГ та нормальної поведінки (Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior Rating Scale, SWAN), розроблена J. Swanson, належить до інструментів, які оцінюють повний спектр проявів уваги та поведінкової регуляції - від виражених труднощів до виражених сильних сторін. SWAN

містить 18 пунктів, що ґрунтуються на 18 симптомах РДУГ за DSM-IV і поділяються на дві групи: симптоми неуважності та симптоми гіперактивності/імпульсивності. Кожен пункт оцінюється за 7-бальною шкалою від “надто складно” до “надто легко” у порівнянні з однолітками, що дає змогу фіксувати як дефіцити, так і ресурси.

В українському контексті шкала SWAN була адаптована О. Осітковською та О. Байєр із застосуванням стандартної процедури прямого та зворотного перекладу, узгодження перекладу експертами та отримання дозволу від автора опитувальника. Дослідження за участю дітей 6-13 років, для яких вчителі заповнювали шкалу, засвідчили високу внутрішню узгодженість субшкал “Неуважність” та “Гіперактивність й імпульсивність”. Міжнародні роботи також підтверджують добрі психометричні властивості SWAN та її здатність вимірювати континуум симптомів від норми до клінічно значущих проявів у віковому діапазоні приблизно 5-18 років. У цьому дослідженні українська версія SWAN заповнювалася батьками та педагогами щодо дівчат і хлопців 6-17 років. Бланк SWAN наведено в Додатку 3.

На відміну від багатьох традиційних шкал, де більшість пунктів описують лише "проблемну" поведінку, SWAN оцінює, наскільки легкими чи складними є для дитини функції уваги, самоконтролю й поведінкової регуляції порівняно з ровесниками. Це зменшує ефект “стелі”(коли більшість респондентів досягає максимальних балів і шкала втрачає чутливість до тонких відмінностей) та дає змогу зафіксувати більш тонкі відхилення у дівчат, які часто демонструють відносно високі компенсаторні можливості, зокрема за рахунок старанності, перфекціонізму й надмірної самоконтролю.

Напівструктуроване клінічне інтерв'ю для діагностики РДУГ у дорослих (Diagnostic Interview for ADHD in Adults, DIVA-5) розроблене на основі критеріїв DSM-5 і призначене для систематизованої оцінки симптомів неуважності та гіперактивності-імпульсивності в дитячому та дорослому віці.

Інтерв'ю містить блоки, у межах яких кожен із 18 симптомів DSM-5 конкретизується через типові приклади поведінки в дитинстві та у зрілому віці, а також доповнюється питаннями про тривалість симптомів, контекст їх прояву та ступінь порушення повсякденного функціонування. Окремо оцінюється вплив симптомів на навчання чи роботу, сімейні та партнерські стосунки, соціальну активність та самоорганізацію.

У цьому дослідженні DIVA-5 використовувалася як клінічний інструмент якісної оцінки в підвибірці дорослих учасниць і учасників, які повідомляли про виражені труднощі уваги, саморегуляції та організації повсякденних завдань. Інтерв'ю проводилося у форматі діалогу з фокусом як на об'єктивних прикладах поведінки, так і на суб'єктивному переживанні симптомів, що дозволило деталізувати історію розвитку проявів РДУГ, уточнити вік їхнього дебюту, стабільність у різних контекстах і зв'язок з порушенням функціонування. Структуру бланка інтерв'ю та систему фіксації симптомів за критеріями DSM-5 подано в Додатку Ж.

З огляду на гендерну специфіку РДУГ, DIVA-5 є важливим додатком до анкетних методик, оскільки дає змогу виявити ті прояви, які частіше залишаються непоміченими у дівчат та жінок: внутрішню напруженість, хронічну втому, схильність до перевантаження, емоційну нестійкість, компенсаторну гіпервідповідальність. У ході інтерв'ю учасниці мали змогу описати власні стратегії маскування симптомів, досвід пізньої або відсутньої діагностики та пов'язані з цим емоційні наслідки, що поглиблює розуміння гендерних відмінностей у клінічних профілях РДУГ.

У межах даної роботи використано офіційний україномовний переклад DIVA-5, придбаний через сайт DIVA Foundation (divacenter.eu), що володіє авторськими правами на інтерв'ю та координує його переклади різними мовами. Сам інструмент має підтверджену психометричну надійність і валідність у низці міжнародних досліджень перекладених версій, однак окремі

дані щодо стандартизації та валідизації української версії наразі не опубліковані. Тому в цій роботі результати DIVA-5 розглядаються насамперед як клінічно орієнтований якісний матеріал, що структурує збір анамнестичної інформації, доповнює показники стандартизованих опитувальників і слугує джерелом ілюстративних клінічних прикладів.

2.1.5. Процедура проведення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження проводилося в онлайн форматі з використанням платформи Google Forms. Процедура була побудована як послідовність етапів, що мали забезпечити методичну коректність, дотримання етичних вимог та зручність участі для респондентів. Основна Google форма була побудована як послідовний опитувальник з логічним розгалуженням залежно від ролі респондента. Її структура включала кілька блоків.

Соціально-демографічний блок, де збиралася інформація про освітній або професійний статус респондента, про те, у якій ролі він заповнює анкету ("Для себе", "Для своєї дитини", "Для учня/учениці (як педагог)"), про статус діагностики РДУГ у особи, щодо якої заповнюється анкета (офіційно діагностований РДУГ, у процесі діагностики, підозра на РДУГ, інше), а також про стать або гендерну ідентичність цієї особи. Саме відповідь на запитання "Ви заповнюєте анкету..." визначала подальшу логіку розгалуження анкети. Загальну схему структури анкети подано в Додатку Б.

Залежно від обраної ролі респондент автоматично скеровувався до відповідного набору методик: учасники, які обирали варіант "Для себе" (дорослі від 18 років), переходили до заповнення шкал WURS (ретроспективна оцінка дитячих симптомів) і ASRS v1.1 (поточні симптоми РДУГ у дорослому віці); батьки або опікуни, які обирали "Для своєї дитини" (діти 6-17 років), заповнювали NICHQ Vanderbilt (форма для батьків) та SWAN (батьківська

версія); педагоги, які обирали "Для учня/учениці", також відповідали на пункти опитувальника SWAN. Для запитань про вік були встановлені обмеження: для самозвіту - від 18 років, для дитини/учня - від 6 до 17 років; у разі введення віку поза цими межами з'являлося пояснення щодо обмежень застосовності відповідної методики.

2.1.6. Методи статистичної обробки результатів

Статистична обробка емпіричних даних здійснювалася із використанням методів описової, кореляційної та порівняльної статистики, а також аналізу внутрішньої узгодженості шкал. Такий підхід дав змогу перевірити висунуті гіпотези, описати структуру симптомів РДУГ у дівчат та зіставити їх з показниками хлопців.

Первинне впорядкування відповідей здійснювали шляхом експорту даних з Google Forms у файл формату .xlsx з подальшою обробкою у табличному процесорі LibreOffice Calc, де обчислювали сумарні бали, базові показники описової статистики та готували масиви даних до аналізу. Для подальших розрахунків, зокрема коефіцієнтів кореляції, показників надійності шкал (α Кронбаха) та критеріїв порівняння незалежних вибірок, дані імпортували у статистичний пакет jamovi, використовуючи його стандартні модулі та вбудовані статистичні функції.

У дослідженні застосовувалися такі групи статистичних процедур. На першому етапі розраховувалися показники описової статистики: частоти й відсотки для категоріальних змінних (стать/гендер, роль респондента, наявність чи відсутність діагнозу), а також середні значення, медіани, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення для сумарних балів за шкалами WURS, ASRS, Vanderbilt і SWAN. Додатково аналізувалися розподіли показників за основними шкалами (таблиці, гістограми, коробкові діаграми), що

дозволяло оцінити варіативність вираженості симптомів РДУГ у вибірці дівчат і хлопців. Описова статистика стала базою для розв'язання завдань, пов'язаних із загальною характеристикою вибірки та рівнем проявів РДУГ у дівчат.

Для оцінки внутрішньої узгодженості окремих субшкал (неуважність, гіперактивність-імпульсивність, поведінкові порушення, емоційні труднощі) обчислювався коефіцієнт α Кронбаха. Це дозволяло перевірити, наскільки узгоджено пункти кожної шкали вимірюють відповідний психологічний конструкт у конкретній вибірці. За потреби додатково аналізувалися зміни α при гіпотетичному виключенні окремих пунктів, що дало змогу оцінити внесок кожного твердження в загальну надійність шкали.

Для перевірки гіпотез щодо взаємозв'язків між різними аспектами симптоматики РДУГ та функціонуванням дівчат застосовувався кореляційний аналіз. Обчислювалися коефіцієнти кореляції між сумарними балами за шкалами неуважності, гіперактивності-імпульсивності, емоційної дисрегуляції, поведінкових труднощів і показниками шкільного та соціального функціонування. Там, де це було можливим, аналізувалися також зв'язки між оцінками різних інформантів (самозвіт жінок/дівчат, батьківські та вчительські оцінки).

Вибір типу кореляційного коефіцієнта здійснювався з урахуванням характеру розподілу змінних: за наближено нормального розподілу використовувався коефіцієнт Пірсона, у випадку вираженої асиметрії або порядкових шкал - коефіцієнт Спірмена. Кореляційний аналіз дозволив оцінити, наскільки тісно пов'язані між собою порушення уваги, імпульсивності, гіперактивності та соціального функціонування у дівчат.

Для аналізу гендерних відмінностей та перевірки гіпотез щодо специфіки проявів РДУГ у дівчат порівняно з хлопцями застосовувалися методи порівняння незалежних вибірок. За виконання умов параметричної статистики (наближена нормальність розподілу, подібність дисперсій) використовувався t -

критерій Стюдента для незалежних вибірок. У разі порушення цих умов застосовувався непараметричний U-критерій Манна-Уїтні.

Порівнювалися, зокрема, середні бали дівчат і хлопців за шкалами неувважності, гіперактивності-імпульсивності, емоційних і поведінкових труднощів, а також показники шкільного функціонування. За можливості додатково обчислювалися розміри ефекту (наприклад, Cohen's d або r), що дозволяло інтерпретувати статистичну й практичну значущість виявлених відмінностей. У межах дорослої підвибірки порівняльний аналіз використовувався для зіставлення показників жінок і чоловіків за шкалами WURS та ASRS, а також для порівняння підгруп з різним діагностичним статусом (офіційний діагноз, підозра, перебіг діагностики).

Для всіх статистичних критеріїв рівень статистичної значущості приймався на рівні $p < 0,05$. У випадках отримання більш сильних ефектів ($p < 0,01$) це окремо відзначалося в описі результатів. Дані подавалися у вигляді таблиць і графічних матеріалів (гістограми, стовпчикові діаграми, коробкові діаграми, кореляційні матриці) з дотриманням вимог до оформлення ілюстративного матеріалу в магістерських роботах.

Поєднання методів описової, кореляційної та порівняльної статистики забезпечує можливість комплексно перевірити висунуті гіпотези, описати особливості проявів РДУГ у дівчат, порівняти їх з показниками хлопців та проаналізувати роль соціальних і контекстуальних чинників у формуванні діагностичних профілів.

2.1.7 Методологічні обмеження та труднощі реалізації дослідження

Дослідження обмежене наявністю валідизованих українських методик. Попри те, що наказом Міністерства охорони здоров'я України затверджено Перелік валідних методів психологічної діагностики для використання у сфері охорони психічного здоров'я, значна частина інструментів з цього переліку або не має офіційного українськомовного перекладу, або доступна лише в умовах спеціалізованих клінічних закладів. Це істотно звузило коло методик, які реально могли бути залучені в академічному дослідженні, що проводилося поза медичною установою. У підсумку комплекс методик включав три опитувальники з підтвердженою українською адаптацією (ASRS v1.1, NICHQ Vanderbilt, SWAN) та шкалу WURS, офіційна українська валідизація якої на момент дослідження відсутня. Залучення WURS було зумовлене необхідністю отримати ретроспективну оцінку дитячих симптомів РДУГ, що є важливою для виявлення випадків пізньої або пропущеної діагностики у жінок, однак результати за цією шкалою інтерпретувалися з підвищеною обережністю. Подібні обмеження інструментарію частково визначили конфігурацію діагностичного комплексу і зменшують можливість порівняння отриманих даних з клінічними вибірками, обстеженими за ширшим спектром тестів.

Дослідження має суттєві обмеження вибірки. Первинний задум полягав у тому, щоб охопити широкий віковий діапазон осіб з ознаками РДУГ: дітей та підлітків 6-17 років (через батьківські та вчительські оцінки) і дорослих 18+ (через самозвітні шкали), що дозволило б порівнювати гендерні особливості проявів розладу на різних етапах розвитку. Проте на практиці набір респондентів виявився складним. Як автор дослідження я не мав можливості проводити опитування в школах чи клінічних закладах, тому рекрутинг здійснювався переважно онлайн та через особисті контакти, серед осіб, які вже підозрюють у себе або своїх дітей РДУГ чи мають встановлений діагноз. З огляду на недостатню поінформованість про РДУГ в українському контексті та стійкі стереотипи про нього як про “суто дитячий” розлад, більшість

респондентів становили дорослі 18+, які заповнювали анкету “для себе”. Натомість кількість анкет, заповнених батьками, опікунами та педагогами щодо дітей, виявилася невеликою (усього 6 протоколів), що є статистично недостатнім для повноцінного кількісного аналізу цієї підвибірки. Таким чином, результати, що стосуються дитячої та підліткової групи, мають переважно описовий характер і не можуть претендувати на репрезентативність чи узагальнюваність на ширшу популяцію дітей з РДУГ.

Вказані методологічні обмеження зменшують можливості для строгих міжвікових та міжгрупових порівнянь і не дозволяють робити категоричні висновки щодо поширеності окремих симптомів чи профілів РДУГ у загальній популяції. Водночас вони окреслюють важливі напрями подальших досліджень, зокрема потребу у розширенні спектра валідизованих українських діагностичних інструментів, створенні умов для системного збору даних у школах та клініках, а також у проведенні більших за обсягом вибірових досліджень, спеціально спрямованих на виявлення гендерних відмінностей у діагностичних профілях РДУГ у дівчат і хлопців.

2.2 Аналіз результатів застосування діагностичних методик для виявлення РДУГ у дівчат

2.2.1 Загальні показники рівнів РДУГ у вибірці дівчат

До вибірки осіб жіночої статі/гендерної ідентичності увійшло 33 респондентки. З них 32 дорослі дівчата та жінки, які заповнювали анкету за себе, віком від 18 до 38 років ($M = 21,6$ року), та 1 батько/мати яка/який оцінював/ла свою доньку за дитячими шкалами. За самозвітом щодо статусу діагностики більшість учасниць повідомили про підозру на РДУГ без офіційного діагнозу (приблизно 82 % вибірки дівчат), ще близько 9 % перебували у процесі діагностики, у 6 % був офіційно підтверджений діагноз РДУГ.

У підвибірці дорослих дівчат та жінок для ретроспективної оцінки симптомів РДУГ у дитячому віці використовувалася шкала Вендер Юта (WURS). Сумарний бал за 25 пунктами WURS у жінок коливався від 9 до 79 балів, при середньому значенні $M = 48,8$ бала ($SD = 15,1$; медіана 47,5). Майже всі учасниці мали сумарні показники вище 30 балів (приблизно 93,8 %), а приблизно дві третини дівчат (65,6 %) набирали понад 40 балів. Це свідчить про те, що в дитинстві більшість опитаних дівчат відзначали у себе численні труднощі уваги, імпульсивності, емоційної стабільності та навчальної успішності, тобто їхній ретроспективний профіль є типовим для групи з підвищеним ризиком РДУГ.

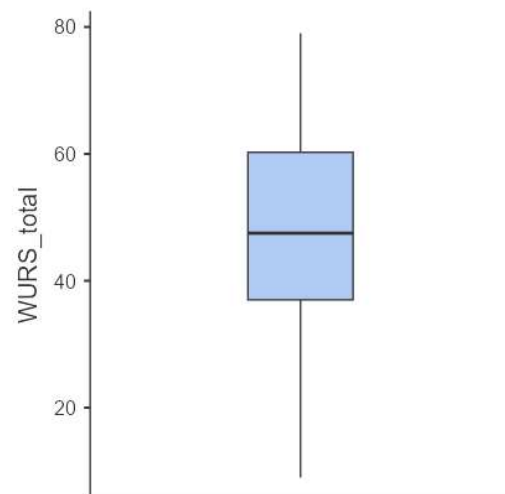
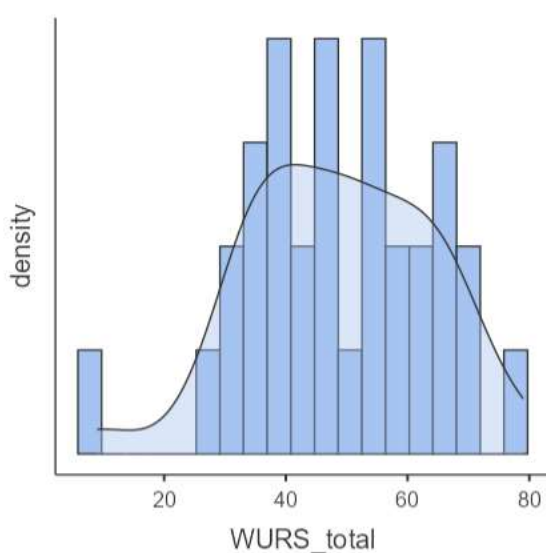


Рис. 2.1 Розподіл сумарних балів за шкалою WURS у вибірці дорослих жінок ($n = 32$): а) гістограма з оцінкою щільності розподілу $WURS_total$; б) коробкова діаграма (boxplot) сумарних балів $WURS_total$.

Поточні симптоми РДУГ у дорослому віці оцінювалися за допомогою шкали самозвіту ASRS v1.1. Сумарний показник за всіма 18 пунктами у вибірці дівчат і жінок варіював від 24 до 65 балів, при середньому значенні $M = 44,9$ бала ($SD = 10,6$; медіана 45,5). Додатковий аналіз дихотомічно підрахованих підшкал ASRS (відсоток "клінічно значущих" відповідей) показав, що симптоми неухважності виражені дещо сильніше порівняно з гіперактивно імпульсивними проявами: у середньому жінки підтримували приблизно 7,6 з 9 пунктів неухважності ($ASRS_IA_raw$), тоді як сумарно за моторною та вербальною гіперактивністю підтримували близько 6,5 з 9 можливих пунктів. Узагальнюючи ці результати, можна стверджувати, що у більшості дорослих учасниць провідним є неухважний профіль РДУГ: стійкі труднощі концентрації уваги, організації діяльності, забудькуватість і швидка втомлюваність поєднуються з виразними, хоча дещо менш повсюдними моторними та вербально імпульсивними проявами.

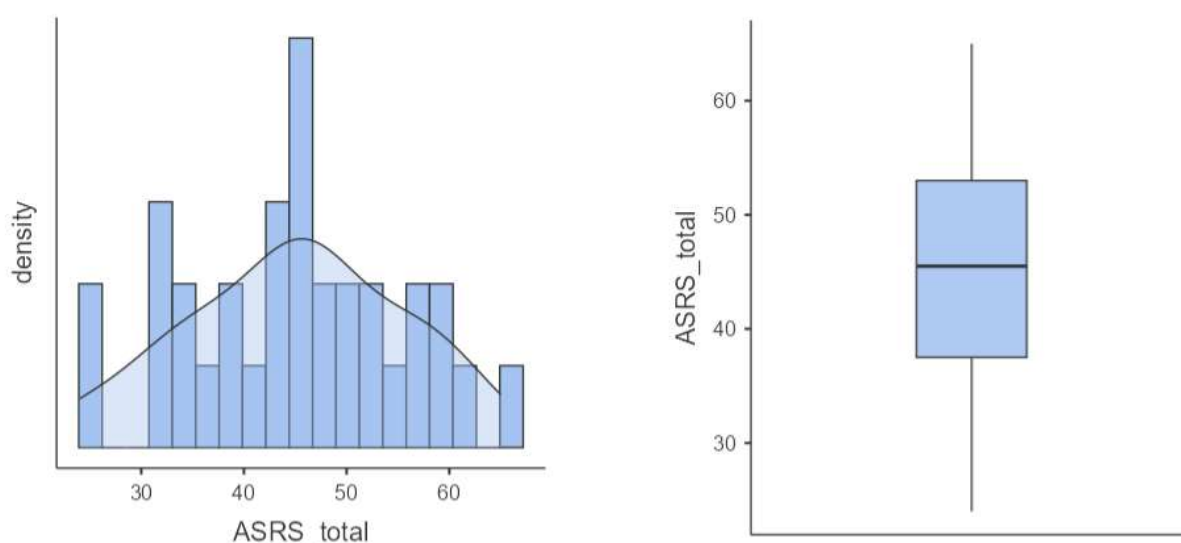


Рис. 2.2 Розподіл сумарних балів за шкалою ASRS v1.1 у вибірці дорослих жінок ($n = 32$): а) гістограма з оцінкою щільності розподілу ASRS_total; б) коробкова діаграма (boxplot) сумарних балів ASRS_total.

Вибірка дівчат і жінок у дослідженні характеризується загалом підвищеним рівнем симптомів РДУГ, причому як у ретроспективній оцінці дитячого періоду, так і в поточному дорослому функціонуванні. Дані самозвіту за WURS і ASRS свідчать, що у структурі симптоматики у дорослих учасниць провідну роль відіграють прояви неуважності та пов'язані з нею труднощі організації й самоконтролю, тоді як гіперактивно імпульсивні симптоми залишаються виразними та клінічно значущими, але загалом дещо менш повсюдними. Поодинокий дитячий випадок, оцінений за шкалами Vanderbilt і SWAN, демонструє подібний, переважно неуважний тип симптоматики. Отримані загальні показники створюють емпіричне підґрунтя для подальшого детального аналізу розподілу результатів за ключовими шкалами та виявлення типових патернів симптомів у наступних підпунктах.

2.2.2. Розподіл результатів за ключовими шкалами методик

Аналіз розподілу результатів здійснювався окремо для дорослих жінок та дівчат, які заповнювали шкали WURS та ASRS, і для поодинокого випадку дівчинки підліткового віку, оціненої матір'ю/батьком за шкалами NICHQ Vanderbilt і SWAN. Для опису розподілу показників у дорослій жіночій вибірці сумарні бали за шкалами було умовно поділено на три діапазони: низький (нижній кuartиль розподілу), помірний (міжкuartильний інтервал) та високий рівень (верхній кuartиль). Такий підхід дозволяє охарактеризувати середній рівень симптоматики та відобразити варіативність проявів РДУГ у межах вибірки.

У підвибірці дорослих жінок ($n = 32$) сумарні бали за шкалою WURS варіювали у широкому діапазоні: від дуже низьких значень, що відповідають мінімальній ретроспективній симптоматиці РДУГ у дитинстві, до дуже високих, які вказують на численні й інтенсивні труднощі уваги, поведінки та емоційної регуляції. За умовного поділу на три діапазони (низькі ≤ 30 балів, помірні 31-50 балів, високі ≥ 51 бала) лише близько 6 % учасниць мали низькі показники, тоді як приблизно у половини спостерігався помірний рівень, а ще в близько половини - високий сумарний бал WURS. Отже, переважна більшість дорослих жінок демонструють принаймні помірний рівень ретроспективної симптоматики, пов'язаної з труднощами уваги, імпульсивності, емоційної нестабільності та навчальними проблемами, а майже у половини ці прояви досягають високого рівня.

У підвибірці дорослих жінок ($n = 32$) поточні симптоми РДУГ оцінювалися за шкалою самозвіту ASRS v1.1. Для кожної учасниці обчислювалися окремі сумарні бали за частиною А (переважно симптоми неухважності) та частиною В (переважно гіперактивно-імпульсивні симптоми), а також загальний бал за всіма 18 пунктами.

Загальний сумарний бал ASRS у жінок варіював від 24 до 65 балів, при середньому значенні $M = 44,9$ бала ($SD = 10,6$; медіана 45,5). Це свідчить про

те, що більшість учасниць належать до групи з помірно високим рівнем сукупних симптомів РДУГ, тоді як поодинокі випадки характеризуються нижчими показниками. Така картина узгоджується з результатами за WURS і вказує на відносну стабільність симптоматики від дитячого періоду до дорослого віку принаймні у частини вибірки.

Додатковий аналіз дихотомічно підрахованих підшкал ASRS (IA_raw, Motor_raw, Verbal_raw) показав, що у структурі симптомів у жінок провідну роль відіграють прояви неувважності. У середньому учасниці підтримували близько 7,6 з 9 можливих симптомів неувважності (ASRS_IA_raw), тоді як для моторної гіперактивності цей показник становив приблизно 3,6 з 5 пунктів, а для вербальної імпульсивності - близько 3 з 4 пунктів. Іншими словами, регулярні труднощі з підтриманням уваги, організацією справ, завершенням завдань та дотриманням домовленостей поєднуються з виразною, хоча дещо менш повсюдною, моторною та вербальною гіперактивністю й імпульсивністю.

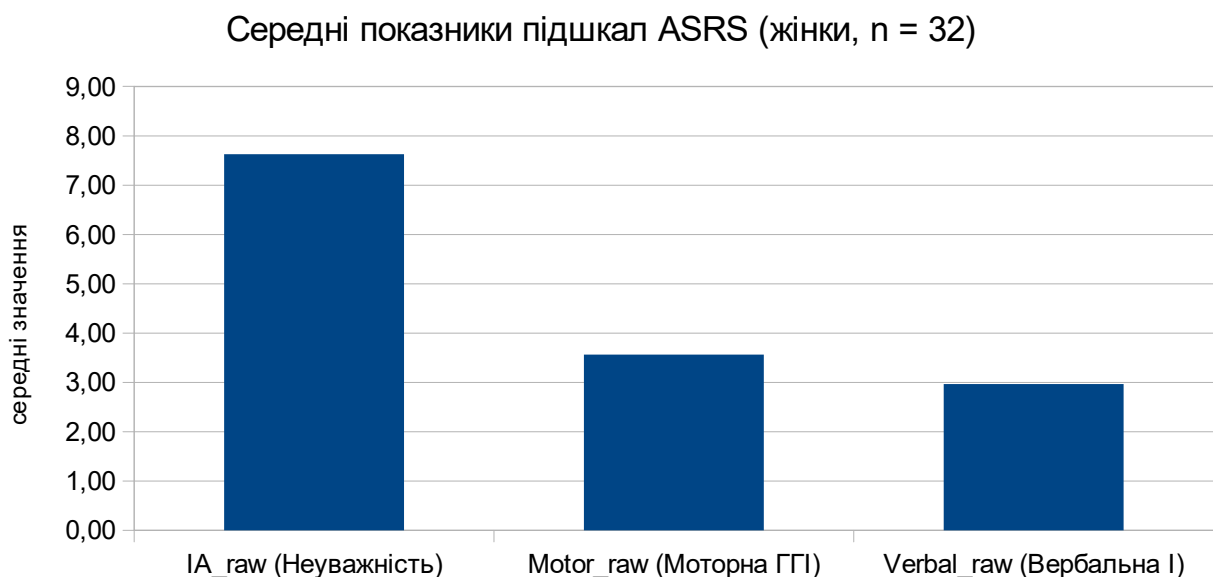


Рис. 2.3. Середні показники підшкал ASRS у вибірці жінок (n = 32).

Окремий випадок стосується дівчинки підліткового віку, щодо якої

опитувальники заповнювала мати/батько, тому числовий опис результатів за дитячими шкалами у дівчат у цьому дослідженні має радше ілюстративний, ніж узагальнювальний характер.

За шкалою NICHQ Vanderbilt для батьків усі 9 пунктів, що описують симптоми неуважності, були оцінені як “часто” або “дуже часто”, що свідчить про стабільно високий рівень труднощів концентрації, організації, виконання інструкцій та схильність до швидкого відволікання. Водночас більшість пунктів, які стосуються гіперактивності та імпульсивності, отримали оцінки “ніколи” або “рідко”, тобто надмірна моторна активність та імпульсивні дії виражені значно слабше.

За шкалою SWAN мати/батько відзначив/ла, що дівчинці “складно” або “дуже складно” виконувати завдання, пов’язані з уважністю, організацією, контролем відволікань і підтриманням працездатності впродовж дня, тоді як окремі аспекти поведінкової та мовної активності оцінюються як “нормально” або навіть “Легко”. Це додатково вказує на переважання увагових та організаційних труднощів над грубими проявами гіперактивності й імпульсивності та узгоджується з описаним у теоретичній частині профілем РДУГ з домінуванням неуважності, який частіше спостерігається у дівчат.

2.2.3 Виявлення типових патернів симптомів: неуважність, імпульсивність, гіперактивність

На основі результатів дорослих учасниць жіночої статі, які заповнювали шкали WURS та ASRS, а також даних поодинокого випадку дівчинки підліткового віку за шкалами NICHQ Vanderbilt і SWAN, було здійснено аналіз, що дав змогу окреслити кілька типових патернів прояву симптомів РДУГ у дівчат.

Аналіз відповідей за шкалою Вендер Юта (WURS) показав, що для більшості дорослих жінок були характерні виражені труднощі уваги та наполегливості у дитячому віці. Сумарні та субшкальні показники WURS свідчать про те, що значна частина учасниць згадує про часті проблеми з концентрацією уваги, схильність "відключатися" чи мріяти, труднощі у доведенні справ до кінця, а також про поведінкові й емоційні прояви, пов'язані з дратівливістю, різкими змінами настрою, спалахами гніву. У дитячому досвіді багатьох дівчат поєднувалися увагові й поведінкові труднощі, емоційна нестабільність та порушення саморегуляції, що узгоджується з високими показниками за відповідними підшкалами WURS.

Результати за шкалою ASRS v1.1 вказують на те, що у дорослому віці для більшості жінок з вибірки характерне поєднання помірно високого або високого рівня сукупних симптомів РДУГ. За дихотомічно підрахованими підшкалами ASRS учасниці в середньому підтримують більшість пунктів, що стосуються неуважності, при дещо меншій, але все ще виразній частоті моторних та вербально імпульсивних симптомів. Це означає, що регулярні труднощі з підтриманням уваги, організацією справ, завершенням завдань та дотриманням домовленостей поєднуються з помітною внутрішньою напруженістю, неспокоєм, схильністю до імпульсивних висловлювань чи перебивання співрозмовника. Такий профіль узгоджується з описаними в літературі переважно "тихими", здебільшого неуважними варіантами РДУГ у дівчат, у яких гіперактивність менш очевидна зовні, але зберігається на внутрішньому

рівні.

Водночас розподіл даних демонструє суттєву варіативність у поєднанні неуважних та гіперактивно імпульсивних проявів. За умовного поділу показників неуважності та гіперактивності-імпульсивності відносно медіан можна описати щонайменше чотири типові профілі симптоматики. Перший профіль характеризується одночасно підвищеними значеннями неуважності й гіперактивності-імпульсивності та відповідає комбінованому типу РДУГ. Другий профіль описує випадки, коли неуважність є вираженою за відносно нижчих рівнів гіперактивності та імпульсивності, що наближається до переважно неуважного варіанта перебігу. Третій профіль, навпаки, відзначається менш вираженою неуважністю за порівняно вищих показників гіперактивності-імпульсивності. Четвертий профіль становлять респондентки з відносно нижчими значеннями за обома підшкалами, у яких симптоми РДУГ наявні, але проявляються менш інтенсивно та, ймовірно, частіше маскуються компенсаторними стратегіями.

2.2.4. Аналіз кореляцій між показниками уваги, самоконтролю та емоційної регуляції

Для виявлення взаємозв'язків між різними компонентами симптоматики РДУГ у дівчат було проведено кореляційний аналіз у підвибірці дорослих жінок, які заповнили шкали WURS та ASRS. Розраховувалися коефіцієнти лінійної кореляції Пірсона між сумарним балом WURS (ретроспективна оцінка дитячих симптомів) та сумарними показниками і підшкалами ASRS v1.1 (поточні симптоми неуважності та гіперактивності-імпульсивності у дорослому віці).

Отримані результати засвідчили низку статистично значущих позитивних зв'язків. Між сумарним балом WURS та загальним балом ASRS виявлено

кореляцію середньої сили ($r \approx 0,67$, $p < 0,001$), що вказує на те, що жінки, які згадують більш виражені труднощі уваги, поведінки та емоційного контролю у дитинстві, мають і вищий рівень поточних симптомів РДУГ. Подібні за силою зв'язки зафіксовано між WURS та підшкалами ASRS: $r(\text{WURS}, \text{ASRS_A_total}) \approx 0,63$ та $r(\text{WURS}, \text{ASRS_B_total}) \approx 0,64$ ($p < 0,001$). Це означає, що ретроспективні труднощі дівчат у сфері уваги, емоційної регуляції та поведінки пов'язані як з поточними проблемами неуважності, так і з імпульсивно-гіперактивними проявами у дорослому віці, причому обидва компоненти роблять співмірний внесок у цей зв'язок.

Окрему роль відіграють показники WURS, пов'язані з емоційною регуляцією. Підвищені бали за субшкалами, що відображають дратівливість, перепади настрою, схильність до емоційних вибухів і труднощі з утриманням контролю над реакціями, у поєднанні зі значущими кореляціями WURS_total з поточними показниками ASRS, дають підстави припускати, що дитячий досвід емоційної дизрегуляції пов'язаний з більш тривалим збереженням дистресу та функціональних порушень у дорослому віці.

Через обмежену кількість випадків, у яких дівчата були оцінені за шкалами NICHQ Vanderbilt і SWAN, кореляційний аналіз для дитячих показників у цій підгрупі не проводився. Дані цих методик використовуються переважно для ілюстрації індивідуального профілю переважно неуважного типу у підлітковому віці.

2.2.5. Якісний аналіз напівструктурованих інтерв'ю DIVA-5

Як доповнення до стандартизованих опитувальників у підвибірці дорослих було проведено п'ять напівструктурованих клінічних інтерв'ю за методикою DIVA-5 в офіційному україномовному перекладі. Участь в інтерв'ю взяли три дівчини та два юнаки, які попередньо заповнили онлайн анкету "для себе" і повідомляли про виражені труднощі уваги, саморегуляції та організації повсякденних завдань. Два інтерв'ю було проведено в очному форматі, ще три - онлайн за допомогою сервісу Google Meet. Інтерв'ю проводилося відповідно до структурованих блоків DIVA-5 і фокусувалося на порівнянні проявів симптомів у дитинстві та дорослому віці, а також на оцінці впливу цих симптомів на різні сфери функціонування.

Узагальнення відповідей респондентів показало, що в усіх п'яти випадках спостерігався широкий спектр симптомів неуважності, які відповідали більшості критеріїв DSM-5 ще з дитячого віку і зберігалися у дорослому житті. Учасники описували стійкі труднощі з концентрацією під час навчання або виконання завдань, схильність відволікатися на сторонні стимули, забування важливих справ та дедлайнів, хронічну дезорганізованість і проблеми з доведенням розпочатих справ до завершення. У низці інтерв'ю підкреслювалося, що увагу вдавалося утримувати лише за умов високої зацікавленості або сильного зовнішнього тиску, тоді як рутинні завдання швидко викликали втому, нудьгу та відкладання.

Прояви гіперактивності та імпульсивності також простежувалися в усіх респондентів, однак їхня феноменологія змінювалася з віком. У дитячих описах домінували моторна непосидючість, балакучість, труднощі з очікуванням своєї черги, часті втручання в ігри чи розмови інших, схильність "бути всюди одночасно". У дорослому віці зовнішня гіперактивність частково змінювалася на відчуття внутрішнього неспокою, неможливості розслабитися, потреби постійно чимось себе займати, імпульсивні рішення, перебивання співрозмовників, труднощі з дотриманням черги та правил. Таким чином,

інтерв'ю DIVA-5 підтвердили переважно комбінований профіль РДУГ у цієї підвибірки, з поєднанням вираженої неухважності та значущих гіперактивно-імпульсивних проявів, які формують безперервну траєкторію від дитинства до молодого дорослого віку.

Окремий блок інтерв'ю був присвячений впливу симптомів на повсякденне функціонування. Усі респонденти повідомляли про суттєві труднощі щонайменше у двох сферах життя у дорослому віці - навчання або професійна діяльність, міжособистісні стосунки, організація побуту, вільний час, самооцінка. Типовими були описи повторюваних проблем із навчальними завданнями, дедлайнами, робочими обов'язками, відкладанням важливих справ, що призводило до хронічного відчуття нереалізованого потенціалу, сорому та провини. У стосунках із близькими згадувалися конфлікти, пов'язані з забудькуватістю, неорганізованістю, емоційними перепадами, а також відчуття непорозуміння з боку оточення, яке схильне пояснювати труднощі "лінощами" або "відповідальністю". Частина учасників описувала складнощі з підтриманням дружніх стосунків і підвищену соціальну вразливість, зокрема схильність до самозвинувачення після імпульсивних висловлювань або дій.

Значущим мотивом, що повторювався в інтерв'ю, були порушення емоційної регуляції та хронічно знижена самооцінка. Респонденти зазначали схильність до різких змін настрою, емоційного "перегорання", відчуття перевантаження щоденними справами, труднощі з відновленням після стресу. Усі п'ять учасників описували тривалий досвід самокритики, почуття "неспроможності" або "нормативної неадекватності", який формується на тлі повторюваних невдач, зауважень з боку дорослих у дитинстві та власної неспроможності відповідати очікуванням оточення. Для частини респондентів важливим елементом інтерв'ю ставало усвідомлення того, що ці труднощі можуть бути пов'язані з нейророзвитковим розладом, а не є виключно проявом "характеру" чи "лінощів".

Якісні дані DIVA-5 також продемонстрували певні гендерні акценти, які узгоджуються з теоретичними уявленнями про специфіку РДУГ у дівчат. Учасниці частіше наголошували на внутрішньому відчутті хаосу, перевтоми та виснаження на тлі зовнішньо організованої або навіть "надто старанної" поведінки. У їхніх відгуках виразно звучала тема перфекціонізму, гіпервідповідальності й намагання компенсувати неуважність та дезорганізованість за рахунок надмірного контролю, структурованих списків, постійної мобілізації власних ресурсів. При цьому відкриті поведінкові прояви гіперактивності описувалися як менш помітні для оточення, ніж у дитинстві, що потенційно ускладнювало своєчасне розпізнавання проблем. Натомість чоловіки частіше згадували про яскраві моторні прояви гіперактивності та імпульсивності у дитячі роки, які були помітними для вчителів та однолітків і нерідко ставали підставою для дисциплінарних зауважень.

Загалом напівструктуровані інтерв'ю DIVA-5 виконали в цьому дослідженні дві важливі функції. По-перше, вони підтвердили, що у підвибірці учасників, які звернулися до дослідження як дорослі, переважають випадки хронічно персистуючих симптомів РДУГ з початком у дитинстві та вираженим впливом на різні сфери життя. По-друге, якісний аналіз наративів дозволив глибше описати суб'єктивний досвід дівчат та хлопців з ознаками РДУГ, зокрема феномени маскування, перфекціоністських стратегій компенсації, емоційного виснаження та пізнього усвідомлення нейророзвиткової природи труднощів. У подальших підрозділах результати інтерв'ю DIVA-5 використовуються як ілюстративний матеріал для інтерпретації кількісних даних та аналізу гендерних відмінностей у клінічних профілях РДУГ (див. розділ 2.3).

2.3 Порівняльний аналіз проявів РДУГ у дівчат та хлопців: виявлення гендерних відмінностей

2.3.1 Характеристика порівняльної групи хлопців

Для виявлення гендерних відмінностей у проявах РДУГ було сформовано порівняльну групу осіб чоловічої статі/гендерної ідентичності. До неї увійшло загалом 13 протоколів, які відповідали критеріям включення: наявний офіційний діагноз РДУГ, стійка підозра на РДУГ або перебування в процесі діагностики.

Структурно порівняльна група складалася з двох підгруп: дорослих чоловіків, які заповнювали анкету щодо себе, та хлопців шкільного віку, щодо яких інформацію надавали батьки або педагоги.

Доросла чоловіча підгрупа включала 8 респондентів, які проходили обстеження за тими самими самозвітними шкалами, що й жінки, а саме WURS та ASRS v1.1. Вік чоловіків коливався від 18 до 23 років, середній вік становив приблизно 20,9 року. Отже, доросла чоловіча підгрупа є загалом порівнюваною з жіночою за віком і набором використаних психодіагностичних методик, що дає змогу коректно здійснювати міжгендерні зіставлення ретроспективних та поточних симптомів РДУГ.

Дитяча чоловіча підгрупа налічувала 5 хлопців. У трьох випадках анкети заповнювали батьки (гілка "Для своєї дитини"), ще у двох - педагоги (гілка "Для учня/учениці (як педагог)"). Для трьох хлопців, щодо яких був зазначений вік, він становив від 7 до 11 років (середній вік близько 8,7 року). У двох педагогічних протоколах вік учнів не був вказаний, проте зміст запитань, пов'язаних з успішністю та поведінкою в шкільному середовищі, дає підстави припускати, що йдеться про дітей молодшого або середнього шкільного віку.

У цій підгрупі використовувалися ті самі батьківсько-педагогічні методики, що й у відповідній частині жіночої вибірки: опитувальник NICHQ Vanderbilt (форми для батьків і вчителів) та шкала SWAN, які дозволяють оцінити частоту симптомів РДУГ та особливості функціонування дитини в навчальному і

домашньому середовищі. У дорослій підвибірці, окрім стандартизованих опитувальників, частина респондентів додатково пройшла напівструктуровані клінічні інтерв'ю DIVA-5: три дівчини та двоє хлопців віком 20-23 років. Це дозволило зіставити кількісні показники WURS та ASRS з детальними клінічними описами повсякденного функціонування та надалі використати якісні дані як ілюстративний матеріал до порівняльного гендерного аналізу.

2.3.2 Аналіз статистично значущих відмінностей між дівчатами та хлопцями

Для перевірки того, чи відрізняються рівні проявів РДУГ у дівчат та хлопців, був проведений порівняльний аналіз у дорослій підвибірці, де і жінки, і чоловіки заповнювали однакові самозвітні шкали WURS (ретроспективна оцінка симптомів у дитинстві) та ASRS v1.1 (поточні симптоми РДУГ у дорослому віці). Предметом аналізу були сумарний ретроспективний бал за шкалою WURS, загальний сумарний бал за шкалою ASRS v1.1, а також показники підшкал ASRS, що відображають неухважність та гіперактивність імпульсивність.

З урахуванням різної чисельності груп (32 жінки та 8 чоловіків) і відносно невеликого обсягу чоловічої підгрупи для кожної змінної послідовно застосовували незалежний t-критерій Стюдента з поправкою на нерівність дисперсій та непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. Поєднання параметричного та непараметричного підходів дало змогу перевірити стійкість результатів з урахуванням можливих відхилень від нормального розподілу при малому розмірі вибірки.

За сумарним балом WURS середній показник жінок ($M \approx 48,8$ бала, $SD \approx 15,3$) виявився дещо вищим, ніж у чоловіків ($M \approx 44,8$ бала, $SD \approx 14,1$), що узгоджується з даними описової статистики. Водночас ані t-критерій

Стьюдента, ані U-критерій Манна-Уїтні не показали статистично значущих відмінностей між групами (усі $p > 0,05$). Оцінка розміру ефекту вказує на малу величину різниці між середніми значеннями, тобто відмінності мають радше тенденційний, ніж чітко виражений характер.

Аналогічний результат отримано для загального сумарного балу ASRS v1.1. Середнє значення у жінок становило приблизно 44,9 бала ($SD \approx 10,6$), тоді як у чоловіків близько 42,3 бала ($SD \approx 12,6$). Формальні статистичні критерії знову не засвідчили значущих розбіжностей між групами ($p > 0,05$), а розмір ефекту також залишався в зоні малих значень. Отже, хоча жінки демонструють дещо вищий загальний рівень поточних симптомів, ці відмінності не досягають порога статистичної значущості.

При аналізі компонентної структури симптоматики за шкалою ASRS v1.1 було встановлено, що в обох групах центральним компонентом клінічного профілю є неухважність. За сумарними показниками частини А опитувальника (ASRS_A_total, переважно неухважні симптоми) жінки мали трохи вищі середні значення ($M \approx 16$ балів), ніж чоловіки ($M \approx 15$ балів). За частиною В (ASRS_B_total, переважно гіперактивно імпульсивні прояви) також спостерігалася тенденція до вищих показників у жінок ($M \approx 29$ балів) порівняно з чоловіками ($M \approx 27$ балів). Разом з тим ні для ASRS_A_total, ні для ASRS_B_total незалежний t-критерій і U-критерій не виявили статистично значущих гендерних відмінностей (усі $p > 0,05$), а розміри ефекту за цими показниками залишалися в межах малих величин. Це означає, що структурно профілі жінок і чоловіків близькі: в обох групах домінують увагові труднощі, тоді як гіперактивні та імпульсивні прояви мають переважно помірний рівень, а кількісні гендерні відмінності є невеликими.

2.3.3 Інтерпретація відмінностей у проявах РДУГ у дівчат і хлопців (поведінкових, когнітивних, емоційних)

Отримані кількісні результати показали, що за сумарними показниками WURS та ASRS дорослі жінки і чоловіки з вибірки мають загалом подібний, помірно підвищений рівень симптомів РДУГ. Середні значення за WURS_total та ASRS_total у жінок дещо вищі, ніж у чоловіків, однак статистично значущих відмінностей між групами не виявлено, а розміри ефекту залишаються малими. Це означає, що в межах дослідження не зафіксовано чітко вираженої "кількісної" гендерної різниці в загальному рівні симптомів, натомість більший інтерес становлять якісні особливості структури проявів. Ці якісні особливості додатково висвітлюються у напівструктурованих інтерв'ю DIVA-5, які демонструють, що за подібного загального рівня симптомів феноменологія їх прояву у дівчат та хлопців має різні акценти в поведінковій, когнітивній та емоційній сферах.

Додаткову інформацію про поведінковий компонент симптоматики дають підшкали WURS, що відображають порушення настрою та поведінки (WURS_DM), неухважність/гіперактивність (WURS_IH) та депресивно-тривожні прояви (WURS_DA). За описовими показниками у жінок середні значення за WURS_DM та WURS_IH близькі до чоловічих, тоді як за WURS_DA спостерігається дещо вищий середній бал. Усі ці відмінності мають малий або наближений до середнього розмір ефекту і не перевірялися окремими інферентними критеріями, тому їх слід розглядати як тенденційні. Загалом це дозволяє припустити, що в обох дорослих групах поведінкові труднощі поєднуються з підвищеною емоційною вразливістю, а жіноча підвбірка не демонструє "м'якшого" поведінкового профілю порівняно з чоловічою за ретроспективною оцінкою.

У дитячій підвбірці можливості інтерпретації значно обмежені через дуже малу кількість спостережень: одна дівчинка та п'ять хлопців. Тим не менше, описовий аналіз оцінок за NICHQ Vanderbilt і SWAN дозволяє окреслити певні

відмінності в патернах. У хлопців високі оцінки частіше охоплюють широкий спектр пунктів, що стосуються неухважності, гіперактивності, імпульсивних дій та порушення правил, тобто сформований більш "розгорнутий" зовні поведінковий профіль. У дівчинки підліткового віку найвищі показники зосереджуються передусім на неухважності й організаційних труднощах, тоді як виражені гіперактивні чи опозиційні прояви трапляються рідше. Додаткові дані інтерв'ю DIVA-5 у молодих дорослих підтверджують цю відмінність у поведінкових акцентах. Чоловіки частіше описували в дитинстві виразну моторну гіперактивність (безперервний рух, труднощі всидіти на уроці, часті зауваження за порушення дисципліни), яка зберігалася у підлітковому віці у вигляді імпульсивних дій та порушення правил. Натомість дівчата частіше наголошували на менш помітних для оточення поведінкових проявах - внутрішньому неспокої, відчутті, що "потрібно постійно щось робити", схильності до перезавантаження справами та труднощах з відпочинком, при цьому зовнішньо демонструючи старанність і зосередженість. Таким чином, якісний аналіз DIVA-5 свідчить, що навіть за співмірної інтенсивності симптомів гіперактивності та імпульсивності їх поведінкова презентація у хлопців є більш відкритою, тоді як у дівчат - частково "інтерналізованою" та соціально замаскованою.

У когнітивній сфері для обох гендерних груп центральним ядром симптоматики виступають увагові та виконавчі труднощі. Це підтверджується як високими середніми WURS_IH у ретроспективній оцінці, так і результатами за шкалою ASRS v1.1 у дорослому віці. За сумарними показниками частини А опитувальника (ASRS_A_total, що переважно відображає неухважність) жінки мають дещо вищі середні значення, ніж чоловіки (приблизно 16 проти 15 балів), а за дихотомізованими показниками неухважності (ASRS_IA_raw) різниця також невелика, але в тому самому напрямку. Водночас відмінності за цими показниками статистично не значущі й мають малий розмір ефекту.

Це означає, що в обох дорослих групах неухважність та пов'язані з нею

труднощі планування, організації діяльності, утримання завдань у полі уваги є ядром клінічного профілю. Невелика тенденція до вищих увагових балів у жінок може розглядатися як кількісне відображення описаних у літературі переважно неуважних жіночих профілів РДУГ, однак у межах цієї вибірки вона не досягає рівня статистично підтверджених гендерних відмінностей.

Дані дитячих шкал SWAN додатково свідчать про те, що в хлопців увагові труднощі частіше поєднуються з проблемами виконання шкільних вимог та самоконтролю в поведінці, тоді як у дівчинки підліткового віку вони виглядають більш сфокусованими саме на когнітивних завданнях (зосередження, організація, завершення роботи). Знову ж таки, це узгоджується з теоретичними моделями, але емпірично в межах даного дослідження може трактуватися лише як поодинокі ілюстрації.

Описові свідчення з інтерв'ю DIVA-5 узгоджуються з цими даними: і жінки, і чоловіки вказували на хронічні труднощі утримання уваги, планування, організації багатокрокових завдань та завершення розпочатого. Водночас дівчата частіше пов'язували ці труднощі з перфекціоністськими стратегіями ("роблю повільно, бо хочу ідеально"), тоді як чоловіки частіше акцентували на імпульсивному переключенні між завданнями та швидкому "вигорянні" за умов монотонної діяльності.

Емоційний компонент симптоматики також є помітною частиною клінічного профілю, особливо в жіночій підвибірці. За ретроспективною шкалою WURS підшкала, що відображає депресивно тривожні та внутрішньо спрямовані емоційні труднощі (WURS_DA), має вищий середній показник у жінок, ніж у чоловіків, при малому середньому розмірі ефекту. Оскільки загальний бал WURS у жінок також дещо перевищує чоловічий, це дозволяє припустити, що ретроспективні спогади про дитинство включають у них не лише поведінкові та увагові труднощі, а й більш виражену емоційну вразливість.

Якісний матеріал інтерв'ю DIVA-5 деталізує ці розбіжності. У наративах жінок домінували теми хронічної втоми, емоційного виснаження, почуття "постійної невідповідності" вимогам оточення та тривалого самозвинувачення за неорганізованість і забудькуватість. Дівчата описували досвід багаторазових спроб "стати зібраною" ціною надмірного самоконтролю, що зрештою призводило до емоційних "зривів". Чоловіки також повідомляли про фрустрацію та знижену самооцінку, однак у їхніх розповідях частіше звучали сюжети про конфлікти через імпульсивні вчинки та проблеми з дотриманням правил, ніж про внутрішню тривожність чи сором. Це відповідає припущенню, що в дівчат емоційний компонент РДУГ частіше набуває інтерналізованих форм (тривога, самокритика, виснаження), тоді як у хлопців він частіше проявляється через зовнішні поведінкові епізоди.

Таким чином, інтерпретація виявлених відмінностей між дівчатами та хлопцями (та відповідно дорослими жінками і чоловіками) має спиратися передусім на описову структуру профілів, а не на великі статистично підтверджені розбіжності в рівні симптоматики. У дорослій підвибірці жінки і чоловіки демонструють порівнянний загальний рівень проявів РДУГ, з невеликою тенденцією до вищих ретроспективних та поточних балів у жінок. У підшкальних профілях у обох групах центральне місце посідають увагові труднощі, тоді як гіперактивно імпульсивні прояви мають переважно помірний рівень. У дитячих даних описово простежується більш широкий спектр проблем у хлопців та більш увагово сфокусований профіль у дівчинки, однак ці спостереження потребують обережного трактування через дуже малу кількість випадків.

Загалом результати радше свідчать не про різкі кількісні відмінності між дівчатами та хлопцями, а про певні відмінності в акцентах та структурі симптоматики, які узгоджуються з сучасними уявленнями про гендерні особливості РДУГ, але вимагають подальшої перевірки на більших вибірках.

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження особливостей психологічної діагностики РДУГ у дівчат, проведеного на вибірці з 46 респондентів (33 жінки/дівчини та 13 чоловіків/хлопців) із застосуванням мультимодального підходу. Комплекс методик включав шкали самозвіту (WURS, ASRS v1.1), батьківські та педагогічні рейтинги (NICHQ Vanderbilt, SWAN) та напівструктуроване інтерв'ю DIVA-5.

За результатами аналізу встановлено такі ключові закономірності:

Специфіка клінічного профілю у дівчат та жінок. Емпірично підтверджено, що у діагностичному профілі жінок домінують симптоми неухважності. За шкалою ASRS v1.1 учасниці демонстрували вищі показники за субшкалою неухважності порівняно з гіперактивністю-імпульсивністю. Виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок ($r \approx 0,67$) між ретроспективною оцінкою дитячих симптомів (WURS) та поточним станом у дорослому віці, що свідчить про стабільність розладу та його трансформацію з віком.

Гендерні відмінності у структурі симптомів. Порівняльний аналіз показав, що хоча жінки мали дещо вищі середні сумарні бали за шкалами WURS та ASRS, ніж чоловіки, статистично значущих відмінностей у загальному рівні симптоматики виявлено не було ($p > 0,05$). Це вказує на те, що гендерна специфіка полягає не в кількості симптомів, а в якісних особливостях їх прояву.

У чоловіків частіше фіксувалася відкрита моторна гіперактивність та екстерналізована поведінка у дитинстві, тоді як у жінок гіперактивність трансформувалася у відчуття внутрішнього неспокою та ментальну метушливість.

Роль маскуваннн та емоційної дизрегуляції. Якісний аналіз клінічних інтерв'ю DIVA-5 виявив, що дівчата та жінки часто використовують компенсаторні стратегії (перфекціонізм, гіперконтроль), які дозволяють приховувати симптоми в соціальному середовищі ціною значного

психоемоційного виснаження. У жінок виразніше представлений емоційний компонент розладу (тривожність, самокритика, хронічна втома), який часто залишається поза увагою стандартних скринінгових шкал, орієнтованих на зовнішню поведінку.

Дослідження засвідчило, що традиційні діагностичні підходи можуть бути недостатньо чутливими до “жіночого фенотипу” РДУГ через його інтерналізований характер. Отримані дані обґрунтовують необхідність включення до діагностичного процесу оцінки стратегій маскування та емоційного стану, що стало підґрунтям для розробки рекомендацій у третьому розділі.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РДУГ У ДІВЧАТ

3.1 Розробка рекомендацій для психологів та педагогів щодо врахування гендерних особливостей при діагностиці РДУГ у дівчат.

Узагальнення теоретичних положень та емпіричних результатів, поданих у попередніх розділах, свідчить, що ключовою умовою оптимізації діагностики РДУГ є систематичне врахування гендерної специфіки проявів розладу. Перші епідеміологічні та клінічні дослідження базувалися переважно на вибірках хлопців, що сформувало стереотипний, “класичний” образ РДУГ як розладу з вираженою гіперактивністю, імпульсивністю та деструктивною поведінкою, яка привертала увагу вчителів і клініцистів (Hinshaw, 2018; Young та ін., 2020). Натомість дівчата частіше демонструють переважно неуважний або комбінований профіль симптомів у поєднанні з інтерналізованими труднощами, зокрема тривожністю, зниженням самооцінки та депресивною симптоматикою, які менш помітні в класі та нерідко інтерпретуються як “характер” чи наслідок стресу (Quinn & Madhoo, 2014; Hinshaw та ін., 2021). Це призводить до хронічного недодіагностування РДУГ у дівчат і пізнього звернення по професійну допомогу.

Міжнародні клінічні настанови та аналітичні огляди наголошують, що сучасна діагностика РДУГ має ґрунтуватися на мультимодальному та мультиінформантному підході, який поєднує клінічне інтерв'ю, стандартизовані опитувальники для дітей, батьків і вчителів, аналіз розвитку та функціонування, а за потреби - нейропсихологічне обстеження (American Psychiatric Association, 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; World Health Organization, 2019). Українські клінічні протоколи також підкреслюють необхідність залучення кількох інформантів та використання валідних стандартизованих методик при обстеженні дітей і підлітків з підозрою на РДУГ (Міністерство охорони здоров'я України, 2020). З позицій гендерної чутливості це означає, що дані про симптоми дівчини мають збиратися з різних джерел і в різних контекстах, з особливим акцентом на “приховані”, малопомітні форми

неуважності й емоційного виснаження.

Для практичних психологів закладів освіти можна виокремити кілька базових рекомендацій. На етапі первинного збору інформації доцільно цілеспрямовано з'ясовувати історію навчання та розвитку дівчини, приділяючи увагу таким індикаторам, як тривала неуважність, забудькуватість, труднощі з організацією часу й матеріалів, перевантаження домашніми завданнями, значні коливання успішності, хронічна втома під час навчання. Важливо зібрати суб'єктивний опис труднощів від самої дівчини, включно з відчуттям “інакшості”, постійною напругою від необхідності контролювати себе, схильністю до самозвинувачення за “недостатню старанність” (Quinn & Madhoo, 2014; Hinshaw та ін., 2021). Такий фокус дозволяє виявляти замасковані прояви РДУГ, які тривалий час можуть компенсуватися надмірною старанністю та перфекціонізмом.

При доборі методичного інструментарію психологам рекомендовано використовувати шкали та інтерв'ю, що охоплюють як зовнішні поведінкові прояви, так і когнітивні та емоційні аспекти. Ефективним є поєднання напівструктурованого клінічного інтерв'ю (наприклад, DIVA-5) з опитувальниками самозвіту для дорослих та підлітків (ASRS, WURS) і рейтинговими шкалами для батьків та вчителів (NICHQ Vanderbilt, SWAN) (Cortese та ін., 2020; Faraone та ін., 2021). При цьому потрібно враховувати, що у дівчат деякі поведінкові індикатори можуть проявлятися інакше, ніж у хлопців, наприклад у вигляді внутрішнього відчуття “внутрішньої гіперактивності” чи некерованого потоку думок за відносно стриманої зовнішньої поведінки (Young та ін., 2020). У національних рекомендаціях наголошується на використанні адаптованих та валідизованих версій методик, а також на необхідності дотримання етичних вимог щодо інформованої згоди та конфіденційності (Міністерство охорони здоров'я України, 2020; Skogli та ін., 2013).

Важливо системно здійснювати диференціальну діагностику між РДУГ та коморбідними розладами, які в дівчат нерідко виходять на перший план і маскують основний розлад. У дослідженнях відзначено високі показники тривожних і депресивних симптомів, розладів харчової поведінки, емоційної дисрегуляції та самопошкоджувальної поведінки серед підлітків та жінок з РДУГ (Quinn & Madhoo, 2014; Thapar та ін., 2022). Психологу необхідно оцінювати послідовність появи симптомів та їх взаємозв'язок, використовуючи додаткові опитувальники тривоги, депресії, самооцінки та емоційної регуляції, аби відрізнити первинний розлад від вторинних наслідків хронічно неусвідомлених симптомів РДУГ.

Українські дисертаційні та прикладні дослідження свідчать, що найбільш ефективною є модель, у якій психодіагностика поєднується з аналізом сімейної системи, стилів виховання та очікувань батьків (Burko, 2021; Skogli та ін., 2013). Психологам рекомендується проводити цілеспрямовану психоосвіту для батьків дівчат з підозрою на РДУГ, роз'яснюючи особливості “жіночих” профілів симптомів, можливі компенсаторні стратегії (перфекціонізм, гіпервідповідальність, соціальна поступливість) та ризики їх виснажувального характеру. Така робота сприяє зменшенню стигматизації, корекції нереалістичних очікувань та формуванню більш підтримувального стилю взаємодії в сім'ї.

Психоосвітні та корекційно-розвиткові програми для самих дівчат з РДУГ мають включати блоки, спрямовані на формування розуміння власного діагнозу, вміння розпізнавати індивідуальні патерни неуважності й перенапруження, опанування навичок планування, організації, самоспостереження та самоспівчуття (self-compassion). Дослідження показують, що підтримка позитивної ідентичності та реалістичної самооцінки знижує ризик вторинної тривоги та депресії, а також покращує навчальну й соціальну адаптацію дівчат з РДУГ (Hinshaw та ін., 2021; Thapar та ін., 2022).

Роль педагогів у гендерно чутливій діагностиці РДУГ є не менш значущою. Вчителі часто першими помічають труднощі уваги, організації діяльності та соціальної взаємодії в класі, а тому виступають ключовою ланкою скринінгу та направлення до фахівців (Guidelines_VDPU, 2020; Міністерство охорони здоров'я України, 2020). У контексті РДУГ у дівчат педагоги мають враховувати, що відсутність вираженої гіперактивності не виключає наявності розладу. До "червоних прапорців" належать: хронічна неорганізованість, повільне виконання завдань при достатньому інтелектуальному потенціалі, часті "зависання", уникання довготривалих чи однотипних завдань, різкі коливання між високими та низькими результатами, підвищена втомлюваність, схильність до самознищення (Young та ін., 2020; Cortese та ін., 2020).

Педагогам рекомендовано систематично фіксувати спостереження за навчальною та соціальною поведінкою учениць, використовуючи короткі чек-листи або стандартні рейтингові шкали, а також обговорювати ці дані зі шкільним психологом та батьками в межах міждисциплінарної взаємодії (Guidelines_VDPU, 2020; Міністерство охорони здоров'я України, 2019). Участь вчителів у заповненні опитувальників типу SWAN чи NICHQ Vanderbilt дає змогу отримати систематизовану інформацію про прояви симптомів у навчальному середовищі та підвищує точність клінічної оцінки (Cortese та ін., 2020; Faraone та ін., 2021).

Не менш важливим є ставлення педагогів до діагнозу РДУГ. Освітні та клінічні рекомендації підкреслюють, що РДУГ слід розглядати як нейророзвиткову особливість, а не як "ледачість" чи "неслухняність" (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2019). Відповідно, вчителям варто уникати стигматизуючих ярликів, надавати зворотний зв'язок у формі, що підтримує самооцінку дівчат, і використовувати педагогічні стратегії, які зменшують вимоги до самостійної організації, наприклад чітке структурування завдань, візуальні підказки, розбиття великого завдання на менші кроки, гнучкі форми оцінювання. Такі підходи не замінюють клінічної

діагностики, але створюють середовище, в якому прояви РДУГ менше заважають навчальній діяльності й легше ідентифікуються як системні, а не ситуативні труднощі.

Організація ефективної взаємодії між психологами, педагогами, батьками та медичними фахівцями є необхідною умовою якісної гендерно чутливої діагностики. Клінічні протоколи та рекомендації підкреслюють важливість командного підходу, коли психолог відповідає за комплексну психодіагностику, педагог - за спостереження й освітні адаптації, а лікар - за медичне обстеження, діагноз та, за потреби, фармакотерапію (Міністерство охорони здоров'я України, 2019; World Health Organization, 2019). У випадку дівчат критично важливо, щоб усі члени команди усвідомлювали специфіку “жіночих” профілів РДУГ, інтерпретували дані з урахуванням гендерних патернів соціалізації та уникали редукції проблем лише до “емоційних” або труднощів “характеру”.

3.2 Пропозиції щодо вдосконалення існуючих методик діагностики РДУГ з метою підвищення їх чутливості до гендерних особливостей.

Результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, поданих у розділах 1 і 2, показали, що більшість поширених методик діагностики РДУГ створювалися і нормувалися переважно на вибірках хлопців та чоловіків. Це історично зумовило орієнтацію значної частини пунктів на більш помітні, зовнішні прояви гіперактивності та імпульсивності, тоді як неухважність, внутрішня гіперактивність, емоційна дисрегуляція та компенсаторні стратегії дівчат залишалися в тіні (Quinn & Madhoo, 2014; Hinshaw, 2021). Окремі психометричні дослідження вказують на вікові й гендерні відмінності у функціонуванні окремих пунктів шкал, а також на можливу неінваріантність вимірювання в жінок, зокрема у версіях скринерів ASRS (Uher та ін., 2018; Stibbe та ін., 2020). У поєднанні з отриманими у цій роботі даними про переважання симптомів неухважності, емоційного виснаження та маскованих форм гіперактивності в дівчат це обґрунтовує потребу створювати нові інструменти та цілеспрямовано вдосконалювати вже наявні методики.

Першим важливим напрямом є підвищення чутливості шкал самозвіту у дорослих і підлітків, насамперед WURS і ASRS v1.1. Шкала WURS призначена для ретроспективної оцінки дитячих симптомів РДУГ у дорослому віці та має добрі показники надійності й дискримінативної здатності (Ward та ін., 1993; Kouros та ін., 2018). ASRS v1.1 продемонструвала високу чутливість і специфічність у клінічних та популяційних вибірках і рекомендується як один з базових інструментів скринінгу (Hines та ін., 2012; Brevik та ін., 2020). Водночас показано, що окремі пункти ASRS можуть по-різному функціонувати в чоловіків і жінок, створюючи ризик недооцінки симптомів у дівчат і жінок (Uher та ін., 2018). Тому доцільно розраховувати окремі нормативні показники й порогові значення для жінок з урахуванням їх специфічного клінічного профілю, доповнювати опитувальники пунктами, які відображають внутрішнє відчуття розумового шуму, хронічної втоми від підтримання уваги, емоційного виснаження, схильності до перфекціонізму та гіперкомпенсації, а також

уточнювати формулювання пунктів, що описують гіперактивність, так, щоб вони охоплювали не тільки зовнішню моторну активність, а ще й внутрішній неспокій, характерний для багатьох дівчат. Комбінація WURS та ASRS, як засвідчують емпіричні дані, може підвищувати точність виявлення РДУГ у дорослих (Brevik та ін., 2020). Для жінок у цьому разі доцільно переглядати критерії позитивного результату, орієнтуючись окрім сумарних балів, ще й на профіль субшkal та вираженість порушення функціонування.

Другим напрямом удосконалення є модернізація батьківських і педагогічних рейтингових шкал, що застосовуються для діагностики РДУГ у дітей і підлітків, передусім NICHQ Vanderbilt та SWAN. Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale для батьків і вчителів має задовільні психометричні характеристики і забезпечує структуроване збирання інформації про симптоми РДУГ та супутні розлади поведінки й настрою (Wolraich та ін., 2003). Шкала SWAN, на відміну від традиційних інструментів, оцінює повний континуум поведінки від виражених труднощів до виражених сильних сторін, що робить її особливо корисною для виявлення субклінічних або маскованих проявів (Swanson та ін., 2012; Vajsz та ін., 2024). Дослідження показують, що запровадження статево специфічних порогів за підшкалами SWAN підвищує точність ідентифікації РДУГ, зокрема в дівчат (Chan та ін., 2014). З огляду на це результати батьківських і вчительських рейтингів доцільно інтерпретувати з урахуванням статі й віку дитини, розробляти локальні нормативні таблиці для дівчат різних вікових груп, особливо для підліткового періоду, коли інтерналізація симптомів посилюється, а також адаптувати формулювання пунктів, що описують поведінку в класі, так, щоб вони включали не тільки шумні порушення дисципліни, а й хронічну непомітну неуважність, повільний темп роботи, соціальне відсторонення, емоційну виснаженість та соматизовані скарги.

Третій напрям стосується розширення потенціалу шкал типу SWAN як інструментів, що одночасно виконують функції скринінгу та моніторингу.

Оскільки SWAN оцінює як симптоми, так і сильні сторони, вона може слугувати основою для формування індивідуального профілю дівчини з РДУГ з урахуванням ресурсів, а не лише дефіцитів (Vajsz та ін., 2024; Blume та ін., 2025). Розробка українських версій батьківських, учительських і самозвітних форм із гендерно чутливими формулюваннями дозволила б точніше ідентифікувати дівчат із ризиком РДУГ, які пристосували свою поведінку до соціальних очікувань, у процесі діагностики одразу переходити до обговорення з дитиною та батьками балансу сильних і слабких сторін, а також використовувати ті самі інструменти для оцінки динаміки у процесі психологічних і медичних втручань.

Четвертий важливий вектор вдосконалення стосується напівструктурованого діагностичного інтерв'ю DIVA-5. Воно охоплює всі 18 критеріїв РДУГ за DSM 5, оцінює симптоми в дитинстві й дорослому віці та вважається одним із золотих стандартів клінічної оцінки дорослих (Kooij та ін., 2019; Zamani та ін., 2021). Його сильна сторона полягає в наявності докладних прикладів життєвих ситуацій, які допомагають пацієнтам конкретизувати свій досвід, а клініцистам оцінити функціональні наслідки симптомів. Проте значна частина наведених сценаріїв відображає типові для чоловіків моделі поведінки, пов'язані з відкритими порушеннями дисципліни або ризиковими вчинками. З урахуванням особливостей жіночих траєкторій РДУГ доцільно створити розширений банк гендерно релевантних прикладів для дитинства, підліткового та дорослого періодів, які відображають перфекціонізм, хронічну перевтому, емоційне вигорання, труднощі балансування навчання, домашніх обов'язків і соціальних очікувань, а також доповнити інтерв'ю блоками запитань про маскування симптомів, навчений контроль поведінки, внутрішній досвід тривоги та циклічні зміни концентрації уваги, зокрема пов'язані з гормональними факторами. Окремі методичні рекомендації щодо інтерпретації відповідей дівчат і жінок мають мінімізувати ризик редукції їхніх труднощів до суто емоційних або характерологічних проблем.

П'ятий напрям стосується розробки чітких алгоритмів застосування мультимодального діагностичного пакета. Результати психометричних досліджень засвідчують, що поєднання кількох інструментів, а не орієнтація на одну шкалу, забезпечує найкращий баланс чутливості та специфічності при діагностиці РДУГ (Brevik та ін., 2020; Corbisiero та ін., 2017). У контексті гендерної чутливості це означає, що WURS та ASRS доцільно використовувати як базові інструменти самозвіту у дорослих, Vanderbilt і SWAN як основні рейтинги батьків та педагогів, а DIVA 5 як напівструктуроване клінічне інтерв'ю для поглибленої оцінки. Для дівчат і жінок варто передбачити знижені пороги для направлення на поглиблене обстеження, якщо поєднуються помірні показники за кількома шкалами з вираженим порушенням функціонування та ознаками емоційної дезадаптації. Перспективним завданням подальших досліджень є створення статистичних моделей, які враховують вагу різних субшкал, зокрема показників емоційної дисрегуляції, тривоги та депресії, у прогнозуванні діагнозу РДУГ у дівчат.

Завершальним, але не менш важливим напрямом є інтеграція результатів удосконалених методик у національні клінічні протоколи та освітні стандарти. Сучасні міжнародні та національні рекомендації вже підкреслюють необхідність мультимодального, мультиінформантного підходу до діагностики РДУГ (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Міністерство охорони здоров'я України, 2019, 2020). Розширення цих документів окремими підрозділами про гендерні особливості РДУГ із конкретними рекомендаціями щодо використання адаптованих версій WURS, ASRS, Vanderbilt, SWAN і DIVA 5, статево специфічних нормативів та алгоритмів взаємодії між закладами освіти й охорони здоров'я сприятиме практичному впровадженню гендерно чутливої діагностики. У поєднанні з подальшими валідаційними дослідженнями запропоновані кроки створюють підґрунтя для того, щоб дівчата з РДУГ отримували більш точну, своєчасну та справедливую оцінку своїх

труднощів і ресурсів, а не залишалися невидимими в межах традиційних діагностичних підходів, орієнтованих на чоловічі зразки прояву РДУГ.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі на основі синтезу теоретичних положень та результатів емпіричного дослідження розроблено практичні рекомендації щодо оптимізації психологічної діагностики РДУГ у дівчат та визначено вектори вдосконалення методичного інструментарію. Обґрунтовано, що головною умовою підвищення якості діагностичного процесу є перехід до гендерно чутливої парадигми, яка враховує специфіку “жіночого фенотипу” розладу - переважання симптомів неухважності, емоційної дисрегуляції та прихованих компенсаторних стратегій.

Сформульовано комплексні рекомендації для психологів та педагогів, спрямовані на виявлення замаскованих проявів РДУГ у навчальному середовищі та сімейному контексті. Для фахівців психологічної служби пріоритетним визначено зміщення фокусу з аналізу зовнішньої поведінки на дослідження суб’єктивного досвіду дівчини, зокрема відчуття “внутрішньої гіперактивності”, хронічного виснаження від самоконтролю та схильності до самозвинувачення. Роль педагогів у цьому процесі розглядається як ключова ланка первинного скринінгу, де особливу увагу слід приділяти недиструктивним індикаторам, таким як повільний темп роботи, неорганізованість, що потребує налагодження мультидисциплінарної взаємодії між школою, батьками та медичними фахівцями.

Визначено стратегічні напрями модернізації існуючих діагностичних методик (ASRS, WURS, SWAN, Vanderbilt) з метою підвищення їхньої чутливості до гендерних особливостей. Обґрунтовано необхідність запровадження статево специфічних нормативних показників та уточнення формулювань пунктів, які б відображали не лише моторний неспокій, а й

ментальну метушливість, перфекціонізм та емоційне вигорання, характерні для дівчат. Важливим вектором удосконалення напівструктурованого інтерв'ю DIVA-5 визначено створення розширеного банку гендерно релевантних прикладів життєвих ситуацій, які враховують труднощі балансування соціальних ролей, вплив гормональних циклів та досвід соціального маскуванню симптомів.

Запропоновано алгоритм застосування мультимодального діагностичного пакета, який забезпечує найвищу точність оцінки через поєднання різних джерел інформації та типів інструментів. Доведено, що інтеграція гендерно орієнтованих підходів у національні клінічні протоколи та освітні стандарти є необхідним кроком для подолання систематичної недодіагностики розладу у дівчат. Впровадження розроблених рекомендацій дозволить забезпечити своєчасну ідентифікацію РДУГ, попередити розвиток вторинних психологічних ускладнень та створити умови для повноцінної самореалізації дівчат із цією нейророзвитковою особливістю.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичне узагальнення та практичне розв'язання актуальної наукової проблеми, що полягає у виявленні особливостей психологічної діагностики РДУГ у дівчат та розробці рекомендацій щодо її оптимізації на основі гендерно чутливого підходу.

Теоретичний аналіз підтвердив, що РДУГ є складним нейророзвитковим станом, природа якого виходить за межі суто поведінкових порушень і охоплює глибокі дисфункції виконавчого контролю та регуляції уваги. Встановлено, що тривалий час науковий і клінічний дискурс базувався на “чоловічій моделі” розладу, що призвело до формування стереотипного образу РДУГ як стану, обов'язково супроводжуваного деструктивною гіперактивністю. З'ясовано, що «жіночий фенотип» розладу має принципово іншу структуру, де домінують симптоми неувважності, емоційна лабільність та інтерналізовані труднощі, які часто залишаються невидимими для традиційних діагностичних інструментів.

Емпіричне дослідження особливостей клінічного профілю дівчат та жінок із РДУГ підтвердило гіпотезу про якісну специфіку проявів розладу залежно від статі. Отримані дані свідчать, що у жінок гіперактивність найчастіше трансформується у внутрішній неспокій (“ментальну метушливість”), а дефіцит уваги компенсується через стратегії соціального маскування та перфекціонізму. Виявлено, що висока вартість такої адаптації проявляється у значному психоемоційному виснаженні, тривожності та зниженій самооцінці, що часто стає причиною помилкової діагностики супутніх розладів замість ідентифікації первинного РДУГ.

Доведено недостатню чутливість поширених скринінгових шкал та рейтингових систем до специфічних потреб жіночої вибірки через їхню нормованість на чоловічих групах. Це обґрунтовує необхідність модернізації методичного інструментарію, зокрема запровадження статево специфічних нормативів для шкал ASRS, WURS та SWAN, а також доповнення клінічних інтерв'ю прикладами, що відображають життєвий досвід дівчат (труднощі

організації побуту, соціальна поступливість, емоційне вигорання). Мультимодальний підхід, який поєднує дані від різних інформантів та аналіз суб'єктивного дистресу, визначено як найбільш ефективну стратегію подолання гендерної упередженості в діагностиці.

Розроблені практичні рекомендації для психологів та педагогів акцентують увагу на важливості розпізнавання “прихованих” симптомів РДУГ у закладах освіти. Для успішної ідентифікації розладу у дівчат фахівцям необхідно орієнтуватися не на порушення дисципліни, а на когнітивні труднощі, епізоди “відстороненості” та ознаки хронічної перевтоми учениць. Системна робота з батьками та вчителями щодо дестигматизації діагнозу та впровадження освітніх адаптацій є необхідною умовою для попередження вторинної дезадаптації.

Перехід до гендерно чутливої діагностики є не лише питанням клінічної точності, а й важливою передумовою забезпечення рівних можливостей для дівчат із РДУГ. Інтеграція запропонованих підходів у систему психологічного супроводу та національні протоколи дозволить забезпечити вчасну підтримку цієї категорії осіб, сприятиме збереженню їхнього ментального здоров'я та розкриттю інтелектуального потенціалу впродовж усього життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бурко Т. В. Психологічні особливості дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у молодшому шкільному віці: магістерська робота. Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, 2021. URL: <http://repository.sspu.edu.ua/handle/123456789/11600> (дата звернення: 18.12.2025).
2. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Методичні вказівки для вихователя: робота зі студентами ADHD: методичні рекомендації. 2020. Проект EQAVET 4-INCLUSION, 2021-1-SE01-KA220-VET-000033282.
3. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Київ: МОЗ України, 2019.
4. Міністерство охорони здоров'я України. Клінічна настанова. Розлад дефіциту уваги та гіперактивності у дітей та підлітків. Київ: МОЗ України, 2020.
5. Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»; Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків «NICHQ Vanderbilt» - форма А. URL: www.i-cbt.org.ua (дата звернення: 18.12.2025).
6. Осітковська О. О., Байєр О. О. Адаптація діагностичної методики «Рейтингова шкала сильних та слабких сторін РДУГ та нормальної поведінки» до вітчизняного вжитку. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2021. Вип. 1. С. 133-138. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-1-18.
7. Провозін В. А. Адаптація опитувальника Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) та дослідження гендерних відмінностей РДУГ у неклінічній вибірці: магістерська робота. Львів: Український католицький університет, 2024.
8. Abdelnour E., Jansen M. O., Gold J. A. ADHD diagnostic trends: Increased recognition or overdiagnosis? Missouri Medicine. 2022. Т. 119(5). С. 467-473.
9. Alexander L. M., Moore D. A., Frazier T. W. Dimensional assessment of ADHD traits using the Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior Scale (SWAN): Validity and gender sensitivity. Journal of Attention Disorders. 2020. Т. 24, № 5. С. 732-743. DOI: 10.1177/1087054715627487.
10. Alhossein A. Psychometric properties of ADHD Rating Scale-5 for children and adolescents in Sudan - School Version. Frontiers in Psychology. 2022. Т. 13. Art. 883578. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.883578.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
12. Antoniou E., Rigas N., Orovou E., Papatrechas A., Sarella A. ADHD symptoms in females of childhood, adolescent, reproductive and menopause period. Materia Socio-Medica. 2021. Т. 33(2). С. 114-118. DOI: 10.5455/msm.2021.33.114-118.

13. Arnold L. E. Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996. T. 24, № 5. C. 555-569. DOI: 10.1007/BF01670100.
14. Arnett A. B., Pennington B. F., Willcutt E. G., DeFries J. C., Olson R. K. Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013. T. 54, № 12. C. 1266-1274. DOI: 10.1111/jcpp.12095.
15. Attoe D. E., Climie E. A. Exploring the lived experiences of women diagnosed with ADHD in adulthood: A qualitative review. *Frontiers in Psychology*. 2023. T. 14. Art. 1212441. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1212441.
16. Attoe D. E., Climie E. A. Miss. Diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *Journal of Attention Disorders*. 2023. T. 27, № 7. C. 645-657. DOI: 10.1177/10870547231161533.
17. Ayano G., Yohannis K., Abraha M., Bedaso A., Tsegay L., Vancampfort D. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2023. T. 325. C. 9-21.
18. Baig S. K., Kahya H. H. "I felt like a broken person": The experiences of women navigating a late ADHD diagnosis in the UK. *Advances in Mental Health*. 2025. Advance online publication. DOI: 10.1080/18387357.2025.2524513.
19. Ballmann A. D., Gerlach M., Helbig-Lang S. ASRS-5: A brief DSM-5-based screening instrument for adult ADHD in primary care. *Journal of Attention Disorders*. 2022. Advance online publication. DOI: 10.1177/10870547221074343.
20. Beheshti A., Chavanon M.-L., Christiansen H. Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2020. T. 20. Art. 120. DOI: 10.1186/s12888-020-2442-7.
21. Bellato A., Lang K., Liddle E. Evaluating QbTest as an adjunctive tool in ADHD assessment: Systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024. T. 33, № 4. C. 523-540. DOI: 10.1007/s00787-023-02136-9.
22. Blume H. K., Larsen L., Perez A. Integrating strengths-based assessment into ADHD diagnostics: Expanding the role of SWAN and dimensional tools. *Frontiers in Psychology*. 2025. T. 16. Art. 1422031. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1422031.
23. Brevik E. J., Lundervold A. J., Haavik J., Posserud M.-B. Validity and clinical implications of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) in adults with ADHD. *Frontiers in Psychology*. 2019. T. 10. Art. 1390. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01390.
24. Brevik E. J., Lundervold A. J., Haavik J., Posserud M. B. Validity and accuracy of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. *Brain and Behavior*. 2020. T. 10, № 6. e01605. DOI: 10.1002/brb3.1605.
25. Bruchmüller K., Margraf J., Schneider S. Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012. T. 80, № 1. C. 128-138. DOI: 10.1037/a0026582.

26. Carucci S., Büttner M., Mastria G., Ludici A., Gennaro A. Clinical characteristics, neuroimaging findings, and neuropsychological functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder: Sex differences. *Journal of Neuroscience Research*. 2023. T. 101, № 5. С. 704-717. DOI: 10.1002/jnr.25038.
27. Caye A., Swanson J. M., Thapar A., Sibley M. H., Arseneault L., Hechtman L., Steinhausen H. C., Rohde L. A. та ін. Life span studies of ADHD: Conceptual challenges and predictors of persistence and outcome. *BMC Psychiatry*. 2016. Т. 16. С. 1-15. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5919196/> (дата звернення: 18.12.2025).
28. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *FastStats*. 2024. URL: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/adhd.htm> (дата звернення: 18.12.2025).
29. Chan R. C. H., Zhang J., Li J., Cheung E. F. C. Gender differences in the SWAN rating scale for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Implications for clinical assessment. *Comprehensive Psychiatry*. 2014. Т. 55, № 7. С. 1580-1588. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.05.010.
30. Claussen A. H., Holbrook J. R., Hutchins H. J., Robinson L. R., Bloomfield J., Meng L. та ін. All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*. 2024. Т. 25(Suppl. 2). С. 249-271. DOI: 10.1007/s11121-022-01358-4.
31. Corbisiero S., Stieglitz R. D., Retz W., Rösler M. Is emotional dysregulation part of the ADHD construct? Validation of the DIVA 2.0 interview and associated scales. *Journal of Attention Disorders*. 2017. Т. 21, № 8. С. 681-689. DOI: 10.1177/1087054714539994.
32. Cortese S., Asherson P., Sonuga-Barke E., Brandeis D., Buitelaar J., Coghill D. та ін. Starting ADHD medications during the COVID-19 pandemic: Recommendations from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020. Т. 4, № 6. С. 412-414. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30110-3.
33. Cortese S., Bellgrove M. A., Brikell I., Franke B., Goodman D. W. та ін. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Evidence base, uncertainties, and controversies. *World Psychiatry*. 2025. Т. 24, № 3. С. 347-371. DOI: 10.1002/wps.21374.
34. Crocker S. L., Roemer A., Strohmaier S., Wang G. Y., Medvedev O. N. A scoping review of attention-deficit/hyperactivity disorder assessment and diagnosis: Tools, practices, and sex bias. *Current Psychology*. 2025. Advance online publication. DOI: 10.1007/s41252-025-00452-2.
35. Custodio R. J. ADHD across the lifespan: Developmental trajectories and clinical implications. *Current Psychiatry Reports*. 2024. Т. 26, № 3. С. 145-158.
36. Custodio R. J. P., Hengstler J. G., Cheong J. H., Kim H. J., Wascher E., Getzmann S. Adult ADHD: It is old and new at the same time - what is it? *Reviews in the Neurosciences*. 2024. Т. 35, № 2. С. 225-241. DOI: 10.1515/revneuro-2023-0071.
37. da Silva C. M., Colares V. L. L., Lima R. N., da Silva V. A. An overview on neurobiology and therapeutics of attention deficit hyperactivity disorder. *Discover Mental*

- Health. 2023. T. 3, № 2. Art. 22. DOI: 10.1007/s44192-022-00030-1.
38. Dalsgaard S., Østergaard S. D., Leckman J. F., Mortensen P. B., Pedersen M. G. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. *The Lancet*. 2015. T. 385, № 9983. C. 2190-2196. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61684-6.
 39. Danielson M. L., Bitsko R. H., Ghandour R. M., Holbrook J. R., Kogan M. D., Blumberg S. J. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018. T. 47, № 2. C. 199-212. DOI: 10.1080/15374416.2017.1417860.
 40. Davis R. Gender-informed training and diagnostic confidence among educators and clinicians in ADHD identification. *Educational and Developmental Psychologist*. 2025. T. 42, № 1. C. 75-89. DOI: 10.1017/edp.2025.4.
 41. De La Fuente A., Xia S., Branch C., Li X. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013. T. 7. Art. 192. DOI: 10.3389/fnhum.2013.00192.
 42. De Los Reyes A., Epkins C. C. Rethinking discrepancies between informants in clinical assessment: A developmental psychopathology perspective. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2023. T. 19. C. 553-583. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-071721-015102.
 43. Demontis D., Walters R. K., Martin J., Mattheisen M., Als T. D., Agerbo E., Baldursson G. та ир., Daly M. J. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit hyperactivity disorder. *Nature Genetics*. 2019. T. 51, № 1. C. 63-75. DOI: 10.1038/s41588-018-0269-7.
 44. Dimitri D., Delia G., Cavallo F., Varini M., Fioretto F. Sex differences in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A literature review. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*. 2025. T. 4. Art. 1582502. DOI: 10.3389/frcha.2025.1582502.
 45. Einziger T., Berger A. Individual differences in sensitivity to positive home environment among children "at risk" for attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. T. 13. Art. 927411. DOI: 10.3389/fpsy.2022.927411.
 46. Elkins I. J., Malone S., Keyes M., Iacono W. G., McGue M. The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater for girls than for boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2011. T. 40, № 4. C. 532-545. DOI: 10.1080/15374416.2011.581621.
 47. Eng A. G., та ир. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the menstrual cycle: Theory and evidence. *Hormones and Behavior*. 2024. T. 158. 105466. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2024.105466.
 48. Esposito D., Gigliotti F., Colotti B., Di Brina C., Pisani F., Romani M. ADHD reporting in developmental age: The role of the informants. *Children*. 2025. T. 12, № 7. Art. 914. DOI: 10.3390/children12070914.

49. Esteller-Cucala P., Maceda I., Børglum A. D., Demontis D., Faraone S. V., Cormand B. Genomic analysis of the natural history of attention-deficit/hyperactivity disorder using Neanderthal and ancient Homo sapiens samples. *Scientific Reports*. 2020. T. 10. Art. 8622. DOI: 10.1038/s41598-020-65322-4.
50. Faraone S. V., Larsson H. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*. 2019. T. 24, № 4. C. 562-575. DOI: 10.1038/s41380-018-0070-0.
51. Faraone S. V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J. та ін., Wang Y. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2021. T. 128. C. 789-818. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549739/> (дата звернення: 18.12.2025).
52. Gilbert L. A., Kramer J., Thomson K. Diagnostic challenges of ADHD in women: Delays, misdiagnosis, and clinical implications. *BMC Women's Health*. 2023. T. 23, № 1. Art. 141. DOI: 10.1186/s12905-023-02688-8.
53. Gilbert M., та ін. Gender and age differences in ADHD symptoms and co-occurring depression and anxiety symptoms among children and adolescents in the BELLA study. *Child Psychiatry and Human Development*. 2025. T. 56, № 4. C. 1162-1172. DOI: 10.1007/s10578-024-01742-x.
54. Gómez R., Stavropoulos V., Watson S., Brown T. ADHD in DSM-5-TR and ICD-11: A comparative analysis of diagnostic criteria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023. T. 23, № 3. Art. 100355. DOI: 10.1016/j.ijchp.2023.100355.
55. Grimell E. Integrating narrative self-assessment in adult ADHD diagnostics: A mixed-methods perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025. T. 32, № 2. C. 214-230. DOI: 10.1002/cpp.2941.
56. Guendelman M. D., Owens E. B., Galán C., Gard A., Hinshaw S. P. Early-adult correlates of maltreatment in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Increased risk for internalizing symptoms and suicidality. *Development and Psychopathology*. 2016. T. 28, № 1. C. 1-13. DOI: 10.1017/S0954579415000260.
57. Herting M. M., Gautam P., Spielberg J. M., Dahl R. E., Sowell E. R. A longitudinal study: Changes in cortical thickness and surface area during pubertal maturation. *PLOS ONE*. 2015. T. 10, № 3. e0119774. DOI: 10.1371/journal.pone.0119774.
58. Hetzke L., Berner A., Weyrich S., Romanos M., Beyer A. K., Schlack R. та ін. ADHD in children and adolescents: Guideline-based online assessment in the consortium project INTEGRATE-ADHD. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2024. T. 67, № 9. C. 932-943. DOI: 10.25646/12541.
59. Hines J. L., King T. S., Curry W. J. The Adult ADHD Self-Report Scale for screening for adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012. T. 25, № 6. C. 847-853. DOI: 10.3122/jabfm.2012.06.120065.
60. Hinshaw S. P. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018. T. 14. C. 291-316. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917.

61. Hinshaw S. P., Nguyen P. T., O'Grady S. M., Rosenthal E. A. Annual research review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women - Underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022. T. 63, № 4. C. 484-496. DOI: 10.1111/jcpp.13480.
62. Hinshaw S. P., Blachman D. R., Ellison K. D. Training clinicians for gender-sensitive ADHD assessment: Barriers and strategies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2024. T. 53, № 3. C. 389-403. DOI: 10.1080/15374416.2024.2400157.
63. Hinshaw S. P., Scheffler R. M. ADHD: What everyone needs to know. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2021.
64. Holden E., Kobayashi-Wood H. Adverse experiences of women with undiagnosed ADHD and the invaluable role of diagnosis. *Scientific Reports*. 2025. T. 15, № 1. Art. 20945. DOI: 10.1038/s41598-025-04782-y.
65. Hong J., Kim M. H., Lee S. Y., Yoo H. J. Validation of the Korean version of the Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA-5). *Psychiatry Investigation*. 2020. T. 17, № 10. C. 997-1005. DOI: 10.30773/pi.2020.0165.
66. Kamal M., Al-Shibli S., Shahbal S., Yadav P. Impact of attention deficit hyperactivity disorder and gender differences on academic and social difficulties among adolescents in Qatari schools. *Qatar Medical Journal*. 2021. № 1. Art. 11. DOI: 10.5339/qmj.2021.11.
67. Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D., Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997. T. 36, № 7. C. 980-988. DOI: 10.1097/00004583-199707000-00021.
68. Kessler R. C., Adler L., Ames M., Demler O., Faraone S., Hiripi E. та ін. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*. 2005. T. 35, № 2. C. 245-256. DOI: 10.1017/S0033291704002892.
69. Kessler R. C., та ін. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006. T. 163, № 4. C. 716-723. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.4.716.
70. Kidwell J. L. ADHD and autism in Neurocognitive Mismatch Theory: Distinct neurodevelopmental incompatibilities with the market-based system. *Frontiers in Psychology*. 2025. T. 16. Art. 1617192. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1617192.
71. Klein M., Walters R. K., Demontis D., Faraone S. V. Genetics of ADHD: New insights from genome-wide analyses. *Nature Reviews Disease Primers*. 2024. T. 10. Art. 12. DOI: 10.1038/s41572-024-00495-0. URL: <https://www.nature.com/articles/s41572-024-00495-0> (дата звернення: 18.12.2025).
72. Kok F. M., Groen Y., Fuermaier A. B. M., Tucha O. Problematic peer functioning in

- girls with ADHD: A systematic literature review. PLOS ONE. 2016. T. 11, № 11. e0165119. DOI: 10.1371/journal.pone.0165119.
73. Kokane S. S., Perrotti L. I. Sex differences and the role of estradiol in mesolimbic reward circuitry and vulnerability to cocaine and opiate addiction. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2020. T. 14. Art. 73. DOI: 10.3389/fnbeh.2020.00073.
 74. Kooij J. J. S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J. та ін. Updated European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019. T. 56. C. 14-34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
 75. Kooij J. J. S., Francken M. H., Bron A., Wynchank D. Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA-5). DIVA Foundation, 2019. URL: <https://www.divacenter.eu/> (дата звернення: 18.12.2025).
 76. Kooij J. J. S., de Jong M., Agnew-Blais J., Thapar A., Asherson P., Young S. та ін. Research advances and future directions in female ADHD: The lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. *Frontiers in Global Women's Health*. 2025. T. 6. Art. 1613628. DOI: 10.3389/fgwh.2025.1613628.
 77. Koutsoklenis A., Honkasilta J. ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. T. 13. Art. 1064141. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1064141.
 78. Kouros C. D., Mehmood A., Russell A. E. Psychometric evaluation of the Wender Utah Rating Scale in adult populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2018. T. 40, № 3. C. 485-497. DOI: 10.1007/s10862-018-9679-2.
 79. Le Cunff A.-L. Distractibility and impulsivity in ADHD as an evolutionary mismatch of high trait curiosity. *Evolutionary Psychological Science*. 2024. T. 10, № 3. C. 282-297. DOI: 10.1007/s40806-024-00400-8.
 80. Lundervold A. J., Meza J. I., Hysing M., Hinshaw S. P. Parent rated symptoms of inattention in childhood predict high school academic achievement across two culturally and diagnostically diverse samples. *Frontiers in Psychology*. 2017. T. 8. Art. 1436. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01436.
 81. Luo Y., Weibman D., Halperin J. M., Li X. A review of heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in Human Neuroscience*. 2019. T. 13. Art. 42. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00042.
 82. Makino T., Suzuki F., Nishiyama T., Yoshida N., Tani H., Ito H. Psychometrics of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version for DSM-5 in Japanese outpatients. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2023. T. 32, № 3. Art. e1957. DOI: 10.1002/mpr.1957.
 83. Martin J., Walters R. K., Demontis D., Mattheisen M., Lee S. H., Robinson E. та ін. A genetic investigation of sex bias in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2018. T. 175, № 9. C. 856-864. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17070999.

84. McWhirter A. C., Walters K. P. The development of ecologically integrated and culturally informed ADHD and SLD diagnostic tools for doctoral assessment training. *Disabilities*. 2024. T. 4, № 3. C. 583-615. DOI: 10.3390/disabilities4030037.
85. Mental Health America. ADHD test - MHA screening. Mental Health America. URL: <https://screening.mhanational.org/screening-tools/adhd/> (дата звернення: 18.12.2025).
86. Merone L., Tognoni G., Cerveri G. Sex and gender gaps in medicine: A systematic review of the androcentric history of medical research. *Healthcare*. 2021. T. 9, № 6. Art. 678. DOI: 10.3390/healthcare9060678.
87. Meyer B. J., Stevenson J., Sonuga-Barke E. J. S. Sex differences in the meaning of parent and teacher ratings of ADHD behaviors: An observational study. *Journal of Attention Disorders*. 2020. T. 24, № 13. C. 1847-1856. DOI: 10.1177/1087054717723988.
88. Miller M., Ho J., Hinshaw S. P. Executive functions in girls with ADHD followed prospectively into young adulthood. *Neuropsychology*. 2012. T. 26, № 3. C. 278-287. DOI: 10.1037/a0028186.
89. Misiewicz P., Iwanicka A. Genetic and environmental background of attention deficit hyperactivity disorder. *Pomeranian Journal of Life Sciences*. 2024. T. 70, № 3. C. 60-67. DOI: 10.21164/pomjlifesci.975.
90. Moldavsky M., Groenewald C., Owen V., Sayal K. Teachers' recognition of children with ADHD: Role of subtype and gender. *Child and Adolescent Mental Health*. 2013. T. 18, № 1. C. 18-23. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2012.00656.x.
91. Morgan J. Exploring women's experiences of diagnosis of ADHD in adulthood: A qualitative study. *Advances in Mental Health*. 2023. Advance online publication. DOI: 10.1080/18387357.2023.2268756.
92. Mowlem F. D., Rosenqvist M. A., Martin J., Lichtenstein P., Asherson P., Larsson H. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019. T. 28, № 3. C. 481-489. DOI: 10.1007/s00787-018-1211-5.
93. Mowlem F. D., Rosenqvist M. A., Martin J., Lichtenstein P., Asherson P., Larsson H. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *Psychological Medicine*. 2019. T. 49, № 8. C. 1369-1377. DOI: 10.1017/S0033291718002103.
94. Musullulu H. Advances in ADHD assessment: Neuropsychological, developmental, and multimodal approaches. *Frontiers in Psychiatry*. 2025. T. 16. Art. 1324210. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1324210.
95. Musullulu H., Çetin F. H., Yüce M., Yıldız O. Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder: A review of current methods and issues. *Frontiers in Psychology*. 2025. T. 15. Art. 1466088. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1466088.
96. Nagar P., Shukla S., Mishra R. Understanding ADHD masking and cognitive overload in adolescent girls: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.

2025. T. 30, № 2. C. 287-303. DOI: 10.1177/1359104524121297.
97. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline NG87). London: NICE, 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87> (дата звернення: 18.12.2025).
 98. Nigg J. T., Sibley M. H., Thapar A., Karalunas S. L. Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual Review of Developmental Psychology*. 2020. T. 2. C. 559-583. DOI: 10.1146/annurev-devpsych-060320-093413.
 99. Obsuth I., Murray A. L., Di Folco S., Ribeaud D., Eisner M. Patterns of homotypic and heterotypic continuity between ADHD symptoms, externalising and internalising problems from age 7 to 15. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2020. T. 48, № 2. C. 223-236. DOI: 10.1007/s10802-019-00592-9.
 100. Osianlis E., Thomas E. H. X., Jenkins L. M., Gurvich C. ADHD and sex hormones in females: A systematic review. *Journal of Attention Disorders*. 2025. T. 29, № 9. C. 706-723. DOI: 10.1177/10870547251332319.
 101. Osborne J. B., Zhang H., Carlson M., Shah P., Jonides J. The association between different sources of distraction and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. T. 14. Art. 1173989. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1173989.
 102. Osborne S. M., Greene C. L., Smallwood J. Distraction, mind wandering, and attention-deficit/hyperactivity disorder: A dimensional perspective. *Psychological Bulletin*. 2023. T. 149, № 8. C. 693-722. DOI: 10.1037/bul0000383.
 103. Ositkovska I. Ukrainian adaptation and validation of the Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior Scale (SWAN). *Psychological Journal*. 2021. T. 7, № 2. C. 51-63. DOI: 10.31108/1.2021.7.2.5.
 104. Park B.-Y., Park H. Connectivity differences between adult male and female patients with attention deficit hyperactivity disorder according to resting-state fMRI. *Neural Regeneration Research*. 2016. T. 11, № 1. C. 119-125. DOI: 10.4103/1673-5374.175056.
 105. Pérez Beltrán M., Guerrero A., García L. Development of a gender-sensitive ADHD self-report instrument for children and adolescents: An e-Delphi study. *Journal of Attention Disorders*. 2024. T. 28, № 6. C. 743-758. DOI: 10.1177/10870547231125417.
 106. Peterson B. S., Trampush J., Brown M., Maglione M. та ін. Tools for the diagnosis of ADHD in children and adolescents: A systematic review. *Pediatrics*. 2024. T. 153, № 4. Art. e2024065854. DOI: 10.1542/peds.2024-065854.
 107. Pievsky M. A., McGrath R. E. The neurocognitive profile of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of meta-analyses. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2018. T. 33, № 2. C. 143-157. DOI: 10.1093/arclin/acx055.
 108. Platania S., Santoro M., Gulisano M. Gender differences in adult ADHD diagnostic interviews: Clinical accuracy of DIVA-5. *International Journal of Clinical Psychiatry*. 2025. T. 7, № 1. C. 24-36. DOI: 10.1016/j.ijcp.2025.01.003.
 109. Poddar A. Unraveling attention-deficit/hyperactivity disorder etiology: A review of

- genetic, environmental, and neurobiological factors. *NeuroSci*. 2025. T. 6, № 2. Art. 41. DOI: 10.3390/neurosci6020041.
110. 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*. 2014. T. 43, № 2. C. 434-442. DOI: 10.1093/ije/dyt261.
 111. Quinn P. O., Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2014. T. 16, № 3. PCC.13r01596. DOI: 10.4088/PCC.13r01596.
 112. Ramtekkar U. P., Reiersen A. M., Todorov A. A., Todd R. D. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. T. 49, № 3. C. 217-228.e3. DOI: 10.1016/j.jaac.2009.11.011.
 113. Rosch K. S., Crocetti D., Hirabayashi K., Denckla M. B., Mostofsky S. H., Suskauer S. J. ADHD related sex differences in fronto-subcortical intrinsic functional connectivity and associations with delay discounting. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2018. T. 10. Art. 34. DOI: 10.1186/s11689-018-9254-9.
 114. Royal College of Psychiatrists. ADHD in adults: Good practice guidelines. 2017. URL: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/divisions/scotland/adhd_in_adultsfinal_guidelines_june2017.pdf (дата звернення: 18.12.2025).
 115. Rucklidge J. J. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010. T. 33, № 2. C. 357-373. DOI: 10.1016/j.psc.2010.01.006.
 116. Salari N., Ghasemi H., Abdoli N., Rahmani A., Shiri M. H., Hashemian A. H., Mohammadi M. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*. 2023. T. 49. Art. 48. DOI: 10.1186/s13052-023-01456-1.
 117. Santosh P. J., Santosh P., Sonuga-Barke E. J. S., Buitelaar J., Banaschewski T., Thapar A. та ін. Remote assessment of ADHD in children and adolescents: Recommendations from the European ADHD Guidelines Group following the clinical experience during the COVID-19 pandemic. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2023. T. 32, № 6. C. 921-935. DOI: 10.1007/s00787-023-02012-4.
 118. Shen H., Zhou R. Advances in understanding the neurobiological underpinnings of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Pediatrics*. 2024. T. 12. Art. 1415794. DOI: 10.3389/fped.2024.1415794.
 119. Shen S., Zhou R. Advances in the etiology and neuroimaging of children with ADHD. *Frontiers in Pediatrics*. 2024. T. 12. Art. 1400468. DOI: 10.3389/fped.2024.1400468.
 120. Skogli E. W., Teicher M. H., Andersen P. N., Hovik K. T., Øie M. ADHD in girls and boys - Gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC*

- Psychiatry. 2013. T. 13. Art. 298. DOI: 10.1186/1471-244X-13-298.
121. Slobodin O., Crunelle C. L. Mini review: Socio-cultural influences on the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder. *Frontiers in Public Health*. 2019. T. 7. Art. 173. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00173.
 122. Slobodin O., Davidovitch M. Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD among Clinic-Referred Children. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2019. T. 13. Art. 441. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00441.
 123. Soler-Gutiérrez A. M., Pérez-González J. C., Mayas J. Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLOS ONE*. 2023. T. 18, № 1. Art. e0280131. DOI: 10.1371/journal.pone.0280131.
 124. Song P., Zha M., Yang Q., Zhang Y., Li X., Rudan I., Chan K. Y. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*. 2021. T. 11. Art. 04009. DOI: 10.7189/jogh.11.04009.
 125. Sparle Christensen K., Storebø O. J., Bach B. Assessing the construct validity of the Adult ADHD Self-Report Scale for DSM-5 and prevalence of ADHD in a Danish population sample. *Journal of Attention Disorders*. 2025. Advance online publication. DOI: 10.1177/10870547241312575.
 126. Spera V., Pallucchini A., Maiello M., Di Salvo G., Maremmanni A. G. I. Substance use disorder in adult-attention deficit hyperactive disorder patients: Patterns of use and related clinical features. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. T. 17, № 10. Art. 3509. DOI: 10.3390/ijerph17103509.
 127. Stibbe G., de Vries F., Rommelse N. N., Buitelaar J. K. Measurement invariance of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) across gender and age. *Journal of Attention Disorders*. 2020. T. 24, № 14. C. 2043-2053. DOI: 10.1177/1087054718816173.
 128. Swanson J. M., Schuck S., Porter M. M., Carlson C., Hartman C. A., Sergeant J. A. et al. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: The SNAP and the SWAN rating scales. *Journal of Attention Disorders*. 2012. T. 16, № 7. C. 634-642. DOI: 10.1177/1087054711415076.
 129. Swanepoel A. P., Reiss M. J., Launer J., Music G., Wren B. Evolutionary perspectives on neurodevelopmental disorders. In: Abed R., St John-Smith P., eds. *Evolutionary psychiatry: Current perspectives on evolution and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2022. C. 228-243. DOI: 10.1017/9781009030564.017.
 130. Taylor M. J., Lichtenstein P., Larsson H., Anckarsäter H. Is there a female protective effect against attention-deficit/hyperactivity disorder? Evidence from two representative twin samples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016. T. 55, № 6. C. 504-512.e2. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.04.004.
 131. Thapar A., Livingston L. A., Eyre O., Riglin L. Practitioner Review: Attention-deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder - the importance of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022. T. 63, № 2. C. 115-129. DOI: 10.1111/jcpp.13678.

132. Tung I., Li J. J., Meza J. I., Jezior K. L., Kianmahd J. S. V., Hentschel P. G., O'Neil P. M., Lee S. S. Patterns of comorbidity among girls with ADHD: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2016. T. 138, № 4. e20160430. DOI: 10.1542/peds.2016-0430.
133. Uher R., Perlis R. H., Hen R., Placentino A., Huh S. Gender differences in the psychometric properties of adult ADHD scales: Evidence for measurement non-invariance. *Psychological Assessment*. 2018. T. 30, № 2. C. 215-226. DOI: 10.1037/pas0000464.
134. Vajsz T., Kiss E., Balazs J. The SWAN scale as a gender-sensitive dimensional measure of ADHD symptoms: Evidence from clinical and community samples. *European Journal of Psychological Assessment*. 2024. T. 40, № 2. C. 134-146. DOI: 10.1027/1015-5759/a000772.
135. 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. *American Journal of Psychiatry*. 1993. T. 150, № 6. C. 885-890. DOI: 10.1176/ajp.150.6.885.
136. Weber S. R. Commentary on sources of attention-deficit/hyperactivity overdiagnosis among U.S. adults. *Healthcare*. 2025. T. 13, № 18. Art. 2367. DOI: 10.3390/healthcare13182367.
137. Wolraich M. L., Lambert W., Doffing M. A., Bickman L., Simmons T., Worley K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003. T. 28, № 8. C. 559-567. DOI: 10.1093/jpepsy/jsg046.
138. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). 2019. URL: <https://icd.who.int/> (дата звернення: 18.12.2025).
139. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization, 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263> (дата звернення: 18.12.2025).
140. Yakerson A. Women in clinical trials: A review of policy development and health equity in the Canadian context. *International Journal for Equity in Health*. 2019. T. 18. Art. 56. DOI: 10.1186/s12939-019-0954-x.
141. Young S., Absoud M., Al-Attar Z., Ani C., Colley W., Cortese S. та ін. The ADHD Assessment Quality Assurance Standard for Children and Teenagers (CAAQAS). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2024. T. 20. C. 2997-3014. DOI: 10.2147/NDT.S472923.
142. Young S., Adamo N., Ásgeirsdóttir B. B., Branney P., Beckett M., Colley W. та ін. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*. 2020. T. 20. Art. 404. DOI: 10.1186/s12888-020-02707-9.
143. Young S., Moss D., Sedgwick O., Fridman M., Hodgkins P. A meta-analysis of the

prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations.

Psychological Medicine. 2015. T. 45, № 2. C. 247-258. DOI: 10.1017/S0033291714000762.

144. Young S., та ін. A systematic review and meta-analysis comparing the severity of core symptoms and associated impairment between females and males with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychological Medicine. 2024. C. 1-22. DOI: 10.1017/S0033291724001600.
145. Young S., Thome J., Faraone S. V. Quality standards in ADHD assessment: Integrating gender and contextual factors. World Journal of Psychiatry. 2024. T. 14, № 4. C. 237-251. DOI: 10.5498/wjp.v14.i4.237.
146. Zamani A., Shafiee-Kandjani A., Kooij J. J. S. Validity and reliability of the Persian version of the DIVA-5 diagnostic interview for adult ADHD. BMC Psychiatry. 2021. T. 21, № 1. Art. 56. DOI: 10.1186/s12888-021-03081-y.

ДОДАТКИ

Додаток А

Інформаційний лист для учасника та форма інформованої згоди

Розділ 1 з 7

Дослідження гендерних особливостей проявів і діагностики РДУГ

Привіт! 🤖

Це анкета є частиною магістерського дослідження з психології, яке проводиться у Карпатському національному університеті імені Василя Стефаника.

Анкета призначена для **дорослих осіб (18+)** з діагностованим РДУГ або підозрою на нього, а також для батьків/опікунів та педагогів таких **дітей та підлітків віком 5-17 років, що навчаються у школі**.

Мета дослідження: вивчити гендерні особливості проявів та психологічної діагностики розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ).

Опитування є повністю анонімним - жодні персональні дані не фіксуються.

Усі відповіді будуть використані виключно для наукових цілей.

Заповнення анкети триває приблизно **5-10 хвилин**.

Якщо Ви погоджуєтесь взяти участь, оберіть відповідь нижче: *

☐ Так, я ознайомився/ознайомилась з умовами та добровільно беру участь у дослідженні.

Після розділу 1 Перейти до наступного розділу

Додаток Б
Схема структури анкети Google Forms

Перейти до наступного розділу

Перейти до розділу 1 (Дослідження гендер...діагностики РДУГ)

Перейти до розділу 2 (Соціально-демографічна інформація)

Перейти до розділу 3 (Шкала Вендер Юта (... РДУГ у дорослих)

Перейти до розділу 4 (ASRS v1.1 (DSM-5...РДУГ у дорослих)

Перейти до розділу 5 (Опитувальник симпт...CHQ Vanderbilt))

Перейти до розділу 6 (Рейтингова шкала с...поведінки (SWAN))

Перейти до розділу 7 (Щиро дякую за участь!)

Надіслати форму

Додаток В

WURS - бланк методики

Шкала Вендер Юта (WURS) для самооцінки СДУГ (РДУГ) у дорослих

Головна

(див. також:

Батьківська рейтингова шкала Коннерса (CPRS-R:S) для оцінки СДУГ)

Шкала самооцінки синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих Вендер Юта (Wender-Utah Adult ADHD Rating Scale, WURS) — це інструмент самооцінки, призначений для ретроспективної оцінки наявності та тяжкості дитячих симптомів СДУГ у дорослих.

У дитинстві я був (або мав):

1. проблеми з концентрацією уваги, легко відволікався

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

2. тривожним, неспокійним

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

3. нервовим, метушливим

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

4. неухажним, мрійливим

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

5. запальним, нестримним

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

6. спалахи гніву, істерики

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

7. проблеми з наполегливістю, невиконанням, нездатністю завершити розпочате

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

8. впертим, вольовим

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

9. сумним, пригніченим, нещасливим

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

10. непокірним, нахабним, не слухався батьків

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

11. невисокої думки про себе

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

12. дратівливим

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

13. примхливим, з перепадами настрою

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

14. злим

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

15. діяв бездумно, імпульсивно

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

16. схильний до незрілої поведінки

- ☐ Зовсім ні або дуже мало
☐ Злегка
☐ Помірно
☐ Доволі сильно
☐ Дуже сильно

Продовження додатка В

- | | |
|---|--|
| <p>17. почуття провини, жалю</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Зовсім ні або дуже мало ☐ Злегка ☐ Помірно ☐ Доволі сильно ☐ Дуже сильно | <p>галом погано, повільно засвоював матеріал
ні або дуже мало</p> |
| <p>18. втрачав над собою контроль</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Зовсім ні або дуже мало ☐ Злегка ☐ Помірно ☐ Доволі сильно ☐ Дуже сильно | <p>о
сильно
ильно</p> <p>і з математикою чи цифрами
ні або дуже мало</p> |
| <p>19. схильність бути або діяти ірраціонально</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Зовсім ні або дуже мало ☐ Злегка ☐ Помірно ☐ Доволі сильно ☐ Дуже сильно | <p>о
сильно
ильно</p> <p>овував свій потенціал
ні або дуже мало</p> |
| <p>20. непопулярний серед інших дітей, не ладнав з іншими дітьми</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Зовсім ні або дуже мало ☐ Злегка ☐ Помірно ☐ Доволі сильно ☐ Дуже сильно | <p>о
сильно
ильно</p> |
| <p>21. проблеми з тим, щоб поставити себе на місце іншого</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Зовсім ні або дуже мало ☐ Злегка ☐ Помірно ☐ Доволі сильно ☐ Дуже сильно | <p>о
сильно
ильно</p> |
| <p>22. проблеми з дисципліною, з навчанням, візити до кабінету директора</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Зовсім ні або дуже мало ☐ Злегка ☐ Помірно ☐ Доволі сильно ☐ Дуже сильно | <p>о
сильно
ильно</p> |

Додаток Д

ASRS - бланк

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 воятузетесь 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 встаєте 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?					

Додаток Е

„NICHQ Vanderbilt”- форма А

Інструкція: Будь-ласка оцініть поведінку дитини за допомогою нижченаведеного опитувальника. При оцінюванні орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців у порівнянні до типової поведінки ровесників.

Симптоми		ніколи	рідко	часто	дуже часто
1.	Не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки в письмових завданнях	0	1	2	3
2.	Має труднощі у виконанні завдань, які потребують тривалого зосередження уваги	0	1	2	3
3.	Часто не слухає, коли до нього говорять	0	1	2	3
4.	Не дотримується вказівок і не виконує до кінця дані доручення та завдання (однак не через навмисну відмову чи нерозуміння завдання)	0	1	2	3
5.	Має проблеми з організацією діяльності та завдань	0	1	2	3
6.	Уникає, не любить чи неохоче погоджується виконувати завдання, що вимагають тривалого зосередження уваги	0	1	2	3
7.	Губить речі, необхідні для виконання завдань, або іншої діяльності (іграшки, олівці, книжки і т.д.)	0	1	2	3
8.	Легко відволікається на сторонні подразники	0	1	2	3
9.	Забудькуватий у щоденній діяльності	0	1	2	3
10.	Метушливо рухає руками чи ногами, вовтузиться на місці	0	1	2	3
11.	Встає зі стільця під час уроку або в іншому місці, де вимагається сидіти	0	1	2	3
12.	Бігає довкола, усюди лазить в ситуаціях, коли вимагається залишатися на одному місці	0	1	2	3
13.	Не вміє тихо, спокійно бавитися	0	1	2	3
14.	Діє немов „заведений” - як іграшка з ввімкненим внутрішнім „моторчиком”	0	1	2	3
15.	Багато говорить	0	1	2	3
16.	Відповідає, не дослухавши до кінця запитання	0	1	2	3
17.	Не може дочекатися своєї черги	0	1	2	3
18.	Перебиває чи втручається в розмову/заняття інших осіб	0	1	2	3
19.	Вступає в суперечки з дорослими	0	1	2	3
20.	Втрачає самовладання, „вибухає”	0	1	2	3
21.	Не слухається та відмовляється виконувати завдання та правила встановлені дорослими	0	1	2	3
22.	Навмисне діє наперекір іншим	0	1	2	3
23.	Звинувачує інших у своїх помилках і проблемній поведінці	0	1	2	3
24.	Вразливий, дратівливий, легко „виходить з себе”	0	1	2	3
25.	Злий та образливий	0	1	2	3
26.	Не забуває образ і прагне „віддати”	0	1	2	3
27.	Залякує, погрожує та шантажує інших	0	1	2	3
28.	„Грублянить” дорослим, вживає матюки	0	1	2	3
29.	Говорить неправду, щоб уникнути покарання чи певного завдання	0	1	2	3
30.	Пропускає уроки без дозволу	0	1	2	3

Продовження додатка Е

	Симптоми	ніколи	рідко	часто	дуже часто
31.	Агресивний, б'ється, фізично кривдить інших	0	1	2	3
32.	Навмисне пошкоджував майно/речі інших	0	1	2	3
33.	Здійснював серйозні поведінкові проступки (крадіжки, напади, втечі з дому та ін.)	0	1	2	3

Якщо так, то прохання уточнити, які саме:

34.	Наляканий, стривожений чи схвилюваний	0	1	2	3
35.	Боїться пробувати робити щось нове через страх зробити помилку	0	1	2	3
36.	Недооцінює себе (почувається меншовартісним чи гіршим за інших)	0	1	2	3
37.	Звинувачує себе, почувається винним	0	1	2	3
38.	Почувається самотнім, небажаним; скаржиться "ніхто не любить мене"	0	1	2	3
39.	Сумний, нещасливий чи пригнічений	0	1	2	3
40.	Невпевнений чи надто сором'язливий	0	1	2	3

	Успішність	Дуже добре	Добре	Посередньо	Часом з труднощами	Значні труднощі
41.	Загальна оцінка успішності в школі	1	2	3	4	5
42.	Читання	1	2	3	4	5
43.	Письмо	1	2	3	4	5
44.	Математика	1	2	3	4	5
45.	Стосунки з батьками	1	2	3	4	5
46.	Взаємовідносини з братами/сестрами	1	2	3	4	5
47.	Стосунки з однолітками	1	2	3	4	5
48.	Участь в спільних/командних іграх та інших групових активностях	1	2	3	4	5
49.	Самоорганізованість	1	2	3	4	5
50.	Виконання вказівок/ дотримання правил	1	2	3	4	5

Додаток Ж

DIVA-5 - бланк та правила підрахунку

Критерій DSM-5	Симптом	Присутній у дорослому віці	Присутній в дитинстві
A1a	A1. Часто не може зосередити увагу на деталях або робить помилки через неувважність у шкільних завданнях, на роботі або під час інших занять		
A1б	A2. Часто має труднощі з утримуванням уваги під час виконання завдань чи ігрових дій		
A1в	A3. Часто не слухає під час прямого звертання		
A1г	A4. Часто не дотримується інструкцій і не може закінчити шкільну роботу, справи або обов'язки на робочому місці		
A1г	A5. Часто має труднощі з організацією завдань та різних занять		
A1д	A6. Часто уникає, не любить або неохоче береться за завдання, які потребують тривалих розумових зусиль		
A1е	A7. Часто губить речі, необхідні для виконання завдань чи діяльності		
A1є	A8. Часто легко відволікається на сторонні подразники		
A1ж	A9. Часто забуває про щоденну діяльність		
Загальна кількість критеріїв: Дефіцит уваги		/ 9	/ 9
A2a	H/I1. Часто дригає і постукує руками чи ногами або крутиться на кріслі		
A2б	H/I2. Часто встає з місця тоді, коли варто залишитися на ньому		
A2в	H/I3. Часто бігає або вибирається вгору в ситуаціях, коли це недоречно		
A2г	H/I4. Часто не в змозі спокійно гратися або брати участь у різних видах дозвілля		
A2г	H/I5. Часто в русі, поводить поводитися, ніби «дзиґа»		
A2д	H/I6. Часто говорить надміру		
A2е	H/I7. Часто «випалює» відповідь ще до закінчення запитання		
A2є	H/I8. Часто має труднощі з очікуванням своєї черги		
A2ж	H/I9. Часто перебиває або втручається		
Загальна кількість критеріїв: Гіперактивність/Імпульсивність		/ 9	/ 9

Продовження додатка Ж

Критерій А DSM-5	Дитинство Чи присутні кілька (3 або більше) симптомів А та/або Н/І? Дорослий вік Чи кількість критеріїв А ≥ 5 ? Чи кількість критеріїв Н/І ≥ 5 ?	☐ так / ☐ ні ☐ так / ☐ ні ☐ так / ☐ ні
Критерій Б DSM-5	Чи є ознаки прояву симптомів протягом усього життя, що почалися до 12-річного віку?	☐ так / ☐ ні
DSM-5 критерій В і Г	Симптоми та обмеження функціонування присутні щонайменше у двох сферах життя Дорослий вік Дитинство	☐ так / ☐ ні ☐ так / ☐ ні
Критерій DSM-5 Г	Симптоми не можна краще пояснити іншим психічним розладом	☐ ні ☐ Так, а саме
	Чи підтверджується діагноз гетерозамнезом? Батьки /брат/сестра/інші, а саме * Партнер/хороший друг/інші, а саме * Шкільні звіти 0 = ні/мало вказівок 1 = частково підтверджується 2 = чітко підтверджується	☐ н/з ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ н/з ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ н/з ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 Пояснення:
	Діагноз РДУГ**	☐ Ні Так ☐ 314.01 (F90.2) Комбінована клінічна картина ☐ 314.00 (F90.0) Клінічна картина з переважанням неуважності ☐ 314.01 (F90.1) Клінічна картина з переважанням гіперактивності/імпульсивності ☐ 314.01 (F90.8) Інший уточнений розлад дефіциту уваги/гіперактивності ☐ 314.01 (F90.9) Неуточнений розлад дефіциту уваги/гіперактивності ☐ В частковій ремісії
	Ступінь вираження	☐ легкий ☐ помірний ☐ важкий

* Вкажіть, з ким саме був зібраний гетерозамнез

** Якщо встановлені клінічні картини відрізняються в дитячому та дорослому віці, для встановлення діагнозу перевага надається поточній клінічній картині у дорослому віці.

Додаток 3

SWAN - бланк рейтингової шкали

	Надто складно	Складно	Не сильно складно	Нормально	Трохи легше	Легко	Надто легко
1. Приділяти пильну увагу деталям і уникати необережних помилок							
2. Утримувати увагу на завданні або ігрових діях							
3. Слухати, коли звертаються безпосередньо до дитини							
4. Дотримуватись інструкцій під час виконання шкільної роботи/завдання та доводити їх до кінця							
5. Організовувати завдання та заходи							
6. Залучатись у виконання завдань, які потребують стійких розумових зусиль							
7. Слідкувати за необхідними для діяльності речами							
8. Ігнорувати сторонні подразники							
9. Пам'ятати те, що зробив за день							
10. Сидіти без зайвих рухів (керувати рухами рук/ніг або їх силою)							
11. Залишатися сидіти, коли цього вимагають правила класу/соціальні умови							
12. Керувати руховою активністю (гальмувати неналежний біг)							
13. Грати спокійно (тримати припустимий рівень шуму)							
14. Заспокоїтись та відпочити (контролювати постійну активність)							
15. Керувати мовною активністю (контролювати надмірну балакучість)							
16. Обдумувати питання (не викрикувати відповіді)							
17. Стояти в черзі/чекати чергу							
18. Вступати в розмову та в гру без втручання (не переривати/не втручатись)							