

[https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-33\(62\)-166-190](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-33(62)-166-190)

УДК 159.952

Смутчак Софія Богданівна,
магістрантка групи 1 МПСКП
факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету ім. М. Драгоманова.
Київ, Україна.

 <https://orcid.org/0009-0007-4087-9338>
smutchaksophie@gmail.com

РОЗЛАД ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ: ВІКОВІ Й ҐЕНДЕРНІ АСПЕКТИ

Анотація. Статтю присвячено комплексному аналізу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) крізь призму його історичного становлення, клінічних проявів, а також вікових і ґендерних особливостей перебігу. Простежено еволюцію наукових уявлень про цей розлад від перших описів нетипової поведінки дітей у працях XVIII–XIX ст. до сучасних класифікацій DSM-5 та МКХ-11. Наголошено, що РДУГ належить до найпоширеніших нейророзвиткових розладів, які впливають на когнітивне функціонування, емоційну сферу, соціальну адаптацію та якість життя індивіда. Розкрито нейробіологічні, генетичні, психосоціальні й середовищні чинники розвитку РДУГ, що підтверджує його багатофакторну природу. Представлено огляд наукових досліджень, які доводять зв'язок між структурними і функціональними особливостями мозку та симптоматикою розладу, а також підкреслюють роль спадковості та несприятливих перинатальних умов. Окрему увагу приділено віковій динаміці проявів: у дошкільному віці переважає гіперактивність і імпульсивність, у молодшому шкільному – неухважність, у підлітковому – емоційна лабільність і схильність до ризикованої поведінки, а у дорослому віці – дезорганізація, труднощі з плануванням, міжособистісними відносинами й професійною діяльністю. Висвітлено, що симптоми РДУГ не зникають повністю з віком, а трансформуються, зберігаючи вплив на якість життя. Проаналізовано ґендерні відмінності, а саме: у хлопців частіше діагностують гіперактивно-імпульсивний та комбінований типи розладу, тоді як у дівчат – переважно неухважний, який часто залишається непоміченим і призводить до пізньої діагностики. Це зумовлює різницю у клінічній картині, соціальних

наслідках та потребі у специфічних стратегіях підтримки. Увага акцентована на тому, що стигматизація та недостатня обізнаність суспільства ускладнюють процес своєчасного виявлення та корекції РДУГ. Підкреслена необхідність міждисциплінарного підходу, який поєднує медичні, психологічні та педагогічні стратегії, що дозволяють забезпечити комплексну допомогу особам із цим розладом. Перспективним визначається раннє виявлення симптомів у дітей, ґендерно-орієнтований підхід у діагностиці, а також подальше вивчення проявів РДУГ у дорослому та похилому віці.

Ключові слова: розлад дефіциту уваги з гіперактивністю; діагностика; симптоми; вікові особливості; ґендерні аспекти.

ВСТУП / INTRODUCTION

Постановка проблеми / Statement of the problem. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є одним із найбільш поширених нейророзвиткових розладів дитячого віку, що суттєво впливає на функціонування індивіда у різних сферах життя, а саме: когнітивній, поведінковій, емоційній та соціальній. Протягом останніх десятиліть інтерес до вивчення цього розладу значно зріс, що пов'язано з високим рівнем розповсюдженості РДУГ та його впливом не лише на якість життя самих дітей, а й на їхнє найближче оточення – батьків, педагогів, однолітків. Попри відносно нещодавнє офіційне визнання цього стану в міжнародних класифікаціях, окремі прояви РДУГ спостерігалися ще задовго до появи сучасних діагностичних критеріїв. Історичний аналіз становлення уявлень про РДУГ дозволяє глибше зрозуміти, як змінювався науковий підхід до інтерпретації симптомів порушення уваги, гіперактивності та імпульсивності. Водночас еволюція його класифікації у медичній практиці, зокрема у системах DSM та МКХ, відображає зміну акцентів у розумінні природи та структури цього розладу. Саме тому важливим є детальне розглядання етапів вивчення та офіційного оформлення РДУГ як самостійної нозологічної одиниці.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибшого розуміння механізмів розвитку, симптоматики та вікових особливостей прояву РДУГ, що є запорукою своєчасної діагностики та ефективної психолого-педагогічної підтримки. Особливої уваги заслуговують питання ґендерної специфіки перебігу цього розладу, оскільки симптоматика у дівчат і хлопців може суттєво різнитися, що часто ускладнює постановку діагнозу.

Аналіз (основних) останніх досліджень і публікацій / Analysis of (major) recent research and publications. Розлади дефіциту уваги з гіперактивністю досліджуються на перетині кількох наукових дисциплін – психології, психіатрії, нейробіології, педагогіки та соціології, що дає змогу глибше зрозуміти механізми виникнення таких розладів, їхній вплив на розвиток особистості, навчальні досягнення, соціальну адаптацію, а також ефективність терапевтичних і профілактичних стратегій.

Якщо раніше РДУГ розглядали переважно як дитячий розлад, то сьогодні вони активно вивчаються упродовж усього життєвого циклу – від дитинства до зрілого й навіть похилого віку. Значна увага приділяється також ґендерним аспектам, оскільки прояви РДУГ у хлопців і дівчат, чоловіків і жінок мають певні відмінності, що позначається на своєчасності діагностики та виборі лікувальної тактики. Вагомий внесок у сучасне розуміння РДУГ зробили Р. Барклі [6], С. Фараоне [19], [22], А. Тапар та М. Купер [28], а також численні дослідження нейробіологічних основ розладу [13], [14], [15], [16].

Останні десятиліття характеризуються зростанням уваги до вікових аспектів РДУГ, і якщо раніше цей розлад вважався винятково дитячим, то нині доведено його збереження й у дорослому віці [29], [30]. Дослідники наголошують на тому, що прояви РДУГ змінюються з віком: у дітей більш виражена гіперактивність, тоді як у дорослих – неуважність і труднощі з організацією діяльності.

Важливим напрямом сучасних досліджень є ґендерні особливості перебігу РДУГ. Так, виявлено, що у хлопців частіше діагностують гіперактивні форми розладу, тоді як у дівчат – приховані прояви, пов'язані з неуважністю (Ramtekkar [31]; Quinn & Madhoo [32]). Українські дослідниці О. Осітківська та О. Байєр [20] підкреслюють, що статеві відмінності впливають не лише на клінічні прояви, а й на соціальні наслідки РДУГ. Водночас дослідження вітчизняних авторів О. Ковтун [23]; Ю. Мельник [25] акцентують на ролі сімейних і біопсихосоціальних чинників у формуванні цього розладу.

Разом із тим, подальшого дослідження потребують питання вікової динаміки симптомів РДУГ, особливо у дорослих і людей похилого віку, а також проблеми пізньої діагностики у жінок, які часто стикаються з труднощами внаслідок «невидимих» проявів розладу та гормональних коливань. Зокрема, перспективним напрямом є аналіз соціокультурних факторів, які впливають на формування уявлень про РДУГ у суспільстві та на своєчасність отримання допомоги.

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ / AIM AND TASKS

Мета статті полягає у аналізі теоретичних підходів до розуміння РДУГ, класифікація його проявів та систематизація вікових і статевих особливостей клінічної картини розладу.

Відповідно до зазначеної мети у статті поставлено такі **завдання**: проаналізувати історію формування наукових уявлень про РДУГ; охарактеризувати основні симптоми та діагностичні критерії; виявити вікові та гендерні особливості перебігу РДУГ.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ / THEORETICAL FRAMEWORK

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю – це нейропсихологічний стан, який проявляється у труднощах з концентрацією уваги, підвищеною імпульсивністю та/або надмірною руховою активністю. Він виходить за межі звичайної дитячої непосидючості чи неуважності, оскільки суттєво ускладнює навчання, соціальні контакти та повсякденну діяльність. У науковій літературі РДУГ розглядається як багатофакторний розлад, що має біологічні, психологічні та соціальні передумови.

Донедавна РДУГ вважався виключно дитячою проблемою, однак сучасні дослідження показують, що його симптоми зберігаються і в дорослому віці. При цьому спостерігається вікова динаміка: у дитячому віці більш виражена гіперактивність, у підлітків – неуважність та проблеми з навчанням, у дорослих – труднощі з організацією діяльності, плануванням та контролем поведінки. Окрему увагу дослідники приділяють гендерним особливостям перебігу РДУГ. У хлопчиків розлад зазвичай проявляється у формі гіперактивності й імпульсивності, що робить його помітним для оточення. У дівчат же переважають симптоми неуважності, які часто залишаються непоміченими, тому діагностика відбувається пізніше. Це призводить до того, що жінки з РДУГ нерідко залишаються без належної підтримки, а їхні труднощі зосереджуються у сфері навчання, міжособистісних стосунків і самооцінки.

Важливо підкреслити, що РДУГ – це не лише медичний чи психіатричний діагноз, а й соціально-психологічне явище. Його прояви значною мірою залежать від соціального середовища, очікувань суспільства та рівня підтримки, яку отримує людина. У сучасному суспільстві дитина з гіперактивністю чи дорослий з труднощами уваги стикається не лише з особистими проблемами, але й зі стигмою, непорозумінням з боку оточення та труднощами у професійній реалізації.

Таким чином, РДУГ є складним і багатогранним феноменом, що потребує комплексного вивчення. Його дослідження дозволяє краще

зрозуміти механізми регуляції уваги та поведінки, а також створювати більш ефективні стратегії допомоги для різних вікових і ґендерних груп.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH METHODS

Для вирішення поставлених завдань, та реалізації мети дослідження було використано комплекс методів дослідження, зокрема: *аналізу та синтезу* – для вивчення та систематизації наукових праць вітчизняних і зарубіжних авторів щодо проблеми РДУГ; *порівняння* – для виокремлення відмінностей у проявах розладу в різних вікових та ґендерних групах; *класифікації* – для виокремлення основних підходів до розуміння РДУГ; *системного підходу* – для розгляду РДУГ як багатофакторного феномену, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники. Для формулювання узагальнених висновків за результатами досліджень використано *метод узагальнення*.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH RESULTS

Вивчення розладу дефіциту уваги та гіперактивності має довгу історію, яка починається з перших описів нетипової поведінки у дітей та поступово трансформувалася в сучасні наукові дослідження.

Наприкінці XIX століття його називали «непосидючий Філ», а лікар L. Scherpf – у 1881 році – «імпульсивне божевілля». У 1885 невролог G. Tourett описав занепокоєну, збуджену поведінку, і назвав своїм ім'ям – синдром Туретта [2].

Перші описи симптомів, схожих на РДУГ, зустрічаються у філософсько-медичних працях Олександра Крейтона. У книзі «*An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement*» він описує розлади уваги як нездатність людини фокусуватися на одному об'єкті думки, що заважає процесу мислення [3].

Варто відмітити і дослідження Дж. Стілла, який у серії лекцій для Королівського коледжу лікарів описав 43 дітей із «аномальними моральними недоліками», які не мали розумової відсталості, але проявляли імпульсивність, неуважність та поганий контроль поведінки. Тобто, він припускав, що це має біологічне походження [4].

У 1930–1950-ті роки характерним виявилось медикаментозне лікування та концепція «мінімальної мозкової дисфункції». Зокрема, американський психіатр Ч. Бредлі, вперше застосував амфетаміни (бензедрин) дітям із поведінковими розладами і виявив значне покращення поведінки та навчальної успішності [5].

У післявоєнний період дітей з гіперактивною поведінкою почали вважати такими, що мають невидиму, але наявну мозкову дисфункцію. Цей термін широко використовувався у 1950–1960-х рр., проте згодом був відкинутий як надто неконкретний та стигматизуючий [6].

У 1968 році уперше введено термін «Hyperkinetic Reaction of Childhood», з акцентом на гіперактивність, як головну характеристику розладу. Неуважність ще не розглядалася як окрема ознака [7].

У 1980 р. введено термін *ADD (Attention Deficit Disorder)* – синдром дефіциту уваги і уперше визнано дві форми: з гіперактивністю та без неї [8].

У 1987 відбулося об'єднання типів у єдиний діагноз: *ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder)* – розлад дефіциту уваги та гіперактивність, а термін «ADD» визнано застарілим [9].

Згідно CDC, від 5 до 10 % дітей шкільного віку мають цей діагноз. Серед дорослих розлад дефіциту уваги та гіперактивність (РДУГ) мають до 4 % населення [10].

Симптоми розладу дефіциту уваги та гіперактивності з віком можуть слабшати, проте багато дорослих, яким було діагностовано цей розлад, продовжують відчувати на собі його прояви. Окрім того, люди з РДУГ можуть мати супутні проблеми – складнощі зі сном, тривожні розлади, поведінкові проблеми та складнощі зі спілкуванням, проблеми з навчанням [11].

Відповідно до *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* РДУГ поділяється на 3 типи (табл. 1):

1. Тип розладу, що проявляється переважно у проблемах з увагою;
2. Другий тип – проявляється переважно у проблемах з гіперактивністю та імпульсивністю;
3. Комбінований тип розладу поєднує у собі неуважність та гіперактивність [12].

Таблиця 1

Класифікація РДУГ (за DSM-5)

складено за джерелом [12]

№ з/п	Тип РДУГ	Основні риси
1	Переважно неуважний (ADHD-I)	Проблеми з концентрацією, забудькуватість, низька організованість
2	Переважно гіперактивно-імпульсивний (ADHD-HI)	Постійна рухливість, імпульсивні вчинки, нетерплячість
3	Комбінований тип (ADHD-C)	Ознаки як неуважності, так і гіперактивності

Ознаки РДУГ у дорослих та дітей можуть розрізнятися. Позаяк РДУГ – це розлад порушення розвитку, він вперше проявляється в дитинстві. Діагноз РДУГ, однак, не завжди ставлять у ранньому віці через нестачу знань у батьків та вчителів, – слабкі прояви симптомів або ж стать – симптоми РДУГ у дівчат може бути складніше виявити.

Прояви гіперактивності – непосидючість, нетерплячість, значно зменшуються до підліткового віку, проте деякі прояви гіперактивності можуть зберігатися і дорослому віці. І проявлятися вони можуть у тому наскільки важко буває витерпіти довгу чергу чи довгу дорогу в поїзді, або при довгому сидінні наприклад махати ногою, чи постукувати пальцями за дла хоч якоїсь активності. Варто відмітити, що це просто невелика кількість показових зовнішніх проявів окремих аспектів РДУГу. Насправді зовнішні прояви РДУГу індивідуальні у кожної людини. Тому про діагноз РДУГ, про трансформацію РДУГу з віком краще всього говорити з компетентним спеціалістом з психічного здоров'я.

Історія вивчення РДУГ – це поступовий перехід від описових спостережень до складної медико-психологічної моделі розладу. Сучасні класифікації (DSM-5, МКХ-11) визнають різні типи проявів, а наукова спільнота визнає як нейробіологічні, так і психосоціальні аспекти розладу.

У контексті зазначеного, відмітимо, що РДУГ – стигматизований стан, адже діти й дорослі можуть чути, що їхня неухажність та забудькуватість – наслідки ліні, а постійне перебивання й неможливість сконцентруватись на розмові – свідчення нечемності. Однак науковці вважають інакше – людина з РДУГ не винна у своїй поведінці та проявах. Вчені допускають, що у людей з РДУГ відрізняється сама структура мозку, його хімія та функції, зокрема:

- відмінність у функціях мозку стосується роботи ділянок, які формують так звану мережу пасивного режиму роботи мозку (*Default mode network, DMN*). DMN опікується такими психічними процесами як мрії, уявлення про майбутнє, відновлення спогадів та внутрішні рефлексії. Ця система починає працювати, коли мозок не виконує активно жодне завдання, тобто переходить у стан спокою. Коли настає час братися за роботу, система деактивується. Однак, у людей, що мають РДУГ, ця частина мозку, ймовірно, ніколи не заспокоюється. Тому зосередитись і приділити увагу будь-якій задачі стає складно. Цю гіпотезу було підтверджено дослідженням мозку підлітків з РДУГ [13];

- структурні відмінності між мозком людини зі РДУГ та людини, що не має РДУГ, також можуть пояснити симптоми, що пов'язані з контролем імпульсів, увагою та емоційною регуляцією. Дослідження структури мозку підлітків з РДУГ виявило, що деякі зони їхнього мозку зазвичай менші, ніж

у тих, хто не має діагностованого РДУГ. Мозок людини з РДУГ може формуватися повільніше, ніж у інших. Також виявлено, що мигдалеподібне тіло може бути меншого, а гіпокамп – більшого розміру, що впливає на спосіб обробки та регулювання емоцій. Інші ділянки мозку, зокрема лобова частка, також можуть бути менше, ніж у людей без РДУГ, що призводить до неувважності, імпульсивності та проблем під час соціальної взаємодії [14], [15];

- різниця в хімічних процесах у мозку людини з РДУГ може бути пов'язана з дофаміном та норепінефрином. У мозку людей з цим розладом – відмічена дисфункція дофамінових шляхів та низький рівень норепінефрину, що синтезується з дофаміну. Дисбаланс цих гормонів призводить до неувважності та імпульсивності, а також до того, як людина реагує на мотивацію та винагороду [16];

- дослідження також виявили дефіцит нейронних мереж, які пов'язані з увагою та здатністю до виконання завдань у людей, що мають діагноз РДУГ. Це може впливати на організаторські здібності, здатність пріоритизувати, планувати, зосереджуватися, запам'ятовувати інструкції, працювати над досягненням цілей. У людей з РДУГ спостерігається змінена взаємодія між префронтальною корою та іншими ділянками мозку, що погіршує здатність до планування, призводить до відволікання, імпульсивності та забудькуватості. Інші дефіцити в межах лобової та тім'яної часток мозку можуть впливати на увагу, мотивацію, здатність контролювати свої відповіді та передбачати складність завдання. Це також може впливати на схильність до прийняття імпульсивних або менш продуманих рішень [17].

Зауважимо, що у Міжнародному класифікаторі хвороб 10-го перегляду РДУГ включено у V главу «Психічні та поведінкові розлади» (F00-F99), до підрозділу «Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці» (F90-F98), безпосередньо до групи «Гіперкінетичні розлади» (F90) під кодом F90.0 (з англ. – *Disturbance of activity and attention*). Американська психіатрична асоціація у DSM-5 віднесла цей розлад до групи Нейророзвиткових розладів [18].

У процесі дослідження симптоматики та проявів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю важливо звернутися до вивчення чинників, що зумовлюють виникнення цього розладу. Розгляд етіології РДУГ дозволяє глибше зрозуміти його патогенез і сформуванню науково обґрунтовану основу для ефективної діагностики, профілактики та втручання. Сучасна наука визнає багатофакторну природу РДУГ, яка охоплює генетичні, нейробіологічні, психосоціальні та екологічні компоненти.

Розглянемо детальніше причини виникнення РДУГ:

- *Генетичні чинники*

Численні дослідження підтверджують високий рівень спадковості РДУГ. Ймовірність розвитку цього розладу в дитини зростає, якщо у батьків чи найближчих родичів діагностовано РДУГ або спостерігаються схожі симптоми. За даними метааналізу сімейних і близнюкових досліджень, коефіцієнт спадковості РДУГ становить приблизно 70–80 %. Генетичні дослідження вказують на асоціації з варіаціями генів, що беруть участь у метаболізмі дофаміну (наприклад, DRD4, DAT1) [19], [20].

- *Нейробіологічні чинники*

У хворих на РДУГ виявлено структурні та функціональні зміни в головному мозку. Йдеться, зокрема, про зменшення об'єму лобної кори, базальних гангліїв, мозочка. Ці зони відповідають за регуляцію уваги, імпульсивності та моторного контролю. Також доведено гіпоактивність префронтальної кори, яка виконує функцію самоконтролю. Порушення в дофамінергічних і норадренергічних системах мозку відіграють ключову роль у розвитку РДУГ [20], [16], [15], [14], [13].

- *Пренатальні та перинатальні чинники*

На формування РДУГ можуть впливати ускладнення під час вагітності та пологів, зокрема такі як:

- 1) внутрішньоутробна гіпоксія;
- 2) передчасні пологи;
- 3) низька маса тіла при народженні;
- 4) вживання матір'ю алкоголю, тютюну, наркотичних речовин.

Зауважимо, такі фактори здатні негативно впливати на дозрівання центральної нервової системи плода [22].

- *Фактори психосоціального та сімейного характеру*

Хоча психосоціальні фактори не є безпосередньою причиною РДУГ, вони можуть модифікувати клінічну картину або сприяти загостренню симптомів, а саме йдеться про:

- 1) хронічний стрес у родині,
- 2) низький рівень батьківського нагляду,
- 3) насильство або емоційне відчуження,
- 4) соціальну ізоляцію.

Варто відмітити, що такі умови можуть підвищити ризик проявів імпульсивності, дратівливості, агресії у дітей із вразливою нервовою системою [24], [25].

Маючи РДУГ, що проявляється проблемами з увагою, дитина може:

- відчувати складнощі у концентрації;
- уникати тривалої розумової діяльності, до прикладу домашнього завдання;
- відчувати складнощі із виконанням задач – вдома, в школі та навіть під час гри;
- бути неорганізованою та забудькуватою;
- не слухати, коли до неї говорять;
- не приділяти увагу деталям;
- часто губити речі;
- робити помилки з необережності;
- мати проблеми з дотриманням інструкцій.

Діти, які мають цей підтип РДУГ не гіперактивні, проте про них часто говорять, нібито вони «у власному світі», вони можуть здаватись не зацікавленими або легко перемикають увагу. Складнощі з увагою – основна ознака, проте діагноз РДУГ таким дітям можуть поставити не одразу, адже іноді здається – вони просто мрійники, які живуть у своїх думках.

Маючи РДУГ, що проявляється переважно проблемами з гіперактивністю та імпульсивністю, дитина може:

- вигукувати відповіді до того, як співрозмовник сформулює запитання;
- постійно перебивати інших;
- важко чекати на свою чергу;
- забагато говорити;
- метушитись, постукувати, крутитись;
- вставати з місця у невідповідний момент, до прикладу під час уроку, коли вчитель говорить, або посеред обіду;
- бігати або вилазити кудись у невідповідний момент;
- мати складнощі з тим, щоби грати тихо;
- бути завжди в русі.

Діти з цим підтипом РДУГ мають безліч енергії, а їхні активні рухи можуть викликати проблеми. Діагноз РДУГ у цьому випадку можна встановити, якщо дитина до 16 років має шість або більше симптомів за останні пів року, і проявляються ці симптоми у двох або більше сферах, до прикладу вдома і в школі. Цю форму РДУГ зазвичай легше помітити, ніж попередню [11].

РДУГ у дорослих діагностувати складніше, ніж у дітей, особливо якщо людина не мала визначеного діагнозу в дитинстві. Гіперактивність,

імпульсивність та неуважність може впливати на дорослих зовсім не так, як на дітей. Тоді як гіперактивність в дорослому віці може майже зникнути, проблеми з увагою – залишитися або ж навіть посилитися.

Ось деякі з симптомів РДУГ у дорослих:

- людина недбало та неуважно ставиться до деталей;
- починає працювати над новою задачею ще до завершення попередньої;
- має слабкі організаційні навички;
- не може сфокусуватись або визначити пріоритети;
- постійно втрачає речі або кладе на невідповідні місця;
- постійно щось забуває;
- людина неспокійна та нервова;
- мовчання дається людині складно, вона часто говорить, не дочекавшись своєї черги;
- часто перебиває співрозмовників та випалює відповіді на запитання, не даючи озвучити їх до кінця;
- часто змінює настрої, дратується, легко вибухає;
- не може впоратись зі стресом;
- надзвичайно нетерпляча;
- обирає ризиковані види активності, часто нехтуючи безпекою – своєю та інших; до прикладу – має небезпечний стиль керування авто.

РДУГ у дорослих, як і у дітей, може супроводжуватись додатковими проблемами або станами. Найпоширеніший стан – депресія, а також проблеми зі сном, їх мають 70 % дорослих з РДУГ [26].

Також дорослі з РДУГ можуть мати:

а) розлади особистості – це психологічні стани, за яких у людини формуються зміни мислення, емоцій, поведінки та сприйняття себе й інших, що відхиляються від культурних норм і заважають адаптації в соціумі або викликають особистий дискомфорт.

б) біополарний розлад – стан, що впливає на настрої, який коливається від однієї крайнощі (манія) до іншої (депресія).

в) obsесивно-компульсивний розлад – викликає obsесивні (нав'язливі) думки та компульсивні (повторювальні) дії.

РДУГ у дорослих впливає на якість життя, може викликати проблеми у спілкуванні, адже людині важко сконцентруватись на співрозмовнику, вона часто перебиває, іноді складається враження, що людина з РДУГ вас не слухає. Крім того, в роботі люди з РДУГ можуть вдаватись до прокрастинації, їм важко організувати робочий день, або завершити задачі.

Вони можуть потребувати постійної активності, до прикладу, гортати стрічку соцмереж замість сконцентруватись на читанні або перегляді кіно.

Головна відмінність у діагностиці РДУГ дорослих та підлітків старших за 16 років – кількість симптомів, що відчуває на собі людина протягом пів року. Тоді як у дітей має бути щонайменше шість симптомів гіперактивності та/або неухвності, старшим за 16 років достатньо п'яти симптомів для того, щоби встановити діагноз РДУГ [11].

Для наочності та кращого розуміння клінічної картини розладу дефіциту уваги з гіперактивністю доцільним є систематизувати основні діагностичні критерії РДУГ, викладені в DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*).

Таблиця 2

Діагностичні критерії РДУГ за DSM-5
сформовано автором за джерелами [11], [18], [20]

№ з/п	Категорія	Критерії
1	2	3
1	Неухвність	(не менше 6 симптомів для дітей, 5 – для осіб 17+) протягом ≥ 6 міс.: • неухвність до деталей, часті помилки; • труднощі з концентрацією уваги; • «не слухає», коли звертаються; • не завершує завдань, не виконує інструкцій; • проблеми з організацією діяльності; • уникає складних розумових завдань; • часто губить речі, легко відволікається; • забудькуватість у повсякденному житті
2	Гіперактивність / Імпульсивність	(також ≥ 6 симптомів у дітей або ≥ 5 у дорослих): • крутиться, смикається, не сидить спокійно, встає у невідповідних ситуаціях; • бігає/лазить у недоречних умовах (або внутрішній неспокій у дорослих); • не вміє тихо гратися; • постійно «у русі», «немов заведений»; • надмірно говорить, дає відповіді до завершення запитання; • не чекає черги, перебиває, втручається у справи інших
3	Вік початку	Симптоми мають бути наявні до 12-річного віку
4	Поширеність	Прояви спостерігаються у ≥ 2 сферах (школа, дім, робота тощо)

Продовження табл. 2

1	2	3
5	Функціональне порушення	Симптоми суттєво знижують якість функціонування в соціумі або навчанні / роботі
6	Виключення інших розладів	Симптоми не пояснюються краще іншим психічним або неврологічним розладом

Діагностика РДУГ у дорослому віці ускладнюється необхідністю прояву симптомів до 12 років. З цієї причини діагноз значною мірою залежить від попередніх звітів про поведінку.

Деякі супутники РДУГ у дітей, такі як дезорганізація, погане орієнтування у часі та відсутність зосередженості, не змінюються в дорослому віці. А от імпульсивність та гіперактивність у дорослих можуть зникнути.

З дорослішанням розлад не зникає, проте це не означає, що симптоми РДУГ обов'язково погіршуються. Однак виклики та відповідальність дорослого життя можуть зробити симптоми більш явними, якщо з ними не працювати.

Людина з РДУГ може витрачати більше часу на виконання завдань, порівняно з колегами. Симптоми РДУГ також впливатимуть на відносини з близькими – забудькуватість, імпульсивність й нездатність сконцентруватися на діалозі можуть неабияк роздратовувати сім'ю та друзів. Окрім того, доросле життя несе фінансові зобов'язання, а РДУГ може впливати як на здатність планувати бюджет і оплачувати рахунки, так і на схильність до спонтанних покупок та забудькуватість у поверненні боргів або оплати кредиту.

Підвищений стрес погано впливає на якість та тривалість сну. Без достатнього сну людина відчуває труднощі з концентрацією уваги, плануванням і запам'ятовуванням деталей. Отже, стресові періоди в житті можуть посилити симптоми РДУГ.

Слід відмітити, що коли людина старішає, її когнітивні функції починають погіршуватись. Старіння також тісно пов'язане зі змінами в дофамінових шляхах у мозку. Дофамін відіграє важливу роль у концентрації уваги, настрої та пам'яті. У старшому віці кількість дофамінових рецепторів і здатність дофаміну зв'язуватися з цими рецепторами зменшуються.

Як наслідок, у літніх людей може спостерігатися зниження когнітивних функцій, швидкості мислення та робочої пам'яті. Комбінований ефект від РДУГ та погіршення когнітивних функцій може впливати на здатність слідувати інструкціям та пам'ятати. До прикладу, людині може бути важко запам'ятати рецепт та слідувати йому.

Як дорослим діагностувати РДУГ:

По-перше, для діагностики РДУГ існують тести, але якщо проходити їх самотійно, вони можуть не дати об'єктивної оцінки. Тому, щоб визначити, чи дійсно людина має діагноз РДУГ, потрібно звернутись до лікаря-психіатра, який зможе діагностувати симптоми та порекомендувати ліки. Для лікування РДУГ у дорослих найчастіше використовують стимулятори, які допомагають збалансувати рівень нейромедіаторів у мозку.

По-друге, важливим є звернення до психолога та/або психотерапевта. Психотерапія, як спосіб лікування РДУГ у дорослих, часто використовується спільно з медикаментозною підтримкою [11].

Нагадаємо, основна причина РДУГ – порушення дофамінової та норадреналінової систем (*дофамін і норадреналін – нейромедіатори: біологічно активні хімічні речовини, за допомогою яких передається електричний імпульс – ред.*) передачі нервового імпульсу в лобно-базальних відділах головного мозку. Це спричиняє недостатність гальмівних механізмів, низьку волюву здатність контролювати поведінку, неухважність та підвищену рухливість.

Цей розлад може мати генетичну спадковість. Часто схожі проблеми в дитинстві мав один з батьків дитини із РДУГ або хтось з найближчих родичів. РДУГ – нерідко коморбідний (тобто супутній) розлад при розладах аутистичного спектру (РАС) та може ускладнювати їх перебіг.

Розповсюджене твердження, що частіше на РДУГ хворіють хлопчики. Але американський дитячий психіатр Б. Левенталь це спростовує. За його спостереженнями, у хлопчиків РДУГ найчастіше проявляється як надмірна рухова активність і імпульсивність, а у дівчат – як прояви неухважності. Надмірна рухливість та імпульсивність привертає більше уваги, тому і здається, що РДУГ у дівчат трапляється рідше [27].

Клінічна картина розладу дефіциту уваги та гіперактивності варіюється залежно від віку та статі, що має важливе значення для діагностики та втручань.

Розглянемо основні вікові особливості РДУГ:

- *дошкільний вік (3–6 років):*

у цьому віці симптоми зазвичай проявляються у вигляді надмірної рухливості, імпульсивності, труднощів у концентрації під час гри або виконання завдань. Діти часто перебивають дорослих, не можуть чекати своєї черги, легко відволікаються [18];

- *молодший шкільний вік (6–12 років):*

основні симптоми зберігаються, однак стає більш помітною неухважність: дитині важко зосередитися на завданнях, вона часто

припускається помилок через неуважність, забуває речі, не завершує початі справи [30];

- *підлітковий вік (13–18 років):*

гіперактивність може зменшуватись, але імпульсивність і неуважність залишаються. Часто додаються емоційна лабільність, тривожність, схильність до ризикованої поведінки (в тому числі до вживання ПАР) [29];

- *дорослий вік:*

у дорослих РДУГ часто проявляється через хронічну неорганізованість, труднощі з управлінням часом, імпульсивні рішення, а також труднощі у міжособистісних стосунках та професійній діяльності. Симптоматика часто менш виражена, ніж у дітей, що ускладнює діагностику [30].

Для наочності згрупуємо основні вікові особливості РДУГ в (табл. 3).

Таблиця 3

Вікові особливості прояву симптомів РДУГ
сформовано автором за джерелами [18], [29], [30]

Вікова група	Основні прояви РДУГ	Додаткові особливості
Дошкільний вік (3–6 років)	Гіперактивність, імпульсивність, труднощі з концентрацією уваги	Порушення сну, проблеми у соціальній адаптації
Молодший шкільний вік (6–12 років)	Неуважність, імпульсивність, дратівливість	Академічні труднощі, конфлікти з однолітками та вчителями
Підлітковий вік (13–18 років)	Зниження гіперактивності, але збереження неуважності й імпульсивності	Ризикована поведінка, порушення настрою, труднощі у спілкуванні
Дорослі (18+)	Хронічна неорганізованість, труднощі з плануванням і контролем поведінки	Труднощі в кар'єрі, міжособистісних стосунках, підвищений ризик коморбідних розладів

Що стосується гендерних особливостей РДУГ (табл. 4):

а) чоловіки (хлопчики):

РДУГ діагностується частіше серед хлопчиків, переважно у гіперактивно-імпульсивному або комбінованому типі. Вони частіше демонструють зовнішню спрямовану поведінку: порушення дисципліни, агресивність, рухову збудливість [31];

б) жінки (дівчатка):

у дівчат частіше спостерігається неуважний тип РДУГ, що може залишатися непоміченим через відсутність гіперактивної поведінки. Вони

схильні до внутрішньо спрямованих проявів, таких як тривожність, низька самооцінка, депресивні симптоми. Через це діагностика у дівчат відбувається пізніше [32].

Таблиця 4

Гендерні відмінності у проявах РДУГ
сформовано автором за джерелами [28], [31], [32]

Ознака	Хлопці	Дівчата
Тип РДУГ	Частіше гіперактивно-імпульсивний або комбінований	Частіше неуважний тип
Помітність симптомів	Висока – через поведінкові прояви	Низька – прояви часто «внутрішні», менш помітні
Вік виявлення	Частіше в дошкільному або молодшому шкільному віці	Частіше у підлітковому віці або навіть у дорослому віці
Супутні психічні розлади	Поведінкові розлади, опозиційно-виклична поведінка	Тривожні розлади, депресія, низька самооцінка
Ймовірність гіпердіагностики	Вища	Нижча (часто недіагностований або діагностується пізно)

Вважаємо також за доцільне звернути увагу на теорії про статеві особливості РДУГ. Гіпотези, які пояснюють відмінності в поширеності РДУГ серед хлопців і дівчат, загалом діляться на ті, які або підтверджують дійсну відмінність, або її заперечують. Серед тих, що заперечують, можна виділити наступні:

- *упередженість у відборі для діагностики*

Існує переконання, що в дівчат складніше діагностувати РДУГ через особливості статі, а чоловіки частіше звертаються до фахівців. Це і могло спричинити упередженість у діагностиці. Проте дослідження, проведене Е. Віллкуттом, – доводить, що стать дитини не впливає на оцінку її поведінки з боку батьків і вчителів, а тому упередженість відбору не розглядається як можливе;

- *відсутність інваріантності дослідження симптомів*

Відсутність інваріантності вимірювання означала б, що шкали рейтингу РДУГ не є психометрично еквівалентними для жінок та чоловіків через їхню певну відмінність у зовнішній або внутрішній валідності. Ця гіпотеза спирається на те, – що надмірне звернення чоловіків до спеціалістів у минулому призвело до виокремлення діагностичних критеріїв, характерних саме для чоловічої статі. Іншими словами, той самий діагностичний критерій може по-різному інтерпретуватися залежно від

статі. Однак інваріантність вимірювання симптомів – РДУГ для статей була встановлена в кількох суспільних і клінічних зразках, припускаючи, що це не є вагомим поясненням;

- гіпотеза «відсутні симптоми»

Група симптомів що до уповільненого темпу мисленнєвої діяльності (дослівно *sluggish-cognitive – tempo*) – не включена у критерії – DSM-IV, – а є альтернативним, теоретично правдоподібним кандидатом на симптоми РДУГ і частіше виявляється в жіночій статі (з переважно неухважним підтипом), але зберігає незалежність у фактор-аналізі зразка спільноти. Хоча попередні дослідження не виявили різниці у вираженості SCT між хлопцями та дівчатами, жодне з відомих досліджень не вивчало тяжкості цих симптомів серед жінок, які не відповідають критеріям діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю [20].

У підсумку, сучасні дослідження підтверджують, що розлад дефіциту уваги з гіперактивністю є складним психоневрологічним станом, що поєднує в собі нейробіологічні, генетичні та соціальні чинники. Комплексне вивчення його історії, симптомів і механізмів розвитку дає змогу розробляти більш ефективні методи діагностики, підтримки та коригування, спрямовані на підвищення адаптивності, соціальної інтеграції, загального благополуччя та якості життя осіб з РДУГ.

ВИСНОВКИ / CONCLUSIONS

РДУГ є складним нейроповедінковим розладом, який має хронічний перебіг і здатний зберігатися у дорослому віці. Попри те, що розлад визнано офіційно лише в другій половині ХХ століття, історія його вивчення бере початок ще з кінця ХVІІІ століття, що свідчить про сталість і вагомість проблематики. На основі аналізу сучасних класифікаційних систем (DSM-5, МКХ-11) було виділено три основні типи РДУГ – з переважною неухважністю, з гіперактивністю та імпульсивністю, а також комбінований тип. Симптоматика РДУГ має яскраво виражену вікову динаміку: зменшення проявів гіперактивності з віком та збереження неухважності й імпульсивності в дорослому віці. У свою чергу, статеві відмінності вказують на більш очевидну симптоматику у хлопців, що зумовлює ранню діагностику, тоді як у дівчат симптоми мають менш виражений, внутрішньо спрямований характер. Результати аналізу вказують на важливість врахування вікових та гендерних особливостей при постановці діагнозу та формуванні програм психокорекційного супроводу осіб з РДУГ.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі / Prospects for further research in this direction. Особливого значення набуває раннє

виявлення симптомів і мультидисциплінарний підхід до їхнього подолання, що дозволяє зменшити ризики вторинних психоемоційних розладів і підвищити якість життя осіб з РДУГ і є перспективами подальших наукових досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

- [1] Ю. Гасюк, Що таке розлад дефіциту уваги. *Gas ford Mind*. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.gasformind.com/rozlad-defitsytu-uvahy-z-hiperaktyvnistyu/> Дата звернення: Черв. 10, 2025.
- [2] Ю. Гасюк, Розлад Дефіциту Уваги та Гіперактивності: погане виховання чи генетика. *Gas ford Mind*. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.gasformind.com/rozlad-defitsytu-uvahy-z-hiperaktyvnistyu/> Дата звернення: Черв. 10, 2025.
- [3] A. Creighton, *An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement*. London, Great Britain : Cadell Jr. and Davies, 1798.
- [4] G. F. Still, «The Goulstonian Lectures: On Some Abnormal Psychical Conditions in Children», *The Lancet*, 159(4086), 1902. [Online]. Available: <https://dn790009.ca.archive.org/0/items/b24976295/b24976295.pdf> Application date: June 10, 2025.
- [5] C. Bradley, «The behavior of children receiving Benzedrine», *American Journal of Psychiatry*, vol. 94, is. 3, pp. 577–585, 1937. <https://doi.org/10.1176/ajp.94.3.577>
- [6] R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (4th ed.). New York, USA : Guilford Press, 2014.
- [7] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1968.
- [8] *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980.
- [9] *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Revised 3rd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987.
- [10] Data and Statistics on ADHD. CDC. 2024. [Online]. Available: https://www.cdc.gov/adhd/data/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html Application date: June 10, 2025.
- [11] Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ): як з ним жити? *MH4U*. 2025. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.mh4u.in.ua/hochu-diznatysya-bilshe/rozlad-deficzytu-uvagy-ta-giperaktyvnosti-rdug-yak-z-nym-zhyty/> Дата звернення: Черв. 10, 2025.

- [12] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). *American Psychiatric Association*. 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [13] M. J. Broulidakis, D. Golm, S. Cortese, G. Fairchild, E. Sonuga-Barke, «Default mode network connectivity and attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence: Associations with delay aversion and temporal discounting, but not mind wandering», *International Journal of Psychophysiology*, vol. 173, pp. 38–44, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.01.007>.
- [14] F. Bayard, C. Nymberg Thunell, C. Abé et al. «Distinct brain structure and behavior related to ADHD and conduct disorder traits», *Molecular Psychiatry*, vol. 25, pp. 3020–3033, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0202-6>
- [15] K. J. Plessen, R. Bansal, H. Zhu, R. Whiteman, J. Amat, G. A. Quackenbush, L. Martin, K. Durkin, C. Blair, J. Royal, K. Hugdahl, & B. S. Peterson, «Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder», *Archives of general psychiatry*, vol. 63(7), pp. 795–807, 2006. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.795>
- [16] N. D. Volkow, G. J. Wang, S. H. Kollins, T. L. Wigal, J. H. Newcorn, F. Telang, J. S. Fowler, W. Zhu, J. Logan, Y. Ma, K. Pradhan, C. Wong, & J. M. Swanson, «Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications», *JAMA*, vol. 302(10), pp. 1084–1091, 2009. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308>
- [17] A. De La Fuente, S. Xia, C. Branch and X. Li, «A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks», *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 7, p. 192, 2013. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00192>
- [18] *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA (eng). United States, 2013, p. 947. ISBN 978-0-89042-554-1
- [19] S. V. Faraone, R. H. Perlis, A. E. Doyle, et al., «Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder», *Biological Psychiatry*, vol. 57(11), pp. 1313–1323, 2005.
- [20] О. Осітковська, О. Байєр, «Статеві відмінності в розладі дефіциту уваги з гіперактивністю: стислий літературний огляд», *Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Психологія*, вип. 2(12), с. 72–76, 2020. [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).13](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).13)

- [21] F. X. Castellanos, & E. Proal, «Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model», *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 16(1), pp. 17–26, 2012.
- [22] T. D. Banerjee, F. Middleton, & S. V. Faraone, «Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder», *Acta Paediatrica*, vol. 96(9), pp. 1269–1274, 2007. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17718779/> Application date: June 10, 2025.
- [23] О. В. Ковтун, «Біопсихосоціальні чинники виникнення РДУГ», *Наукові запуски НаУКМА. Психологія і педагогіка*, № 4(2), с. 45–51. 2021.
- [24] E. Sciberras, et al., «Association between parenting and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis», *Journal of Attention Disorders*, vol. 21(8), pp. 684–695, 2017.
- [25] Ю. І. Мельник, «Сімейні чинники розвитку поведінкових порушень», *Психологія і суспільство*, № 2(74), с. 133–139, 2019.
- [26] ADHD in Adults: 4 Things to Know. *The National Institute of Mental Health*. [Online]. Available: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/adhd-what-you-need-to-know> Application date: June 10, 2025.
- [27] Розлад дефіциту уваги та гіперактивності: що потрібно знати батькам і вчителям. *Нова українська школа*. 2019. [Електронний ресурс]. Доступно: <https://nus.org.ua/2019/10/09/rozlad-defitsytu-uvagy-ta-giperaktyvnosti-shho-potribno-znaty-batkam-i-vchytelyam/> Дата звернення: Черв. 10, 2025.
- [28] A. Thapar, M. Cooper, «Attention deficit hyperactivity disorder», *Lancet*, vol. 387, is. 10024, pp. 1240–1250, 2016. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26386541/> Application date: June 10, 2025.
- [29] J. Biederman, E. Mick, S. V. Faraone, «Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type», *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, is. 6, pp. 716–723, 2008. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10784477/> Application date: June 10, 2025.
- [30] P. Asherson, et al., «Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues», *Lancet Psychiatry*. 3(6): pp. 568–578, 2016. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)
- [31] U. P. Ramtekkar, et al., «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 & Adolescent*

Psychiatry, vol. 49, is. 3, pp. 217–228, 2010. [Online].
Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3101894/>
Application date: June 10, 2025.

- [32] P. O. Quinn, M. Madhoo, «A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis», *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 16, is. 3, 2014. [Online].
Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25317366/> Application date: June 10, 2025.

Матеріал надійшов до редакції 10.08.2025 р.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: AGE AND GENDER ASPECTS

Sofiia Smutchak,

Master's student of group 1 MPSKP
Faculty of Special and Inclusive Education
Dragomanov Ukrainian State University
Kyiv, Ukraine.

 <https://orcid.org/0009-0007-4087-9338>
smutchaksophie@gmail.com

Abstract. The article is devoted to a comprehensive analysis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) through the prism of its historical development, clinical manifestations, as well as age and gender specific features of the course. The evolution of scientific ideas about this disorder is traced from the first descriptions of atypical behavior of children in the works of the 18th–19th centuries to the modern classifications of DSM-5 and ICD-11. It is emphasized that ADHD is one of the most common neurodevelopmental disorders that affect cognitive functioning, emotional sphere, social adaptation and quality of life of an individual. Neurobiological, genetic, psychosocial and environmental factors of the development of ADHD are revealed, which confirms its multifactorial nature. A review of scientific studies is presented that prove the connection between the structural and functional features of the brain and the symptoms of the disorder, and also emphasize the role of heredity and adverse perinatal conditions. Particular attention is paid to the age dynamics of manifestations: in preschool age, hyperactivity and impulsivity prevail, in primary school age – inattention, in adolescence – emotional

lability and a tendency to risky behavior, and in adulthood – disorganization, difficulties with planning, interpersonal relationships and professional activities. It is highlighted that the symptoms of ADHD do not disappear completely with age, but are transformed, maintaining an impact on the quality of life. Gender differences are analyzed, namely: boys are more often diagnosed with hyperactive-impulsive and combined types of the disorder, while girls are mainly diagnosed with inattentive, which often remains unnoticed and leads to late diagnosis. This causes a difference in the clinical picture, social consequences and the need for specific support strategies. Attention is focused on the fact that stigmatization and lack of awareness in society complicate the process of timely detection and correction of ADHD. The need for an interdisciplinary approach that combines medical, psychological and pedagogical strategies to provide comprehensive care for individuals with this disorder is emphasized. Early detection of symptoms in children, a gender-oriented approach to diagnosis, and further study of ADHD manifestations in adults and the elderly are considered promising.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder; diagnosis; symptoms; age characteristics; gender aspects.

ПЕРЕКЛАД, ТРАНСЛІТЕРАЦІЯ / TRANSLATED AND TRANSLITERATED

- [1] Іу. Hasiuk, Shcho take rozlad defitsytu uvahy. Gas ford Mind. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: <https://www.gasformind.com/rozlad-defitsytu-uvahy-z-hiperaktyvnistyu/> Data zvernennia: Cherv. 10, 2025. (in Ukrainian).
- [2] Іу. Hasiuk, Rozlad Defitsytu Uvahy ta Hiperaktyvnosti: pohane vykhovannia chy henetyka. Gas ford Mind. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: <https://www.gasformind.com/rozlad-defitsytu-uvahy-z-hiperaktyvnistyu/> Data zvernennia: Cherv. 10, 2025. (in Ukrainian).
- [3] A. Creighton, An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement. London, Great Britain : Cadell Jr. and Davies, 1798. (in English).
- [4] G. F. Still, «The Goulstonian Lectures: On Some Abnormal Psychical Conditions in Children», The Lancet, 159(4086), 1902. [Online]. Available: <https://dn790009.ca.archive.org/0/items/b24976295/b24976295.pdf> Application date: June 10, 2025. (in English).
- [5] C. Bradley, «The behavior of children receiving Benzedrine», American Journal of Psychiatry, vol. 94, is. 3, pp. 577–585, 1937. <https://doi.org/10.1176/ajp.94.3.577> (in English).

- [6] R. A. Barkley, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (4th ed.). New York, USA : Guilford Press, 2014. (in English).
- [7] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1968. (in English).
- [8] DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980. (in English).
- [9] DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 3rd ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987. (in English).
- [10] Data and Statistics on ADHD. CDC. 2024. [Online]. Available: https://www.cdc.gov/adhd/data/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html Application date: June 10, 2025. (in English).
- [11] Rozlad defitsytu uvahy ta hiperaktyvnosti (RDUH): yak z nym zhyty? MH4U. 2025. [Elektronnyi resurs]. Dostupno: <https://www.mh4u.in.ua/hochu-diznatysya-bilshe/rozlad-deficytu-uvagy-ta-giperaktyvnosti-rdug-yak-z-nym-zhyty/> Data zvernennia: Cherv. 10, 2025. (in Ukrainian).
- [12] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). American Psychiatric Association. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (in English).
- [13] M. J. Broulidakis, D. Golm, S. Cortese, G. Fairchild, E. Sonuga-Barke, «Default mode network connectivity and attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence: Associations with delay aversion and temporal discounting, but not mind wandering», International Journal of Psychophysiology, vol. 173, pp. 38–44, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.01.007> (in English).
- [14] F. Bayard, C. Nymberg Thunell, C. Abé et al. «Distinct brain structure and behavior related to ADHD and conduct disorder traits», Molecular Psychiatry, vol. 25, pp. 3020–3033, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0202-6> (in English).
- [15] K. J. Plessen, R. Bansal, H. Zhu, R. Whiteman, J. Amat, G. A. Quackenbush, L. Martin, K. Durkin, C. Blair, J. Royal, K. Hugdahl, & B. S. Peterson, «Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder», Archives of general psychiatry, vol. 63(7), pp. 795–807, 2006. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.795> (in English).
- [16] N. D. Volkow, G. J. Wang, S. H. Kollins, T. L. Wigal, J. H. Newcorn, F. Telang, J. S. Fowler, W. Zhu, J. Logan, Y. Ma, K. Pradhan, C. Wong, & J. M. Swanson, «Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications»,

- JAMA, vol. 302(10), pp. 1084–1091, 2009.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308> (in English).
- [17] A. De La Fuente, S. Xia, C. Branch and X. Li, «A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks», *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 7, p. 192, 2013.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00192> (in English).
- [18] American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA (eng). United States, 2013, p. 947.
[ISBN 978-0-89042-554-1](https://doi.org/10.1177/0898010113508232) (in English).
- [19] S. V. Faraone, R. H. Perlis, A. E. Doyle, et al., «Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder», *Biological Psychiatry*, vol. 57(11), pp. 1313–1323, 2005. (in English).
- [20] O. Ositkovska, O. Baiier, «Statevi vidminnosti v rozladi defitsytu uvahy z hiperaktyvnosti: styslyi literaturnyi ohliad», *Visnyk KNU imeni Tarasa Shevchenka. Psykholohiia*, vyp. 2(12), s. 72–76, 2020.
[https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).13](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).13) (in Ukrainian).
- [21] F. X. Castellanos, & E. Proal, «Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model», *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 16(1), pp. 17–26, 2012. (in English).
- [22] T. D. Banerjee, F. Middleton, & S. V. Faraone, «Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder», *Acta Paediatrica*, vol. 96(9), pp. 1269–1274, 2007. [Online].
Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17718779/> Application date: June 10, 2025. (in English).
- [23] O. V. Kovtun, «Biopsykhosotsialni chynnyky vynyknennia RDUH», *Naukovi zapysky NaUKMA. Psykholohiia i pedahohika*, № 4(2), s. 45–51, 2021. (in Ukrainian).
- [24] E. Sciberras, et al., «Association between parenting and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis», *Journal of Attention Disorders*, vol. 21(8), pp. 684–695, 2017. (in English).
- [25] Yu. I. Melnyk, «Simeini chynnyky rozvytku povedinkovykh porushen», *Psykholohiia i suspilstvo*, № 2(74), s. 133–139, 2019. (in Ukrainian).
- [26] ADHD in Adults: 4 Things to Know. The National Institute of Mental Health. [Online]. Available: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/adhd-what-you-need-to-know> Application date: June 10, 2025. (in English).
- [27] Rozlad defitsytu uvahy ta hiperaktyvnosti: shcho potribno znaty batkam i vchyteliyam. Nova ukrainska shkola. 2019. [Elektronnyi resurs].
Dostupno: [https://nus.org.ua/2019/10/09/rozlad-defitsytu-uvagy-ta-](https://nus.org.ua/2019/10/09/rozlad-defitsytu-uvagy-ta)

[giperaktyvnosti-shho-potribno-znaty-batkam-i-vchytelyam/zvernennia](#): Cherv. 10, 2025. (in Ukrainian).

Data

- [28] A. Thapar, M. Cooper, «Attention deficit hyperactivity disorder», *Lancet*, vol. 387, is. 10024, pp. 1240–1250, 2016. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26386541/> Application date: June 10, 2025. (in English).
- [29] J. Biederman, E. Mick, S. V. Faraone, «Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type», *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, is. 6, pp. 716–723, 2008. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10784477/> Application date: June 10, 2025. (in English).
- [30] P. Asherson, et al., «Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues», *Lancet Psychiatry*. 3(6): pp. 568–578, 2016. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3) (in English).
- [31] U. P. Ramtekkar, et al., «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 & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, is. 3, pp. 217–228, 2010. [Online]. Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3101894/> Application date: June 10, 2025. (in English).
- [32] P. O. Quinn, M. Madhoo, «A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis», *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 16, is. 3, 2014. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25317366/> Application date: June 10, 2025. (in English).

Retrieved August 10, 2025
Reviewed August 30, 2025
Published September 24, 2025

отримано
рецензовано
опубліковано



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

© Sofiia Smutchak, 2025