

Щербатий А. Р.

<https://orcid.org/0009-0003-3830-7243>

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

Когутяк Н. М.

<https://orcid.org/0000-0003-3569-4295>

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІВЧАТ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ

У сучасній клінічній психології проблема недодіагностики розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дівчат і жінок залишається критично гострою через специфіку проявів та компенсаторні механізми. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю подолання «чоловічої моделі» діагностики та впровадження гендерно чутливих підходів для своєчасного надання допомоги. Метою роботи є емпірична оцінка особливостей виявлення РДУГ у жінок та визначення ефективності мультимодального підходу в підвищенні чутливості діагностики порівняно з монометодичними даними.

Дослідження побудовано за крос-секційним дизайном із застосуванням кореляційного та порівняльного аналізу показників різних інформантів. У основу підходу покладено принцип мультимодальності, що дозволяє зіставити внутрішній суб'єктивний досвід респондентів із зовнішніми оцінками та клінічними даними. Основна гіпотеза базується на припущенні, що комплексне поєднання самозвітів та інтерв'ю дозволяє виявити латентні симптоми, які часто маскуються в соціальному середовищі. Методологічній інструментарій включає ретроспективну шкалу WURS, скринінг поточних симптомів ASRS, батьківські та педагогічні рейтингові форми Vanderbilt і SWAN, а також напівструктуроване інтерв'ю DIVA-5.

У результаті проведеного аналізу встановлено відсутність статистично значущих відмінностей за загальними балами симптоматики між жінками та чоловіками, що вказує на подібну інтенсивність розладу при різних формах його презентації. Виявлено домінування увагових труднощів у жіночому профілі, які часто мають прихований характер і супроводжуються емоційною дизрегуляцією. Доведено існування сильних кореляційних зв'язків між дитячими проявами та актуальним станом у дорослому віці, що підтверджує стійкість нейророзвиткового стану. Систематизовано якісні характеристики маскування симптомів, такі як надмірний перфекціонізм та соціальна слухняність, що знижують видимість проблем для оточення. Теоретичне значення роботи полягає в поглибленні розуміння жіночої феноменології РДУГ як динамічного поєднання когнітивного дефіциту та компенсаторних стратегій. Практична цінність дослідження реалізується через розробку рекомендацій щодо використання мультимодальної діагностики як стандарту для запобігання пізньому виявленню розладу. Наукова новизна полягає в емпіричному обґрунтуванні переваг інтегрованого підходу, який враховує внутрішній дистрес і приховані функціональні порушення. Обмеженням дослідження є невеликий обсяг вибірки, що визначає перспективи подальших розвідок у напрямі валідації україномовних інструментів для різних вікових груп.

Ключові слова: РДУГ, гендерні особливості, мультимодальна діагностика, маскування симптомів, неухважність, емоційна дизрегуляція, функціональні наслідки.

Постановка проблеми. РДУГ належить до найпоширеніших нейророзвиткових станів, що проявляються стійкими труднощами уваги, саморегуляції та виконавчого контролю і можуть суттєво впливати на навчальну успішність, соціальну адаптацію

та емоційне благополуччя протягом життя. Попри наявність усталених діагностичних критеріїв у DSM-5-TR і МКХ-11 (ICD-11), практична діагностика РДУГ у дівчат часто ускладнюється тим, що клінічні прояви можуть бути менш помітними



в освітньому середовищі та рідше привертають увагу дорослих на ранніх етапах розвитку. Унаслідок цього частина дівчат отримує допомогу із запізненням, уже на тлі вторинних труднощів – зниження самооцінки, навчального виснаження, тривоги або депресивної симптоматики, міжособистісних проблем.

Одним із ключових чинників недовиявлення РДУГ у дівчат є історична орієнтація клінічного дискурсу та багатьох психодіагностичних інструментів на «чоловічий» профіль розладу, у якому більш виражені зовнішні прояви гіперактивності та імпульсивності. Натомість у дівчат частіше домінують прояви неухважності, внутрішньої напруженості, емоційної дизрегуляції, а також компенсаторні стратегії (маскування симптомів, надмірний перфекціонізм, підвищена соціальна пристосованість у формальних ситуаціях), які знижують помітність проблем у класі та в побуті. Додатково на оцінювання впливають соціокультурні очікування щодо «нормативної» поведінки дівчат, що може зумовлювати іншу інтерпретацію тих самих проявів учителями та батьками (наприклад, як «неухважність», «лінощі», «емоційність», а не як симптоми РДУГ). У сукупності це створює діагностичну «діру» – ситуацію, коли формально критерії застосовні, але реальна чутливість виявлення у дівчат залишається нижчою через специфіку феноменології та контекстну маскувальну поведінку.

У сучасній практиці дедалі більшої ваги набуває гендерно чутливий підхід, який передбачає оцінювання РДУГ не тільки за «видимими» поведінковими індикаторами, а й за внутрішніми проявами, функціональними наслідками та розвитковою динамікою, із залученням кількох джерел інформації. Мультимодальна, мультиінформативна діагностика (поєднання самозвітів, батьківських і педагогічних рейтингів, клінічного інтерв'ю та аналізу життєвих проявів) розглядається як практично доцільна стратегія підвищення точності, особливо в групах із підвищеним ризиком недовиявлення. Водночас у прикладному полі залишається актуальним питання, які комбінації методів найбільш інформативні саме для дівчат, які показники узгоджуються між інформантами, а які систематично «розходяться» і потребують додаткового клінічного уточнення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні клінічні описи РДУГ підкреслюють, що прояви розладу залежать від гендерних відмінностей у типових поведінкових паттернах, способах саморегуляції та соціальних очікуваннях щодо «нормативної» поведінки дівчат і хлопців [2–4].

У багатьох дівчат у структурі симптоматики частіше домінує неухважність, когнітивна виснаженість, труднощі планування, організації й доведення справ до завершення, тоді як зовнішньо виражена гіперактивність може бути менш помітною або трансформуватися у внутрішню напруженість, метушливість думок і суб'єктивне відчуття «постійного поспіху» [5–7]. Це підвищує ризик того, що проблеми будуть тривалий час інтерпретуватися як особливості характеру, наслідки стресу чи навчального перевантаження, а не як прояви РДУГ, особливо якщо успішність зберігається завдяки високій мотивації, інтелектуальним ресурсам або підтримці з боку сім'ї [5–7].

Окремої уваги потребує феномен маскування симптомів у дівчат. У літературі описують, що частина дівчат свідомо або несвідомо компенсує прояви неухважності через надмірний контроль поведінки, перфекціонізм, «соціальну слухняність» у формальних ситуаціях або уникання активностей, де ймовірні помилки та критика [5–7]. Натомість напруга, пов'язана з постійною компенсацією, може підсилювати інтерналізовані прояви, зокрема тривожність, соматизацію, емоційне виснаження, коливання самооцінки та почуття провини [6–8]. У цьому контексті емоційна дизрегуляція розглядається як важливий, хоча й нерідко недооцінений компонент клінічної картини РДУГ у дівчат, який може проявлятися подразливістю, афективною нестабільністю, низькою толерантністю до фрустрації, труднощами відновлення після стресу і чутливістю до соціального відкидання [7–9]. Водночас у дослідженнях зберігаються дискусії щодо того, чи є емоційна дизрегуляція центральним проявом РДУГ або частіше відображає коморбідність і вторинні наслідки тривалих труднощів у навчанні та взаєминах [7–10]. Саме ця неоднозначність підсилює потребу в оцінюванні і функціональних наслідків, розвитку проблем у часі та контекстної специфіки проявів.

Ще одна з центральних проблем, яку підкреслює література, пов'язана з історичною домінантою «чоловічої моделі» РДУГ у наукових описах і практичних підходах до діагностики [5–7]. Значна частина діагностичних критеріїв і шкал формувалася на вибірках, де переважали хлопці, а отже найбільш «видимі» прояви гіперактивності та імпульсивності ставали маркерами, які швидше привертати увагу дорослих [2–4]. Для дівчат характерніший профіль, у якому симптоми неухважності, внутрішня дезорганізація, ментальна метушливість та емоційна нестабільність можуть не супроводжуватися поведінковими порушеннями,

що традиційно сигналізують про потребу в оцінюванні [5–7]. Унаслідок цього частіше виникає сценарій пізнього звернення, коли діагностичний запит формулюється вже на тлі вторинних ускладнень, а первинна симптоматика РДУГ «розчиняється» в картині тривожних чи депресивних проявів [6–8].

Додатковий ризик створюють систематичні похибки інформантів і контекстна залежність проявів. Учителі, батьки та сама дитина можуть по-різному оцінювати одні й ті самі труднощі, оскільки спостерігають поведінку в різних ситуаціях і крізь призму власних очікувань та норм [3–4]. Для дівчат це особливо критично, коли шкільна поведінка зовні виглядає «спокійною», а основні труднощі проявляються у прихованому форматі (виснаження, прокрастинація, повільне виконання завдань, «зависання», забудькуватість, емоційні зриви вдома після навчання) [5–7]. У такій ситуації рейтингові шкали, що сильніше «налаштовані» на зовнішні симптоми, можуть занижувати рівень проблем, якщо не враховувати інтерналізовані прояви та компенсаторні стратегії [5–7]. Окремим практичним питанням залишається валідність і культурна релевантність інструментів у різних мовних версіях та популяціях, що вимагає обережної інтерпретації результатів і використання кількох джерел даних для взаємної перевірки висновків [3–4].

У більшості сучасних настанов і оглядових робіт діагностику РДУГ розглядають як процес, що потребує мультимодального та мультиінформантного підходу [2–4]. Це означає поєднання стандартизованих шкал із клінічним інтерв'ю, аналізом розвитку симптомів у часі, оцінкою функціональних наслідків та підтвердженням проявів у щонайменше двох значущих контекстах (наприклад, вдома і в закладі освіти) [2–4]. Такий підхід особливо важливий у випадках, коли симптоми частково маскуються, а також коли на перший план виходять емоційні або соціальні труднощі, які можуть бути як наслідком РДУГ, так і проявом супутніх станів [6–7]. Самозвіти (зокрема в підлітковому та дорослому віці) дають доступ до суб'єктивних симптомів і внутрішніх переживань, які часто не помітні зовнішньому спостерігачеві, але потребують перевірки на узгодженість із даними інших інформантів та життєвих фактів [3–4].

Водночас у літературі підкреслюють, що жоден метод не є достатнім сам по собі: рейтингові шкали можуть бути чутливими до контексту й очікувань інформанта, самозвіт може відображати як реальну симптоматику, так і суб'єктивні інтерпретації, а клінічне інтерв'ю вимагає структурованості та опори на розвиткові критерії [3–4]. Тому оптимальною

вважають комбінацію кількох інструментів із різними «кутами огляду», де результати не просто сумуються, а зіставляються для виявлення узгоджених ознак і зон розбіжностей, які потребують додаткового уточнення [3–4]. Для дівчат це має особливу цінність, оскільки саме розбіжність між «зовнішньою благополучністю» в школі та значними внутрішніми труднощами може бути ключовим сигналом про недовиявлену симптоматику РДУГ [5–7]. У цьому контексті емпірично важливим є аналіз того, як узгоджуються між собою показники самозвіту, батьківських і педагогічних оцінок та дані напівструктурованого інтерв'ю, і які саме комбінації методів підвищують чутливість виявлення гендерно специфічних проявів РДУГ. Саме ця логіка слугує підґрунтям для подальшого формулювання мети та побудови емпіричного дизайну дослідження.

Постановка завдання. Метою статті є емпірично оцінити особливості психологічної діагностики РДУГ у дівчат і жінок та визначити, наскільки мультимодальний, мультиінформантний підхід підвищує чутливість виявлення гендерно специфічних проявів цього розладу в порівнянні з опорою на один тип даних [2–4]. Також метою є окреслити практично доцільні напрями оптимізації діагностичної процедури з урахуванням феноменології неухважності, маскування симптомів та емоційної дизрегуляції, характерних для жіночого профілю РДУГ [5–7].

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання: проаналізувати показники симптоматики РДУГ за даними самозвіту (WURS, ASRS) у жіночій і чоловічій підвбірках, зіставити узгодженість результатів самозвіту з батьківськими та педагогічними рейтингами (NICHQ Vanderbilt, SWAN) і даними напівструктурованого інтерв'ю DIVA-5, а також виявити ключові зв'язки між ретроспективними проявами симптомів у дитинстві та поточними проявами у дорослому віці як емпіричну основу для формулювання рекомендацій щодо гендерно чутливої оптимізації діагностики [2–4].

Виклад основного матеріалу. Дослідження виконано як крос-секційне емпіричне дослідження з кореляційним та порівняльним дизайном. Для підвищення чутливості оцінювання до гендерно специфічних проявів РДУГ застосовано мультимодальний підхід, що поєднував самозвітні шкали, рейтингові форми значущих дорослих (батьків, педагогів) і напівструктуроване клінічне інтерв'ю. Така конфігурація дозволила одночасно оцінити вираженість симптомів, їх розвиткову динаміку (ретроспективно) та контекстну варіативність

проявів у різних сферах функціонування. Онлайн-опитувальник заповнили 53 респонденти. До подальшого аналізу включали протоколи, у яких повідомлялося про офіційно діагностований РДУГ, наявність стійкої підозри на РДУГ, перебування в процесі діагностики або попередні обґрунтовані підозри щодо цього розладу. Відповідно до критеріїв включення фінальна вибірка становила 46 протоколів: 33 випадки, що стосуються осіб жіночої статі/гендерної ідентичності, та 13 випадків, що стосуються осіб чоловічої статі/гендерної ідентичності. Сім анкет було виключено як такі, що не відповідали цільовим критеріям.

У дослідженні брали участь три категорії інформантів: дорослі респонденти, які заповнювали анкету щодо себе, батьки/опікуни, які оцінювали свою дитину, та педагоги, які оцінювали конкретного учня/ученицю. Серед 46 валідних протоколів 40 анкет становили самозвіти дорослих («Для себе»), 4 анкети заповнили батьки («Для своєї дитини»), 2 анкети заповнили педагоги («Для учня/учениці»). Додатково проведено п'ять напівструктурованих клінічних інтерв'ю DIVA-5: два інтерв'ю відбулися очно (1 дівчина, 1 хлопець) і три онлайн (2 дівчини, 1 хлопець). Інтерв'ю розглядалися як допоміжне джерело якісних даних щодо індивідуальних проявів симптомів, історії розвитку та контексту функціонування учасників.

Wender Utah Rating Scale (WURS) використано як ретроспективний інструмент самозвіту для оцінки вираженості симптомів РДУГ у дитячому віці у дорослих респондентів. Пункти шкали оцінюються за градаційною шкалою інтенсивності, що дозволяє обчислити сумарний показник і аналізувати кластери симптомів (зокрема прояви неухважності, гіперактивності-імпульсивності та емоційної дизрегуляції) у ретроспективному вимірі. WURS застосовували лише у підвибірці дорослих (від 18 років), які заповнювали анкету щодо себе. Важливе методологічне застереження полягає в тому, що підтверджена офіційна валідація україномовної версії WURS наразі відсутня, тому інтерпретація результатів здійснювалася обережно, з акцентом на порівняльний і описовий аналіз у межах вибірки [11].

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) застосовано як самозвітну шкалу для скринінгової оцінки поточних симптомів РДУГ у дорослому віці. Інструмент містить 18 пунктів, що відображають симптоми доменів неухважності та гіперактивності-імпульсивності, і дозволяє отримати сумарні та доменні показники. ASRS використовували разом із WURS у підвибірці дорослих респондентів

(від 18 років) для зіставлення ретроспективних проявів у дитинстві з актуальною симптоматикою у дорослому віці [10].

NICHQ Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale (форма для батьків) використано як стандартизовану рейтингову шкалу для оцінки проявів РДУГ у дітей шкільного віку та пов'язаних труднощів функціонування. Опитувальник охоплює симптоми неухважності й гіперактивності-імпульсивності, а також блоки, що дозволяють враховувати супутні поведінкові та емоційні прояви і показники функціонування (зокрема навчальну успішність і соціальну адаптацію). У цьому дослідженні Vanderbilt заповнювали батьки/опікуни щодо дітей 6–17 років [1, 12].

Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior Rating Scale (SWAN) застосовано як рейтингову шкалу, що оцінює континуум проявів уваги та поведінкової регуляції від труднощів до сильних сторін. Такий підхід зменшує ризик втрати чутливості до тонких відмінностей і є практично важливим у випадках, коли симптоми можуть маскуватися високою старанністю або компенсаторними стратегіями. SWAN заповнювали батьки щодо дітей 6–17 років, а також педагоги щодо учнів / учениць відповідного віку. [13]

Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA-5) застосовано як напівструктуроване клінічне інтерв'ю, побудоване відповідно до критеріїв DSM-5, для систематизованої оцінки симптомів неухважності та гіперактивності-імпульсивності у дитячому та дорослому періодах із прив'язкою до повсякденних проявів і функціональних наслідків. У межах цієї роботи інтерв'ю використовували як якісне доповнення до анкетних даних. При цьому враховано, що дані щодо стандартизації та валідації україномовної версії DIVA-5 у відкритих публікаціях наразі обмежені, тому матеріали інтерв'ю розглядалися насамперед як клінічно орієнтований якісний компонент, який уточнює контекст і феноменологію проявів [1, 14].

Дослідження проводилося в онлайн-форматі з використанням платформи Google Forms. Перед початком опитування учасникам надавали інформаційний лист і форму інформованої згоди; участь була анонімною. Опитувальник був побудований як послідовна форма з логічним розгалуженням залежно від ролі інформанта. На початку збирали соціально-демографічні дані, роль респондента («Для себе», «Для своєї дитини», «Для учня / учениці»), діагностичний статус (офіційний діагноз, процес діагностики, підозра) і стать / гендерну ідентичність особи, щодо якої надається інформація.

Далі респондент автоматично переходив до відповідного набору методик: дорослі (від 18 років) заповнювали WURS і ASRS, батьки/опікуни оцінювали дитину 6–17 років за Vanderbilt (батьківська форма) і SWAN, педагоги надавали оцінку за SWAN щодо учнів/учениць 6–17 років. Додатково частині учасників було запропоновано інтерв'ю DIVA-5, яке проводилося очно або онлайн.

Для аналізу взаємозв'язків між показниками симптоматики застосовували кореляційний аналіз. Вибір коефіцієнта визначали з урахуванням розподілу змінних: за наближено нормального розподілу використовували кореляцію Пірсона, у випадку асиметрії або порядкових шкал – кореляцію Спірмена. Для порівняння груп (зокрема за статтю / гендером у дорослій підвбірці) застосовували t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок за виконання умов застосування; у разі порушення припущень використовували U-критерій Манна-Уїтні. Рівень статистичної значущості приймали $p < 0,05$; за можливості додатково інтерпретували розміри ефекту (Cohen's d або r) для оцінювання практичної значущості відмінностей.

Для прозорості структури даних у табл. 1 подано характеристику вибірки та інформантів, а в табл. 2–3 – ключові порівняльні та кореляційні показники, що становлять основу подальшої інтерпретації.

Таблиця 1

Характеристика вибірки та інформантів

Показник	Значення
Загальна кількість валідних протоколів	46
Особи жіночої статі / гендерної ідентичності	33
Особи чоловічої статі / гендерної ідентичності	13
Самозвіти дорослих («Для себе»)	40 (жінки n=32, чоловіки n=8)
Батьківські протоколи («Для своєї дитини»)	4
Педагогічні протоколи («Для учн я/учениці»)	2
Інтерв'ю DIVA-5	5 (2 очно, 3 онлайн)

Порівняльний аналіз проводився у дорослій підвбірці самозвітів, де і жінки, і чоловіки заповнювали однакові інструменти: WURS (ретроспективна оцінка дитячих проявів) та ASRS (поточні прояви у дорослому віці). Описові показники засвідчили, що в обох групах наявний помірно підвищений рівень симптоматики як у ретроспективному, так

і в поточному вимірі, а середні значення в жінок є дещо вищими, проте ці відмінності не досягають статистичної значущості (усі $p > 0,05$).

За сумарним балом WURS середній показник жінок становив 48,8 бала (SD=15,1), тоді як у чоловіків – близько 44,8 бала (SD близько 14,1). Формальна перевірка групових відмінностей незалежним t-критерієм та U-критерієм Манна-Уїтні не виявила статистично значущих різниць ($p > 0,05$), а величина ефекту відповідала малому рівню, що вказує на тенденційний, а не виражений характер відмінностей.

Аналогічний результат отримано для загального сумарного балу ASRS: у жінок середнє значення становило 44,9 бала (SD=10,6), у чоловіків – близько 42,3 бала (SD близько 12,6), при цьому відмінності також були статистично незначущими ($p > 0,05$). Таким чином, кількісно загальний рівень проявів у дорослому віці є подібним, а потенційна гендерна специфіка пов'язана не з «кількістю» симптомів, а з їх якісною презентацією та контекстом прояву.

Компонентний аналіз за ASRS показав, що в обох групах центральним компонентом клінічного профілю є неухважність. За частиною А опитувальника (переважно неухважні симптоми) середні значення були дещо вищими у жінок (близько 16 балів) порівняно з чоловіками (близько 15 балів), тоді як за частиною В (переважно гіперактивно-імпульсивні прояви) також спостерігалася невелика тенденція до вищих значень у жінок (близько 29 проти 27 балів). Однак і для цих показників статистично значущих гендерних відмінностей не виявлено (усі $p > 0,05$), що підтверджує близькість структурних профілів при домінуванні увагових труднощів.

Таблиця 2

Описова статистика WURS і ASRS за статтю у дорослій підвбірці самозвітів

Показник	Жінки (n=32) M (SD)	Чоловіки (n=8) M (SD)	Статистична значущість
WURS_total	48,8 (15,1)	44,8 (14,1)	$p > 0,05$
ASRS_total	44,9 (10,6)	42,3 (12,6)	$p > 0,05$

Примітка. Значення для чоловічої підвбірки подано з округленням до 0,1; для перевірки відмінностей застосовували t-критерій і U-критерій Манна-Уїтні; у всіх порівняннях $p > 0,05$.

Окремий аналіз жіночої підвбірки дорослих самозвітів (n=32) показав, що в середньому профіль має переважно неухважний характер. Поточні

симптоми за ASRS у більшості учасниць відображають регулярні труднощі підтримання уваги, організації діяльності та завершення завдань, які поєднуються з виразними, хоча загалом менш повсюдними, гіперактивно-імпульсивними проявами. Водночас розподіл індивідуальних даних вказує на суттєву варіативність співвідношення неухважності та гіперактивності-імпульсивності, що є критично важливим для гендерно чутливої діагностики.

За умовного поділу показників неухважності та гіперактивності-імпульсивності відносно медіан можна описати щонайменше чотири типові профілі симптоматики у жінок. Перший профіль характеризується одночасно підвищеними значеннями обох доменів і відповідає комбінованому типу РДУГ. Другий профіль відображає випадки, коли неухважність є вираженою за відносно нижчих показників гіперактивності та імпульсивності, що наближається до переважно неухважного варіанта перебігу. Третій профіль демонструє зворотнє співвідношення – менш виражену неухважність за порівняно вищих показників гіперактивності-імпульсивності. Четвертий профіль охоплює респонденток із відносно нижчими значеннями за обома підшкалами, у яких симптоми РДУГ наявні, але проявляються менш інтенсивно та, ймовірно, частіше маскуються компенсаторними стратегіями. Саме останній тип є найбільш ризиковим щодо недодіагностики, оскільки «помірні» або «згладжені» кількісні показники можуть не відображати реальних функціональних труднощів та внутрішнього дистресу.

Кореляційний аналіз у жіночій підвбірці дорослих самозвітів ($n=32$) виявив статистично значущі позитивні зв'язки між ретроспективною оцінкою дитячих проявів за WURS та поточною симптоматикою за ASRS. Між сумарним балом WURS і загальним балом ASRS встановлено кореляцію середньої сили $r=0,67$ ($p<0,001$), що свідчить про узгодженість ретроспективних і поточних проявів та про відносну стабільність симптоматики з віком у межах вибірки. Подібні за силою зв'язки зафіксовано між WURS і доменними показниками ASRS: $r(\text{WURS}, \text{ASRS_A_total})=0,63$ та $r(\text{WURS}, \text{ASRS_B_total})=0,64$ ($p<0,001$). Це означає, що ретроспективні труднощі, які жінки згадують щодо дитинства (увага, самоконтроль, емоційна стабільність), пов'язані і з поточними проблемами неухважності, і з гіперактивно-імпульсивними проявами у дорослому віці, причому внесок обох компонентів є співмірним.

Окремої уваги потребує емоційний компонент ретроспективної симптоматики. Описові дані за підшкалами WURS, що відображають порушення настрою та поведінки (WURS_DM), неухважність/гіперактивність (WURS_IH) і депресивно-тривожні, внутрішньо спрямовані прояви (WURS_DA), показали, що середні значення WURS_DM та WURS_IH у жінок загалом близькі до чоловічих, тоді як за WURS_DA спостерігається тенденція до вищих показників у жіночій підвбірці. У поєднанні з істотними кореляціями WURS_total з показниками ASRS це дозволяє інтерпретувати емоційну дизрегуляцію як потенційний «підсилювач» суб'єктивного дистресу та функціональних порушень, особливо коли симптоми частково маскуються соціально прийнятними стратегіями самоконтролю. В практичному вимірі це означає, що за відсутності значущих гендерних відмінностей у сумарних балах саме якісна оцінка емоційної сфери та її наслідків для навчання, міжособистісних стосунків і самооцінки може підвищувати чутливість діагностики у дівчат і жінок.

Таблиця 3

**Кореляції WURS-ASRS
у жіночій підвбірці дорослих ($n=32$)**

Пара змінних	r	p
WURS_total – ASRS_total	0,67	< 0,001
WURS_total – ASRS_A_total	0,63	< 0,001
WURS_total – ASRS_B_total	0,64	< 0,001

Якісний компонент (інтерв'ю DIVA-5) використано як ілюстративне доповнення до анкетних даних і як спосіб уточнити феноменологію симптомів у ситуаціях, де кількісні показники можуть бути подібними, а прояви – різними за змістом і контекстом. Описові наративи учасників узгоджувалися з кількісним висновком про центральність увагових труднощів, однак деталізували різні акценти презентації. У жіночих описах частіше звучали теми хронічної втоми, емоційного виснаження, перфекціоністських стратегій компенсації («роблю повільно, бо хочу ідеально»), тривалого самозвинувачення за неорганізованість і періодичних емоційних «зривів» після періодів надмірного самоконтролю. У чоловічих описах частіше підкреслювалися імпульсивне переклочення між завданнями, швидке виснаження за умов монотонної діяльності та більш відкрита поведінкова експресія гіперактивності. Таким чином, інтерв'ю доповнило кількісні результати, показавши, що за близького загального рівня симптомів у дорослому віці гендерна відмінність

може полягати у способі переживання, компенсації та соціальній «видимості» проявів, що важливо враховувати в діагностичній практиці.

Висновки. Отримані результати узгоджуються з сучасним уявленням про те, що у дівчат і жінок РДУГ часто має переважно неухажний або змішаний профіль, а клінічно значущі труднощі можуть бути менш помітними для оточення через вищу частку інтерналізованих проявів і компенсаторних стратегій. У дорослій підвбірці нашого дослідження центральним компонентом симптоматики в обох групах виступала неухажність, тоді як гіперактивність-імпульсивність мала більш варіативну презентацію. Така структура є важливою з практичної точки зору, оскільки неухажність у реальному житті частіше проявляється як «тихі» когнітивні труднощі (дезорганізація, прокрастинація, забудькуватість, повільний темп виконання завдань), а не як поведінкові порушення, що традиційно швидше привертають увагу дорослих у шкільному середовищі. Для дівчат це підвищує ризик пропуску РДУГ на ранніх етапах, особливо коли зовнішня дисциплінованість або навчальні досягнення тимчасово підтримуються за рахунок високої мотивації, надмірного самоконтролю чи перфекціонізму. Якісні дані інтерв'ю DIVA-5 додатково підкреслювали, що за видимою «нормативністю» поведінки у частини учасниць можуть стояти значний внутрішній дистрес, виснаження та періодичні емоційні зриви після тривалих періодів компенсації, що також описується в літературі як типова траєкторія пізнього виявлення РДУГ у жінок.

Відсутність статистично значущих гендерних відмінностей за сумарними показниками WURS і ASRS у нашій вибірці не суперечить припущенню про гендерну специфіку феноменології РДУГ. По-перше, сумарні бали відображають інтенсивність симптомів у цілому, але можуть маскувати відмінності в їхній структурі, контекстній варіативності та функціональних наслідках. По-друге, для дівчат і жінок характерніші стратегії «соціально прийнятної» компенсації, які знижують зовнішню помітність симптомів, але не усувають внутрішні труднощі та не гарантують стабільного функціонування. У цьому сенсі подібність сумарних балів може означати, що в чоловіків і жінок рівень симптомів співмірний, однак спосіб їх прояву і те, як на них реагує середовище, є різним. Саме цим можна пояснити типову для клінічної практики ситуацію, коли дівчата отримують допомогу пізніше, вже на тлі вторинних труднощів, тоді як у хлопців діагностичний процес частіше

запускається через поведінкову «видимість» симптомів. Додатковим аргументом на користь розв'язкової безперервності симптоматики є виявлені в нашій жіночій підвбірці значущі кореляції між ретроспективними проявами (WURS) і поточною симптоматикою (ASRS), включно з доменними показниками неухажності та гіперактивності-імпульсивності ($p < 0,001$). Це підтримує висновок, що для частини жінок труднощі мають тривалу траєкторію і не зводяться до ситуативного стресу або «тимчасових» коливань уваги. Кореляційні зв'язки між ретроспективними проявами в дитинстві (WURS) і поточною симптоматикою у дорослому віці (ASRS) у жіночій підвбірці підтвердили розв'язкову безперервність труднощів і підкреслили значення ретроспективної оцінки як компонента комплексної діагностичної процедури.

Разом з тим результати слід інтерпретувати з урахуванням обмежень. По-перше, підвбірка дитячих протоколів від батьків і педагогів була малою, що обмежує узагальнення висновків щодо шкільного віку та узгодженості інформантів у дитячій групі. По-друге, WURS застосовувався як ретроспективний інструмент у дорослих, однак підтверджена офіційна українська валідація цієї шкали є недостатньо висвітленою, тому результати WURS у межах роботи слід розглядати обережно, як описово-порівняльні показники, а не як підставу для жорстких діагностичних рішень. По-третє, онлайн-формат рекрутингу підвищує ризик вибіркового потрапляння респондентів із вищою мотивацією та вже сформованою підозрою або діагнозом, що може впливати на розподіли показників. По-четверте, якісний компонент інтерв'ю DIVA-5 мав невеликий обсяг ($n = 5$), тож він виконував ілюстративну функцію і не претендує на репрезентативність.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розширенням дитячої підвбірки та збільшенням кількості педагогічних оцінок, що дозволить точніше аналізувати контекстну варіативність проявів у школі та вдома, а також закономірності розбіжностей між інформантами. Доцільним є поглиблення якісного компонента через більшу кількість інтерв'ю DIVA-5 з подальшим тематичним аналізом феноменів маскування та компенсації у дівчат. Окремим напрямом є систематична психометрична оцінка україномовних версій використаних інструментів і перевірка їхньої чутливості до гендерно специфічних проявів, а також доповнення анкетного скринінгу показниками функціонування та емоційної регуляції як потенційно ключовими маркерами ризику пізнього

виявлення РДУГ у дівчат і жінок. Практична цінність отриманих даних полягає в тому, що підвищення чутливості діагностики РДУГ у дівчат і жінок потребує мультимодальної та мультиінформантної стратегії. Самозвітні інструменти

доцільно поєднувати з оцінками батьків і педагогів та напівструктурованим інтерв'ю, яке дозволяє інтегрувати дані, уточнити розвиткові критерії та прив'язати симптоми до життєвих прикладів і функціональних наслідків.

Список літератури:

1. Левчук М. Ю., Когутиак Н. М. Психологічні особливості когнітивної емпатії у осіб різної статі. *Матеріали конференції МЦНД* (м. Черкаси, 11 квітня 2025 р.). Черкаси, 2025. С. 273–275.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, 2022.
3. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva, 2019.
4. National Institute for Health and Care Excellence. *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline NG87)*. London, 2018.
5. 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. Vol. 16, № 3. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
6. Rucklidge J. J. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010. Vol. 33, № 2. P. 357–373. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.02.002>
7. Young S., Adamo N., Ásgeirsdóttir B. B. 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. Vol. 20, № 1. Art. 404. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
8. Shaw P., Stringaris A., Nigg J., Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 171, № 3. P. 276–293. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
9. Bunford N., Evans S. W., Langberg J. M. ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2015. Vol. 18, № 3. P. 185–217. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>
10. Kessler R. C., Adler L., Ames M. 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. Vol. 35, № 2. P. 245–256. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
11. 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. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993. Vol. 54, № 2. P. 41–47. DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.v54n0213>
12. Wolraich M. L., Lambert W., Doffing M. A. та ін. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003. Vol. 28, № 8. P. 559–567. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>
13. Swanson J. M., Schuck S., Porter M. M. та ін. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN rating scales. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 2012. Vol. 10, № 1. P. 51–70.
14. Kooij J. J. S., Francken M. H. *Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA-5): Based on DSM-5 criteria*. The Hague : DIVA Foundation, 2019., 20 p.

Shcherbatyi A. R., Kogutiak N. M. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ATTENTION-DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER IN GIRLS: A PSYCHOLOGICAL PROFILE

In modern clinical psychology, the underdiagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in girls and women remains a critical issue due to gender-specific symptom presentation and compensatory mechanisms. The relevance of this study is driven by the urgent need to overcome the historical «male-centric» diagnostic model and implement gender-sensitive approaches to ensure timely intervention. The research aims to empirically evaluate the features of ADHD diagnostics in females and determine the effectiveness of a multimodal approach in increasing diagnostic sensitivity compared to reliance on a single data source.

The study utilizes a cross-sectional design incorporating correlational and comparative analysis of data obtained from multiple informants. The approach is grounded in the principle of multi-informant assessment, allowing for the triangulation of subjective internal experiences with external observations and clinical data. The primary hypothesis suggests that a comprehensive combination of self-reports and structured interviews can uncover latent symptoms that are frequently masked in formal social settings. The methodological toolkit

included the retrospective WURS scale, the ASRS screening for current symptoms, Vanderbilt and SWAN parent and teacher rating forms, and the semi-structured DIVA-5 clinical interview.

The results of the analysis established no statistically significant differences in total symptom scores between women and men, indicating a similar intensity of the disorder despite different phenotypic presentations. A dominance of inattentive symptoms was identified within the female profile, which often remains hidden and is frequently accompanied by emotional dysregulation. Strong correlations between childhood symptoms and adult clinical presentation were proven, confirming the developmental continuity of the neurodevelopmental state. Qualitative characteristics of symptom masking, such as excessive perfectionism and social compliance, were systematized as factors that reduce the visibility of difficulties to observers. The theoretical significance of the work lies in deepening the understanding of female ADHD phenomenology as a dynamic interplay between cognitive deficits and compensatory strategies. The practical value is realized through recommendations for adopting multimodal diagnostics as a standard to prevent late diagnosis and secondary complications. The scientific novelty consists of the empirical substantiation of the integrated approach's advantages in accounting for internal distress and hidden functional impairments. Study limitations include the small size of the pediatric sample, which defines future research prospects toward the validation of Ukrainian-language instruments for various age groups.

Key words: *ADHD, gender differences, multimodal assessment, masking, inattention, emotional dysregulation, functional impairment.*

Дата першого надходження статті до видання: 11.01.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 06.02.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 27.03.2026