

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології
Кафедра психології**

Загороднюк Анастасія Юріївна

УДК 159.9

Кваліфікаційна робота

Особливості психодіагностики розладу дефіциту уваги та
гіперактивності
у дорослих в Україні

053 «Психологія»

«Екстремальна та кризова психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання
на відповідне джерело _____ А.Ю. Загороднюк

Наукова керівниця кандидатка психологічних наук,
(консультантка) доцентка кафедри психології Острова
Вікторія Дмитрівна

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ (РДУГ).....	7
1.1. РДУГ: визначення, критерії, нейрофізіологічні основи та поведінкові прояви.....	7
1.2. Генетичні та соціальні фактори виникнення РДУГ.....	17
1.3. Методи діагностики розладу дефіциту уваги (та гіперактивності) у дорослих та проблеми діагностики в Україні	26
Висновки до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. ПІЛОТНА АПРОБАЦІЯ АДАПТОВАНОГО ВАРІАНТУ МЕТОДИКИ ASRS	37
2.1. Організація та етапи дослідження.....	37
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження РДУГ у дорослих в Україні за допомогою адаптованого варіанту шкали ASRS	45
2.3. Аналіз та інтерпретація пілотної апробації адаптованого варіанту шкали ASRS	53
Висновки до розділу 2.....	71
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ ЗІ РДУГ	75
3.1. Методи корекції РДУГ у дорослих	75
3.2. Програма психологічного тренінгу для дорослих осіб зі РДУГ	90
Висновки до розділу 3.....	94
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	98
ДОДАТКИ.....	108

ВСТУП

Аналіз історичних джерел показує, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) є предметом розгляду останні 200 років. Першим писав про нього Sir Alexander Crichton в 1798-му році в своєму «Дослідженні природи та походження психічних розладів: лаконічна система фізіології та патології людського розуму та історія пристрастей та їхніх впливів», де присвятив увазі та її розладам цілу главу. А вперше саме розлад дефіциту уваги («розлад дефіциту уваги: з чи без гіперактивності») був згаданий в 1980-му році в 3-ій редакції DSM. А в DSM-IV вперше було нарешті визнано, що РДУГ – це не лише дитячий розлад, який пропадає з віком, а скоріше хронічний розлад, який залишається в дорослому віці в багатьох випадках. За сучасними даними розлад дефіциту уваги та гіперактивності зустрічається у 6-16% учнів шкільного віку. За різними даними 20-35% чи 10-25% людей переростуть цей розлад та більш не матимуть порушень та проблем, пов'язаних з ним у дорослому житті. Така статистика каже про надзвичайну актуальність цієї теми.

В Україні знання про дослідження в темі РДУГ приходять із затримкою. На сьогодні на ринку України все ще є не всі медикаменти для корекції РДУГ, а також не кожен психіатр визнає або діагностує РДУГ у дорослих. Для діагностики РДУГ у дорослих існує ряд шкал та тестів, втім, вони не мають офіційних верифікованих перекладів на українську мову, а клінічні психологи та психіатри користуються неверифікованими перекладами. Також на практиці були випадки, коли психіатри перенаправляли дорослих пацієнтів до дитячих психіатрів для діагностики РДУГ. В спільнотах для людей зі РДУГ обмінюються контактами психіатрів, які знають, як поставити відповідний діагноз, а частина людей купує ліки на «сірому ринку», бо їх можна купити лише за рецептом, а не всі психіатри ставлять діагноз РДУГ, як ми вияснили. Відсоток спеціалістів, які визнають

та володіють знаннями та інструментарієм для діагностики РДУГ у дорослих наразі є невідомим.

Знаходячись в стресовому стані, люди можуть спостерігати в себе дуже схожі на РДУГ симптоми. А зараз українці знаходяться під впливом потужного щоденного стресового фактору – війни. І тому таким важливим є первинне виявлення та діагностика РДУГ для того, щоб пропонувати клієнтам та пацієнтам відповідне лікування, яке не нашкодить та відповідає саме їх проблемі. Також наш динамічний, технологічний та швидкий світ сам по собі сприяє розвитку симптоматики, схожої на РДУГ.

Аналіз теоретико-методологічних джерел з дослідженої теми та проведені інтерв'ю з клінічними психологами, психіатрами та інформація, отримана від них, виявили недостатність україномовних інструментів первинної діагностики РДУГ у дорослих. Також після проходження адаптованого варіанту шкали ASRS більше 30-ти людей виявили цікавість до участі в терапевтичній групі для людей зі РДУГ (або тих, хто мають підозру на РДУГ).

Отже, постає актуальність дослідження діагностики РДУГ у дорослих в Україні, апробації методик для діагностики. Вищезазначені чинники зумовлюють вибір теми «Особливості психодіагностики розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих в Україні». Також актуальності набирає психологічна допомога для таких дорослих.

Мета дослідження – теоретично та емпірично дослідити особливості психодіагностики розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих в Україні.

Завдання дослідження:

1. Теоретично дослідити проблему розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дорослому віці, його детермінанти та нейрофізіологічні особливості.
2. Здійснити аналіз наявних методів діагностики РДУГ у дорослих в Україні, визначити їх переваги і недоліки у застосуванні.

3. Здійснити пілотну апробацію адаптованого варіанту методики ASRS серед дорослої вікової групи.
4. На основі результатів емпіричного дослідження розробити програму психологічного супроводу для дорослих осіб зі РДУГ.

Об'єкт дослідження: розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дорослому віці.

Предмет дослідження: діагностика РДУГ у дорослих в Україні.

Для виконання завдань цього дослідження були використані **теоретичні методи** дослідження. Це аналіз інформації з різних наукових джерел, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння. Ці методи були використані для того, щоб визначити базові поняття теми дослідження (що взагалі розуміється під розладом дефіциту уваги та гіперактивності), виявлення згаданих в літературі генетичних ризик-факторів виникнення розладу та факторів середовища, включаючи психологічні. Також були використані **емпіричні методи** – інформаційне інтерв'ю, бесіда та психодіагностичні методики для вивчення практики діагностики РДУГ у дорослих в Україні в умовах відсутності офіційних протоколів та для зовнішньої верифікації перекладеної шкали для діагностики РДУГ. Також були використані анкетування, шкала ASRS, Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart), червоно-чорна таблиця Горбова та методика Мюстенберга для вивчення особливостей роботи сфери уваги в українців під час війни. Та методи **кількісної обробки даних** – індекс ефективності завдань, коефіцієнт дискримінативності завдань для визначення ефективності питань тесту, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, факторний аналіз, визначення надійності тесту за внутрішньою узгодженістю (α Кронбаха), відстань Левенштейна, кореляція Пірсона, критерій Манна-Уїтні, χ^2 -критерій, t-критерій Стьюдента.

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів:
вперше:

- здійснена пілотна апробація адаптованої українською мовою шкали для самодіагностики РДУГ The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS);

удосконалено:

- методику психокорекції для дорослих зі РДУГ в груповому форматі;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення щодо діагностики РДУГ у дорослих осіб в Україні та адаптації методик діагностики, а також про психологічні засоби корекції для дорослих зі РДУГ;

Практична значущість: матеріали кваліфікаційної роботи мають значення для психологів та психотерапевтів, які цікавляться темою РДУГ, для клінічних психологів та психіатрів, які діагностують РДУГ в Україні, а також для батьків дітей зі РДУГ та людей, які підозрюють в себе РДУГ. Вони також можуть бути використані для лекцій про РДУГ як для практикуючих спеціалістів, так і для пацієнтів, а також для проведення груп для дорослих з ознаками РДУГ. Особливого значення ця робота набуває під час війни, оскільки симптоми тривалого стресу дуже схожі на прояви РДУГ.

Тези Острова В.Д., Загороднюк А.Ю. «Корекція РДУГ у підприємців в Україні» було опубліковано на VI Міжнародної конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку», ВНЗ «Університеті економіки та права «КРОК» 5 грудня 2024 року.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (83 найменування) та 12-и додатків. Загальний обсяг дипломної роботи – 133 сторінки, основний обсяг – 101 сторінка, 5 рисунків, 25 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ (РДУГ)

1.1. РДУГ: визначення, критерії, нейрофізіологічні основи та поведінкові прояви.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) – це сучасний термін на позначення специфічного розладу розвитку, який спостерігається як у дітей, так і у дорослих. Він характеризується дефіцитами в гальмуванні поведінки, стійкості уваги та стійкості до відволікань, регуляції рівня активності відповідно до вимог ситуації (гіперактивність та непосидючість) [35]. В DSM-5 визначений як стійкий патерн неуважності та/або гіперактивності-імпульсивності, що впливає на функціонування або розвиток. [4]

Дітей з симптомами дефіциту уваги та гіперактивності описували аж декілька авторів протягом останніх 200 років [68]. Починаючи з 1798 року, коли Sir Alexander Crichton в 2-гій главі «On Attention and its Diseases» («Про увагу та її розлади») 2-го тому «An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects» («Дослідження природи та походження психічних розладів: лаконічна система фізіології та патології людського розуму та історія пристрастей та їхніх впливів»), згадує аномалії уваги, про які за можна сказати, що вони відповідають сучасному розумінню РДУГ [68]. А 1844 року німецький лікар Генріх Гофман створює кілька ілюстрованих дитячих історій, зокрема «Неспокійний Філіп» («Zappelphilipp»), який нині є популярною алегорією для дітей зі РДУГ [68]. Втім вперше саме розлад дефіциту уваги («розлад дефіциту уваги: з чи без гіперактивності») був згаданий в 1980-му році в 3-ій редакції DSM [31]. І лише в DSM-IV вперше було нарешті визнано, що РДУГ – це не лише

дитячий розлад, який пропадає з віком, а скоріше хронічний розлад, який залишається в дорослому віці в багатьох випадках [68, 32].

За сучасними даними розлад дефіциту уваги та гіперактивності зустрічається у 6-16% учнів шкільного віку [46, 13]. РДУГ лежить на крайньому рівні безперервно розподіленого фенотипу (за характеристиками уважності, стримування та виконавчої функції (регуляції), який присутній у всій популяції. Коли дефіцити досягають певної точки, де вони призводять до порушень, можна говорити про розлад [80, 36].

Діагностичні критерії РДУГ були уточнені та доповнені в в DSM-V. До описаних симптомів РДУГ додали додаткові приклади, як вони можуть маніфестувати у підлітків та дорослих, зменшили кількість критеріїв, які мають бути присутні у дорослих з 6-ти до 5-ти, вік першого прояву змістили з до 7-ми років до до 12-ти років, а також дещо змінили критерії первазивності та порушення. [57] Клінічні прояви РДУГ можуть бути описаними як: тип переважно з неухважністю, тип переважно з гіперактивністю та імпульсивністю або комбінований тип, залежно від характеру симптомів [83]. Хлопці частіше мають гіперактивний імпульсивний тип, дівчата – неухважний [1].

Для того, аби відповідати критеріям розладу, потрібно, щоб з кожного ряду ознак (неухважності або гіперактивності/імпульсивності) 6 або більше симптомів тривали мінімум 6 місяців зі ступенем вираженості, який не відповідає рівню розвитку, та негативно впливає на соціальну та академічну чи професійну діяльність; для старших підлітків та дорослих (від 17 років) необхідно щонайменше 5 симптомів). [4]

До ознак неухважності відносять, коли людина часто:

- не може зосередити увагу на деталях або робить помилки через неухважність;
- має труднощі з утриманням уваги під час виконання завдань (лекцій, бесід чи тривалого читання) чи ігрових дій;
- не слухає під час прямого звертання;

- не дотримується інструкцій, розпочинає завдання, але швидко втрачає зосередженість і легко відволікається;
- має труднощі з організацією завдань та різних занять, погано керує своїм часом;
- уникає, не любить та неохоче береться за завдання, які потребують тривалих розумових зусиль;
- губить речі;
- легко відволікається на сторонні подразники;
- забуває про щоденну діяльність [4].

Ознаками гіперактивності та імпульсивності вважається, коли людина часто:

- дригає та постукує руками чи ногами або крутиться на сидінні;
- встає з місця тоді, коли варто залишатися на ньому;
- бігає або видирається вгору в ситуаціях, коли це недоречно (у підлітків та дорослих може обмежуватись почуттям неспокою);
- не в змозі спокійно гратися або брати участь у різних видах дозвілля;
- перебуває в русі, поводить себе ніби дзига;
- говорить надміру;
- «випалює» відповідь ще до закінчення запитання;
- має труднощі з очікуванням своєї черги;
- перебиває або втручається [4].

Важливо, щоб існувало чітке свідчення того, що симптоми заважають або знижують якість соціального, академічного і професійного функціонування. Та симптоми не є проявом шизофренії чи іншого психічного розладу і не пояснюються іншими клінічними розладами (наприклад, розладами настрою, тривожними розладами, розладами особистості, інтоксикацією різними речовинами або синдромом відміни) [24, с. 112].

Для встановлення діагнозу необхідно виявити, що розлад проявляється більше, ніж в одній сфері життя (напр. вдома, в школі, на роботі) [48].

Одна ж з клієнток, описаних в “Чому я відволікаюсь” описала РДУГ: “Ви не думаєте про те, що робите, та не робите того, що збираєтесь зробити” [28].

“Гештальт-терапія у клінічній практиці” зазначає, що говорячи про психопатологію, йдеться про континіум між полюсом здоров’я та полюсом патології [59]. Це нагадує нам, що ті самі симптоми можуть бути вираженими в більшій або меншій мірі у різних людей зі РДУГ.

РДУГ – один з самих недодіагностованих, і в той же час, передіагностованих розладів, каже про пацієнтів своєї практики американський психіатр та популяризатор знань по РДУГ Dr. К. [54]. На тому, що діагноз є часто супутнім до інших або його плутають з іншими також наголошують і Едвард Хелловелл та Джон Рейті в своїй книжці “Чому я відволікаюсь”.

Людина може мати встановлений діагноз депресії, та в основі її депресії лежить РДУГ. Або навпаки, причиною того, що люди не можуть сфокусуватись та зробити справи, які потрібно зробити, є не РДУГ, а те, що вони п’ють забагато кави, енергетичних напоїв, погано сплять, втомлені, мають дисоціативні розлади, проводять забагато часу в інтернеті або знаходяться в стресовому стані, мають наркоманію та синдром відміни, малі припадки епілепсії. Людям зі РДУГ може бути помилково встановлений діагноз біполярного афективного розладу, часто РДУГ не розглядається як причина, яка може лежати в основі залежностей. Також РДУГ може виникати разом з ОКР [54].

Расселл Барклі зазначає, що хоч довгий час вважалося інакше, лише 20-35% дітей зі РДУГ «переростають» його та більш не мають порушень та проблем, пов’язаних з ним у дорослому житті [35].

Нейрофізіологічними основами РДУГ займалися багато вчених.

Дослідження А. Заметкіна вийшло в 1990-му та присвячене вивченню активності роботи мозку у дорослих зі РДУГ (розладом дефіциту уваги) та в контрольній групі шляхом вимірювання споживання мозком глюкози – джерела енергії – під час тесту на неперервну діяльність. Метаболізм глюкози вимірювали позитронно-емісійною томографією. За допомогою цієї методики Заметкін виявив в головному мозку учасників експерименту зі РДУГ в порівнянні з контрольною групою дефіцит споживання глюкози, тобто, енергії (на 8%). Зменшення споживання глюкози було в різних областях мозку, та найбільшим зменшення метаболічної активності було в префронтальній та премоторній областях кори [28].

З часу цього дослідження пройшло чимало часу, і станом на зараз вже є досліджені такі відмінності у мозку людей зі РДУГ від нейротипових:

- amygdala, мигдалеподібне тіло (центр негативних емоцій та виживання - за допомогою неї ми відчуваємо страх чи занепокоєння, тривогу, вона також допомагає нам реагувати та виживати в дуже складних ситуаціях) та insula, острівець (теж управляє різними видами негативних емоцій) мають тенденцію бути меншими, ніж у нейротиповому мозку. Велика частина того, що робить тканина мозку – це гальмування. І якщо ми бачимо менші об'єми в мозку мигдалеподібного тіла та острівця, це корелює з більшою емоційною чутливістю/відповіддю, яку ми бачимо в людей з РДУГ (часто емоції беруть верх над ними, люди стають дещо імпульсивними);

- мигдалеподібне тіло та острівець мають більш міцний зв'язок з nucleus accumbens, прилеглим ядром перегородки (частина нашої системи дофамінової винагороди - те, що мотивує нашу поведінку та дозволяє відчувати винагороду) - що значить, що та поведінка, яку ми обираємо, є більш чутливою до емоцій, тобто, якщо людина з ADHD переживає якусь емоцію, то вона більш імовірно (ніж інші) включиться у якусь діяльність на основі цих переживань;

- відомо, що стимулюючі препарати допомагають при ADHD. Як так може бути? Якщо люди і так вже думають надто швидко, надто швидко

відволікаються і т.п.? Виявляється, те, що роблять стимулюючі медикаменти – вони стимулюють фронтальну кору, а її частини відповідають за таке: prefrontal cortex, префронтальна кора – залучена в планування та виконання поведінки, дій; orbitofrontal cortex, орбітофронтальна кора – відповідає за регулювання емоцій та прийняття рішень (наприклад, хочеться на когось накричати, та я можу це призупинити, от орбітофронтальна кора саме цим займається); dorsolateral prefrontal cortex, дорсолатеральна префронтальна кора - зважає варіанти, +/-, ризики та переваги, альтернативи). Фронтальна кора управляє регуляцією інших частин мозку. [41] А у людей зі РДУГ дещо менша за розмірами префронтальна кора, базальні ганглії, задня нижня частина черв'ячка мозочка - всі вони грають важливу роль у фокусуванні та увазі [63]. Тобто, при вживанні медикаментів стимулюється можливість контролювати решту мозку, тобто, укріплює наші "гальма";

- anterior cingulate cortex (передня поясна кора) - з'єднує префронтальну кору та nucleus accumbens. Ця штука в мозку людей з ADHD дещо слабша. Тобто, в більш нейротиповому мозку префронтальна кора може краще стримувати імпульси та емоції, ніж у людей з ADHD [41];

- також менша кількість сірої речовини у хвостатому ядрі - область мозку, яка інтегрує інформацію з різних його частин і підтримує когнітивні функції, включаючи пам'ять;

- та різниця в білій речовині - у валику мозолистого тіла - можливі проблеми зі зв'язком між півкулями в областях, які беруть участь в увазі та сприйнятті [63].

Якщо подивитись на конкретні речі, з якими люди з ADHD мають питання, то вони дуже добре відповідають конкретним областям мозку. Скажімо, хтось неорганізований – і це буде скоріше питання з frontal lobe. Іншим дійсно важко регулювати свої емоції, вони не можуть їх контролювати - це може бути слабкістю передньої поясної кори або наслідком менших мигдалини та острівця. 10-25% людей "виростуть" з ADHD з віком. Що ж станеться? Укріпляються (виростуть) їх фронтальна кора, і вже у віці десь 30-

ти ці люди можуть стати більш організованими та матимуть можливість гальмувати імпульси [52].

Також в 1993 році Девід Хаузер та Алан Заметкін опублікували статтю, в якій йшлося про взаємозв'язок між рідкісною формою дисфункції щитоподібної залози – генералізованою резистентністю до тиреоїдних гормонів – та РДУГ. Кореляція була 70% [28].

РДУГ створює певні проблеми в житті осіб, в яких він діагностований чи не діагностований. Ми можемо визначити ці проблеми із запитів, з якими звертаються особи зі РДУГ до фахівців. З практики та джерел, які розглядала, окрім того, що клієнти можуть приходити з різним спектром запитів, які ніяк не пов'язані з розладом, та є все ж певні запити, які до нього відносяться, є РДУГ-специфічними. Це наприклад:

1. *Запити, які первинно пов'язані зі РДУГ.* Вони напряду пов'язані з тим, що саме являє собою розлад дефіциту уваги, а саме:

- Прокрастинація (з практики і описано в джерелах [29, 7, 28]), неможливість почати якусь справу

- Неможливість довго працювати задля досягнення довгострокової цілі (з практики і описано в джерелах [7, 28]).

- Погана здатність організовувати себе. Якщо щось нецікаво, їм дійсно складно себе змусити чимось займатись, сконцентрувати свою увагу на виконанні потрібної задачі [29, с.43].

- Гублять речі [29, с.44] (це відбувається не тому, що люди мають проблеми з пам'яттю та забувають, де що поклали, а тому, що на момент, як людина щось клала кудись, вона не звернула достатньої уваги, що саме вона робить - і відповідно, не запам'ятала) [54].

- Люди забувають про важливі зустрічі або не встигають підготуватись.

- Забувають щось зробити для сім'ї та друзів.

- В кінці кінців, через це все переживають ще більший стрес. Та стрес через те, що їх сім'я/друзі сердяться на них [29, с.44].

- Багато відволікаються по ходу виконання якогось завдання, яке вимагає концентрації.

- Запити, які пов'язані з регуляцією емоцій та імпульсів. Люди зі РДУГ більш імпульсивні, ніж люди без РДУГ. Часто вони реагують на ситуацію надто швидко, впадаючи у гнів, пригніченість, тривогу, замість того щоб проаналізувати те, що відбувається [29, с.52].

- “Багато всього, постійно”. Люди без РДУГ легко та швидко розставляють пріоритети при виконанні різних задач. Люди зі РДУГ же зазвичай сприймають всі задачі як однаково важливі, тому відчують себе перевантаженими роботою: не знають, з чого почати, тому нічого не роблять [29, с. 86].

2. І вторинні –ті, які сформувались як наслідок того, що у людини є розлад дефіциту уваги (та гіперактивності). Засновуючись на своєму клінічному досвіді Едвард Хелловелл та Джон Рейті приводять в своїй книзі [28] такі підтипи РДУГ. Оскільки багато пов'язаних зі РДУГ вторинних симптомів розвиваються поступово, то ці підтипи характерні більше для дорослих, наведу їх тут, по цих назвах можна розпізнати і запити, з якими звертаються клієнти:

- РДУ без гіперактивності (не завжди у людей зі РДУ є Г – навпаки, у більшості дорослих саме аспект гіперактивності зникає. + дівчата можуть по-іншому проявлятися, ніж хлопці, і можуть навпаки бути досить спокійними, але занадто мрійливими та “літаючими в хмарах”) [28].

- РДУ з тривожністю (в цих людей зі всіх проявів РДУГ найбільш виражений – тривожність. Люди часто просто таки шукають приводи для тривоги. Для таких людей складно розслабитись чи відпочити, вони “швидко сканують горизонти психіки в пошуках причини для тривоги. Виявивши, «бере ціль» і «не відпускає». В той самий момент, коли з голови йде одна проблема, людина береться за пошуки наступної [28]. Люди зі РДУГ легко стають тривожними. Їх мозок бачить задачі, які важливо вирішити, бачить, як їх багато, бачить, як вони реагують, та впадає в ступор. Люди нервують, коли

думають про речі, які потрібно зробити в майбутньому. При РДУГ є певна складність в тому, щоб відсортувати, що із задач є більш пріоритетним, а що менш, що більш терміновим, що менше, і перестати думати про те, що не актуально прямо зараз. Тут дуже важлива навичка залишатись в тут і тепер [29, с.54].

- РДУ з депресією (часто депресія та РДУГ співіснують, або депресія є наслідком РДУГ (добре описаний цей процес, як так стається, у відео Dr К про депресію та РДУГ), і буває, що коли ставлять діагноз депресії не розглядають те, що РДУГ може бути її причиною) [28, 50, 35].

- РДУ з порушеннями навчання (більше стосується дітей) [28, 69, 35].

- РДУ зі збудженністю чи манією (іноді РДУ(Г) може нагадувати періоди манії. Та є різниця в енергетичному рівні: звичайна людина зможе симулювати збудження людини зі РДУГ, та манійне - не зможе. В людей зі РДУГ буде менше манакального напору та непередбачуваності) [28, 55]. За одним з недавніх досліджень 1 з 13-ти пацієнтів зі РДУГ мають діагноз БАР [1].

- РДУ зі зловживанням алкоголем та/чи наркотиками (за теорією Едварда Ханцяна, люди починають вживати алкоголь чи наркотичні речовини для лікування деяких базових неприємних відчуттів. Вони використовують ці речовини як прописані самими собі ліки від емоційних відчуттів, які їх тривожать [...] алкоголь зазвичай заглушає внутрішній шум, на який жаліються багато дорослих зі РДУ та ненадовго знімає тривожність, маріхуана зазвичай також заставляє замовчати внутрішній голос та допомагає “охолонути”, також людям зі РДУГ стимулюючі наркотики на диво допомагають сконцентруватись. На жаль, звісно, всі ці речовини несуть свої негативні наслідки та залежність) [28, 66]. Серед алко- наркозалежних людей 25% мають РДУГ [1].

- РДУ у творчих особистостей (творчі здібності – це часто можливість бачити світ інакше, по-новому інтерпретувати особистісний

досвід, надавати форму свіжим ідеям. І декілька характеристик людей зі РДУГ сприяють цьому: вони більш толерантні до хаосу, ніж більшість людей; більш імпульсивні; можуть час від часу неймовірно інтенсивно концентруватись; гіперреактивність; люди зі субклінічним РДУГом також мають схильність до нестандартного мислення) [28, 63]. Респонденти дослідження Jane Ann Sedgwick, Andrew Merwood та Philip Asherson про позитивні сторони РДУГ зазначають креативність та допитливість як свої сильні сторони, які вони асоціюють зі РДУГ [77].

- РДУ з ризикованою поведінкою та РДУ “сильної стимуляції” (пошук дуже стимулюючих ситуацій часто стає центральним елементом синдрому дефіциту уваги у дорослих та дітей. Ці люди жадають новизни та потребують збудження, їм подобається жити в швидкому темпі, якщо обстановка нудна та немає конфліктів, вони їх можуть створити, люди шукають інтенсивної стимуляції, часто пов’язаної з ризиком) [28]. Дуже поетично ризикована поведінка описана в романі «Місто дівчат» у головної героїні: «Ми із Селією [...] кружляли того літа вулицями Нью-Йорка, немов наелектризовані. Не ходили, а мчали, як ракети. У нас не було мети, ми просто шукали яскравих барв. Нічого не пропускали і водночас прогавили все. [...] кружляли і кружляли містом ніч за нічю і знаходили на свої голови які завгодно пригоди, великі й малі [3].

- РДУ з дисоціативними станами (викликані травмою дисоціативні стани дуже нагадують відволікання при дефіциті уваги).

- РДУ з пограничними рисами особистості (погано визначене “я” пограничної особистості може нагадувати фрагментоване, схильне відволікатись “я” людини зі РДУГ, також для людей зі РДУ(Г) можливі різкі розриви стосунків, як і для пограничних людей, і також вони шукають потужні стимули для того, щоб зосередитись (люди з ПРО - для того, щоб пережити біль), схожа імпульсивність, гнів, використання наркотиків чи алкоголю, нестабільність настрою, часто недостатні досягнення) [28, 70]. 18-34% осіб зі РДУГ мають ПРО по різних дослідженням [1].

- РДУ з кондуктивним та опозиційним розладами (у дітей) та антисоціальними рисами особистості (у дорослих) (і у дітей, і у дорослих, особливо хлопчиків/чоловіків, певні види агресивної та зухвалої поведінки можуть маскувати розлад дефіциту уваги або бути супутніми до нього) [28, 35].

- РДУ з обесивно-компульсивним розладом (якщо ці два розлади є супутніми одне до одного, то РДУГ може залишитись непоміченим, бо оскільки чимптоми ОКР спричинює більше проблем) [28, 56].

- Псевдо-РДУ (культурно зумовлений дефіцит уваги. Швидкий темп, бажання швидше підвести підсумок, короткі кліпи, що обриваються, сильна стимуляція, насилля, тривожність, винахідливість, творчість, швидкість, зосередженість на теперішньому: нема ні майбутнього, ні минулого, неорганізованість, гонитва за задоволеннями, все на бігу, зжаті строки, пріоритет функціональності. “Наша культура у будь-кого може викликати схожі на РДУ симптоми”) [28].

Також хочеться окремо зазначити, що як до гештальт терапії у навчанні до мене часто люди зі РДУГ приходять із запитом про стосунки та самооцінку, які також можуть першопричиною мати труднощі з увагою та РДУГ-специфічні прояви.

1.2. Генетичні та соціальні фактори виникнення РДУГ.

Рассел Барклі в своєму Fact-sheet пише, що хоча точні причини РДУГ досі не визначені, немає сумнівів, що спадковість/генетика відіграє найбільшу роль у поширенні цього розладу серед населення. Спадковість РДУГ становить у середньому близько 80 відсотків, що означає, що генетичні фактори зумовлюють 80 відсотків різниці між людьми за цим набором поведінкових рис. Було виявлено декілька генів, пов'язаних із цим розладом, і, безперечно, їх буде знайдено більше, враховуючи, що РДУГ являє собою комплекс поведінкових рис, а отже, мало ймовірно, що один ген відповідає за цей розлад [35].

У випадках, коли спадковість, вочевидь, не є вирішальним фактором, було встановлено, що різним ступенем до ризику розвитку розладу можуть сприяти:

- ускладнення під час вагітності;
- внутрішньоутробне впливання алкоголю та тютюнового диму;
- недоношеність;
- низька вага при народженні
- надмірно високий рівень свинцю в організмі
- а також пошкодження префронтальних ділянок мозку в постнатальний період [35].

Дослідження не підтвердили поширеної думки про те, що РДУГ виникає через надмірне споживання цукру, харчових добавок, тривале переглядання телевізора або неналежне виховання батьками. Деякі препарати, що застосовуються для лікування епілепсії у дітей, можуть як побічний ефект посилювати симптоми РДУГ, але ці ефекти є зворотними [35].

Дослідження за допомогою близнюкового методу в сфері РДУГ виявили значну кількість збігів з психопатологією іншої дитини, особливо це стосувалось поведінкових проблем та кондуктивного розладу. Інші близнюкові дослідження щодо РДУГ та інтелектуальної недостатності виявили, що більшість зв'язку між цими факторами є спадковим – 91% [80].

Для того щоб виявити, які гени є схожими для людей зі РДУГ за допомогою genome-wide association study (GWAS) потрібні дуже великі вибірки. І не так давно, в 2017-му році, була опублікована стаття про дослідження серед 20183-х людей зі РДУГ та 35191 контрольних кейсів, в якому було чітко виявлено 12 незалежних геномних локусів, у тому числі один, що містить ген FOXP2, який раніше був асоційований з серйозними проблемами в мові та говорінні [80].

Рассел Барклі в своєму інформаційному листку “What causes ADHD” пише, що причини виникнення РДУГ – комплексні, на це впливає багато

факторів. Зараз вважається, що найбільша їх кількість є генетичними та неврологічними без підтверджень, що соціальні фактори самі по собі можуть спричинити РДУГ. Хоча соціальні фактори (такі як стрес, глобальні катастрофи) можуть взаємодіяти з генетичною схильністю до розладу та підсилювати його [36].

Дослідження показали, в середньому у 75-80% людей, у яких є схильність до РДУГ, клінічно проявляється цей розлад. Це трішки менше, ніж внесок генетичного матеріалу у визначення зросту, значно більше, ніж генетичне обумовлення рівня IQ чи рис характеру, або вдвічі більше, ніж генетичний внесок у такі розлади як депресія чи тривожність. Вчені ідентифікували ~25-45 генів, експресія яких визначає РДУГ. Тобто розлад є полігенним – його визначає ряд генів, при чому успадкування (наявність) кожного окремо взятого з цього ряду гену несе порівняно невеликий ризик клінічних проявів, в той час як їх одночасне успадкування (наявність) та комбінація підвищує ризик розвитку розладу. Експресія всіх генів, які були ідентифіковані як РДУГ пов'язані, відбувається у головному мозку. Це стосується не тільки нейрохімічної експресії, такої як чутливість до дофаміну та норадреналіну, а також їх зворотного захоплення нервовими клітинами, але особливо того, як нервові клітини мігрують, залишаючись в різних ділянках мозку, як буде проходити їх прунінг, і навіть, скільки синапсів вони формують, з'єднуючись з іншими нервовими клітинами. Чи проблема може бути в архітектурі клітин [36].

Як мінімум на 10% випадків РДУГ впливають прижиттєві генетичні мутації – гени, яких не мають батьки, але вони сформувались протягом життя у гаметах (чим старша людина, тим більша ймовірність цього) під впливом середовища: сонячного проміння, X-rays, токсинів середовища, та передались дітям [36].

На експресію наявних генів впливають такі фактори середовища:

- екологічні фактори (вміст свинцю в крові, специфічні викиди),

- куріння матері, вживання алкоголю/пасивне куріння в дитинстві (тут не дуже зрозуміло, більше впливають саме речовини, які потрапляють в організм під час куріння чи факт того, що мати має залежність (а відповідно, ймовірно може сама мати РДУГ), чи те, що узалежнена людина має деякі питання з прив'язаністю, які впливають на формування прив'язаності із дитиною та розвиток її мозку),
- вживання матір'ю під час вагітності деяких препаратів (парацетамолу, вальпроєвої кислоти (препарат від епілепсії),
- недоношеність, гіпертонія, гіпертеріоз матері при вагітності,
- втрата матір'ю близьких родичів під час вагітності,
- втрата в сім'ї, сексуальна експлуатація, недогляд, закинутість дитини,
- низький рівень сімейного доходу,
- виховання дитини поза родиною,
- батьки належать до нижчого класу; правопорушення, психічні хвороби батьків,
- проживання сім'ї не разом станом на 1-ше січня року, наступного за роком народження дитини,
- недоїдання дитини або матері під час вагітності та вигодовування,
- хронічний стрес під час вагітності,
- травма мозку [63],
- соціальна взаємодія, зв'язок з матір'ю [10].

Також на проявленість РДУГ може впливати інформація, яка передається епігенетично. Маленькі хімічні «прапорці» (зазвичай, метильовані мітки) успадковуються як додаток разом із відповідними генами. Цей прапорець впливає на те, чи ген буде активовано, і навіть, що саме відбудеться, якщо ген буде активовано. Існують докази впливу епігенетики на інші медичні та психіатричні розлади, такі як аутизм, щодо РДУГ на момент написання цього тексту Барклі тільки починали з'являтися

дослідження. Можливо, що фактори навколишнього середовища, описані вище (такі як недоїдання батьків або дітей, хронічний стрес під час вагітності чи значні соціальні негаразди), обумовлює вірогідність розміщення на генах таких епігенетичних міток, в тому числі і детермінуючих клінічні прояви РДУГ [36].

Чому ж деякі люди мають ці генетичні особливості, а деякі – ні? Цікаву перспективу про те, чому людський мозок має цю вразливість відволікання чи уваги, яка високоваріабельна, розглядає Dr К в своєму відео “Hunters vs Farmers”. Є теорія, яка говорить про те, що у різних людей увага працює по-різному, і це можна описати концепцією “мисливців” та “фермерів”. Деякі люди мають більше патерни поведінки, притаманні фермерам – встають в один і той самий час, їм подобається робити роботу, яка більш стабільна, передбачувана та приносить певне задоволення. Це скоріше “люди звички”. Інші ж люди – більше як мисливці, і їх увага – більш динамічна. Мільйони років тому, коли розвивалось людство, частині людей потрібно було мати дуже варіативну увагу. Їм потрібно було не фокусуватися на одному і тому самому з дня у день, а досліджувати різні території та обробляти та збирати в картинку різноманітні стимули: тут сліди, там зламана гілка, звідти чути шум. Людям цього типу швидко стає нудно, їм потрібні зміни чи якісь стимули. Є дослідники, які подивились на цей феномен з генетичної точки зору, і виявили таку річ: гени РДУГу, здається, успадковуються. І ті суспільства, предки яких скоріше були мисливцями та збиральниками, будуть мати більшу кількість людей зі РДУГом, ніж ті, предки яких займались сільським господарством. Подальші дослідження виявили, що не все так просто, та також, що останні 35 тис років був негативний відбір генів РДУГ. І це цікавий факт, можливо, коли ми були збиральниками та мисливцями та не мали потреби сидіти по 8 годин та сфокусовано читати книгу чи займатись якоюсь справою, динамічний фокус уваги був важливий та зазнавав позитивного відбору (передавався новим поколінням), і потім перестав, бо змінилось середовище [64].

А Джеймс Хадсон та Харрісон Поуп зі Школи медицини Гарвардського університета, опублікували дослідження, в якому запропонували гіпотезу, що у 8-ми захворювань (вони назвали цю групу “розлади афективного спектру): депресії, РДУГ, булімії, ОКР, катаплексії, мігрені, панічного розладу та синдрому подразненого кишківника може бути спільна патофізіологія. Така класифікація підтримується клінічними даними та тим, що захворювання реагують на схожі препарати [5].

Який саме вплив здійснює соціальне середовище на формування РДУГ?

Габор Мате в своїй книжці про РДУГ «Розсіяний розум» пише, що він не вважає, що в появі рис РДУГ вирішальним є генетичний чинник. Можна сказати, гени – це живі динамічні архітектурні плани. Чи реалізуються ці плани, залежить від величезної кількості чинників. Здебільшого це визначає середовище. Гени несуть в собі потенціал. Яка ж з багатьох потенційних можливостей біологічно реалізується – це питання життєвих обставин. «Лише кілька захворювань є суто генетичними, - цитує він генетика Університету Британської Колумбії Майка Гайдена. – Найбільш впевнено ми можемо сказати лише те, що деякі хвороби дуже залежать від генів.» [14].

Габор Мате каже про те, що з те, що батьки або сиблінги дитини зі РДУГ також більш імовірно мають РДУГ (25-35% батьків дітей зі РДУГ мають РДУГ, 25-50% сиблінгів та 70-92% ідентичних близнюків [36]), може схилити до висновків про генетичне походження розладу. Та сім'я також має сімейну атмосферу, у якій дитина проводить перші, найважливіші та формуючі роки свого життя, і яка впливає на розвиток мозку. І, відповідно, порушення у дітей є більш імовірними в сім'ях, де батьки страждають від схожих проблем [14].

Грінспен каже, що одна і та сама комбінація біологічних відмінностей може втілювати багато позитивних рис людини, а може бути підґрунтям значних порушень. Стануть ці риси талантами чи проблемами, залежить від того, як дитину виховують [61].

Габор Мате пише про те, що діти зі РДУГ є гіперчутливими. І насамперед це в РДУГ і є успадкованим. «Генетично успадковується саме чутливість, а не розлад.» А далі вже перетворюється на розлад в умовах, коли середовище не звертає увагу на чутливість людини. Від РДУГ та інших поширених психологічних проблем страждає третина Америки. Немає логіки в тому, аби мільйони років еволюції людям передавались проблемні гени у такій кількості. Якщо подивитись на це під кутом того, що передається чутливість, а не розлади – картина буде іншою. Існування чутливих людей потрібне людству, бо вони найкраще виражають його творчі потреби та прагнення [14].

Далі він послідовно описує, як саме середовище впливає на формування у немовляти РДУГ. Для належного розвитку мозку, а конкретно префронтальної кори, потрібні певні умови. Емоційна взаємодія може пригнічувати або стимулювати розвиток нейронних мереж, і ось як. Для того щоб росли нейронні закінчення, які виділяють дофамін, а також росло число дофамінових рецепторів, необхідна соціальна стимуляція. У чотиримісячних мавпенят уже через 6 днів розлучення з мамою виявили значні зміни в системі вироблення дофаміну та інших нейромедіаторів. З цього Стівен Дубовскі, професор психіатрії та медицини Університету Колорадо, робить висновок, що втрата важливої прив'язаності, здається, знижує рівень важливого нейромедіатора в мозку. У дослідженні на щурах рання взаємодія з матерями сприяла ефективнішим механізмам зменшення тривожності та вони мали більшу кількість рецепторів до власних природних транквілізаторів. У новонародженої ж дитини розвиток дофамінових рецепторів та збагачених дофаміном нейронних закінчень пов'язаний з щасливою та радісною взаємодією з основним піклувальником. Виділяються ендорфіни, вони стимулюють вироблення дофаміну, а у зв'язці вони сприяють розвитку нових зв'язків, росту нейронів та кровоносних судин у префронтальній корі. А як раз відносний брак рецепторів дофаміну та

послаблене кровопостачання в префронтальну кору вважають однією з основних ознак РДУГ [14].

Також він пов'язує нерозуміння людьми зі РДУГ соціальних сигналів тим, що їх самих та їх емоції в дитинстві не здатні були зрозуміти піклувальники, які переживали стрес чи депресію. Депресія матері теж суттєво впливає на розвиток мозку дитини. Під час дослідження Вашингтонського університету в Сіетлі електроенцефалограм новонароджених дітей виявили, що новонароджені діти реагують на ігрову позитивну взаємодію з матір'ю підвищеною активністю лівої фронтальної частки мозку. Та така активність була лише в дітей, чії матері не мали депресії. В дітей матерів, у яких була післяпологова депресія, не виявляли активації цієї частини мозку, хоч як матері не старались. Саме у фронтальних частках мозку знаходяться центри регуляції емоцій, і саме фронтальні частки мозку недорозвинені у людей зі РДУГ. Нейрони та нейронні зв'язки борються за виживання та розвиток. Неактивні нейрони (ті, які отримують мало інформації на вхід) відмирають, активні ж – залишаються [14].

Франсіна Конвей в своїй статті “Current Research and Future Directions in Psychodynamic Treatment of ADHD: Is Empathy the Missing Link?”, де систематизує різні дослідження психоаналітиків про РДУГ, пише про те, що діти зі РДУГ мають проблеми в інтеперсональних відносинах, які витікають з глибоких дефіцитів у стосунках та емоційному обміні (відповідно до теорії об'єктних відносин): проблематичних взаємодій з батьками та сиблінгами; батьківської гіперопіки чи навпаки покинутості; травм чи нарцисичних вразливостей. Дослідження Фонагі щодо природи прив'язаності між опікуном і дитиною продемонструвало, як порушення стосунків, такі як жорстоке поводження, можуть призвести до поведінки, подібної до РДУГ [45].

З дослідження Conway та колег, проведене з 79-ма дітьми, видно, що діти зі РДУГ мають диспропорційно більше травматичних інцидентів. У дітей зі РДУГ більш імовірно були/є стресори середовища та порушення

прив'язаності. В середньому, дитина зі РДУГ мала більше травм, завданих середовищем чи травм прив'язаності, порівняно з їх ровесниками без РДУГу. Травми прив'язаності стосувались переривань у відносинах прив'язаності через те, що діти були поміщені в прийомні сім'ї, сексуальний аб'юз, фізичний аб'юз, погане поводження, смерть матері чи батька, смерть опікуна. Під травмами, завданими середовищем, мається на увазі хронічний стрес, включаючи зловживання речовинами когось із батьків або якщо дитина ставала свідком домашнього насильства. Ці досвіди порушують можливості дитини до менталізації [45]. Менталізація – це можливість людини відчувати та розуміти свої емоції, думки, погляди та бажання, можливість пояснити свої дії. А також це можливість пояснити для себе дії інших людей, вжившись в їх обставини, врахувавши їх попередні патерни поведінки [39].

Було виявлено, що в сім'ях дітей зі РДУГ імовірність розлучення або розставання її біологічних батьків протягом перших 8-ми років життя втричі вища за цей показник поза групою. Матері дітей зі РДУГ вважають себе депресивнішими, а своє подружнє життя – більш стресовим, ніж матері нормотипових дітей [38]. При цьому, як слушно зауважує Габор Мате в своєму «Розсіяному розумі», якщо люди розлучились, коли дитині було 2 роки, це не значить, що стресова ситуація для дитини була тільки в 2 роки. До цього часу досить довго щось йшло не так між батьками, кожен з подружньої пари переживав стрес, який впливав на дитину та формування прив'язаності.

Також прояви РДУГ залежать і від безпосередньо середовища, в якому знаходиться людина, вже не немовля, і не обов'язково це тільки сімейна атмосфера. Про це говорить Dr. К: В двох різних середовищах у одної і тої самої дитини може бути діагностований чи не діагностований РДУГ. Дослідження кажуть, що співвідношення учнів та вчителів впливають на діагностування РДУГ. Якщо десь є декілька вчителів та значно більше учнів, ці учні більш схильні до того, щоб у них був діагностований РДУГ. Якщо ж вчителів трошки більше, а учнів менше, то ці вчителі можуть забезпечити

учням більше структури та більше наставництва, і навіть якщо дитині важко зосередитись та вона має проблеми з увагою, вчителі зможуть допомогти їй триматись шляху. І у цих випадках ряд дітей абсолютно окей функціонують та їм навіть не ставлять діагноз РДУГ. Це стосується не тільки дітей, а і дорослих: люди можуть страждати в одних середовищах та бути успішними та відчувати себе комфортно в інших [64].

Також мета-аналіз, що охоплював 25 досліджень із понад вісьмома мільйонами учасників, виявив, що у дітей та підлітків, які є молодшими за своїх однокласників, вірогідність отримати діагноз РДУГ вища [83].

В 2022-му році ряд людей писали мені, що вони не відчували такого раніше, але мають схожі до РДУГ симптоми після початку повномасштабного вторгнення. І дійсно, пролонгований травматичний стрес впливає на мигдалевидне тіло (див. вище про те, як воно задіяне в РДУГ, мигдалевидне тіло відповідає за регуляцію емоційного навчання та зчитування емоційних проявів (Honigsbaum, 2013), а дефіцити мигдалевидного тіла відповідають за лабільні емоції [45]), гіпокамп та префронтальну кору (а дефіцит префронтальної кори, див. вище, як раз і є за визначенням характерним для РДУГ та відповідає за executive dysfunction) [41].

Є кореляція між симптомами РДУГ та кризовими ситуаціями. Порушення повсякденного життя, підвищений стрес, соціальна ізоляція під час війни чи пандемії можуть посилювати симптоми РДУГ [17].

У міжнародній консенсусній заяві Всесвітньої федерації РДУГ: 208 доказових висновків про розлад йдеться про те, що РДУГ рідко викликаний тільки генетичними ризик-факторами чи тільки впливом середовища. Зазвичай це результат комбінованого впливу багатьох генетичних факторів та факторів впливу середовища, кожен з яких по окремості має малий ефект [83].

1.3. Методи діагностики розладу дефіциту уваги (та гіперактивності) у дорослих та проблеми діагностики в Україні

Гіперактивність представлена в загальній популяції як континуум. Основні симптоми РДУГ можна вважати поведінкою, граничною з нормою. Крім того, діти та молоді люди, які страждають від ряду інших емоційних та поведінкових розладів, можуть проявляти симптоми РДУГ [23]. То як визначити, що у людини є РДУГ?

Для постановки діагнозу “розлад дефіциту уваги та гіперактивності” (у дорослих частіше просто розлад дефіциту уваги) не потрібні аналізи або якісь інші фізіологічні дослідження [51]. Дослідження нейровізуалізації виявляють незначні відмінності в структурі та функціонуванні мозку між людьми з РДУГ та без нього. Проте, ці відмінності не можна використовувати для діагностики РДУГ [83]. Для діагностування використовують нейропсихологічне тестування та до їх результатів (або і іноді без тестів) психіатри будуть ставити питання, що стосуються того, як люди функціонували в дитинстві, в школі, що зараз відбувається на роботі, можуть поставити діагноз. Це може бути серія тестів, направлених на те, щоб оцінити можливість людини фокусуватись, не відволікатись [51]. Цікаво, що це тестування може бути не показовим, бо сам сетінг та обстановка тесту (обмежений час, щось нове, присутність нової людини) можуть навпаки сприяти тому, щоб людина краще фокусувалась [28]. Відповідно, хоч люди зі РДУГ можуть мати незадовільні результати цих тестів, діагноз не може бути поставлений лише на основі нейропсихологічних тестів [83], часто тести (тестування продуктивності, актометрія) не розрізняють дітей та підлітків зі РДУГ від контрольних груп психіатричних хворих або нормотипових однолітків [23].

Початково запідозрити наявність у людини РДУГ можуть лікарі загальної практики або інші фахівці первинної медичної допомоги, освіти та соціальні працівники. На цій стадії може бути отримана важлива інформація, що свідчить про необхідність проведення спеціалізованого дослідження.

Особи, які беруть участь у проведенні початкової оцінки, повинні знати про поширеність та основні особливості РДУГ/ГКР, а також про деякі труднощі, що виникають при постановці діагнозу, включаючи питання супутньої патології та впливу ситуації/середовища на прояви РДУГ [23].

Діагноз може бути поставлений лише ліцензованим клініцистом [83], в Україні – психіатром (інколи ставить діагноз сам, інколи після консультації клінічного психолога). Для встановлення діагнозу необхідно виявити, що:

- розлад проявляється більше, ніж в одній сфері життя (напр. вдома, в школі, на роботі) [48];
- наявність симптомів гіперактивності-імпульсивності та/ або неухважності, що не відповідають рівню розвитку, протягом щонайменше 6 місяців;
- Симптоми призводять до порушень в повсякденному житті;
- Деякі симптоми та порушення вперше виникли в дитинстві або ранньому дитинстві;
- Жоден інший розлад не може краще пояснити ці симптоми [83].

Важливими компонентами для встановлення діагнозу є інтерв'ю з батьками/опікунами, інтерв'ю з дитиною/підлітком, анкети, психо-освітня оцінка, клінічне обстеження та допоміжні (фізичні, психіатричні та психологічні) оцінки [23]. Необхідно переглянути інформацію про результати діяльності в школі, включаючи деталі академічної успішності, а також соціальну взаємодію з іншими дітьми та персоналом, а також звернутися до школи. Клініцист повинен визначити, яке лікування (якщо таке є) дитина/підліток отримували в минулому. У 50% дітей зі РДУГ можуть спостерігатися порушення сну, та це не є критерієм діагностики. Розглядають акушерський та перинатальний анамнез, історію розвитку, історію розширеної родини, необхідно оцінити функціонування сім'ї, власне сприйняття дитиною проблеми, тести, анкети самостійного звіту, психолого-педагогічну оцінку успішності навчання, якісну інформацію про стиль навчання, уміння дитини концентрувати увагу, швидкість виконання роботи,

імпульсивність та впевненість у собі (можуть бути отримані в результаті обговорення з вчителями), фізичну оцінку (неврологічні ознаки та фізичні аномалії), системне опитування, деталі попередніх проблем зі здоров'ям, поточне лікування, медичне обстеження зору та слуху. Іноді, якщо для цього є підстава та дослідження можуть бути важливими для визначення основної медичної проблеми проводять такі дослідження: аналіз крові (свинець, хромосоми, ламкий X), електрофізіологічні дослідження (електроенцефалографія), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) при неврологічних розладах / об'ємних новоутвореннях. Проте, неврологічні, нейрофізіологічні, нейрохімічні та хромосомні дослідження ще не підтверджені в діагностиці РДУГ [23] та не можуть бути використані як єдині методи діагностики [79]. Цінність психологічних тестів менше полягає в діагностиці РДУГ/ГКР, ніж у виключенні супутніх захворювань та виявленні конкретних проблемних сфер для окремих дітей, які можуть перешкоджати освітній та соціальній інтеграції [23].

В Україні досі є брак спеціалістів, які розуміються на проблемі РДУГ. Загалом ставить діагноз лікар психіатр. Подумати про діагноз може психолог, який обізнаний на темі [5].

В освіті медичній в Україні раніше подавали інформацію тільки про РДУГ у дітей. За останні ж декілька років в Україні виникає все більше попиту на діагностування РДУГ серед дорослих. Діагноз психіатром встановлюється згідно критеріїв DSM та виходячи з клініко-анамнестичного обстеження. Можуть відправляти на супутні дослідження скоріше щоб виключити, наприклад, органічні ураження головного мозку. У випадку дорослих це може бути опитування близьких людей, батька, матері, братів, сестер (тих, хто спостерігав пацієнта в дитинстві). Але частіше люди самі розповідають про себе. Раніше для дітей до 7-ми років потрібно було встановити РДУГ (американська педіатрична асоціація пропонує лікарям методика для діагностики дітей на РДУГ з 4-х років, проте найчастіше його виявляють, коли дитина йде в 1-й клас [6]), тепер продовжили до 12-ти років

можливість діагностики. Тобто, коли діагноз встановлюється дорослому, потрібно знайти прояви РДУГ у людини до 12-ти років. В крайньому випадку якщо симптоми РДУГ проявляються протягом останніх 6-ти місяців, цього може бути достатньо. В різних країнах алгоритм проходження діагностування може бути різним. Самий простий варіант – збирається анамнез, проводиться оцінювання у відповідності до критеріїв DSM [1].

В світі розроблено декілька шкал та тестів для дорослих. Це:

- WURS - Wender Utah Rating Scale for ADHD – була опублікована в 1993 році, оригінально це 61 питання для дорослих, які направлені на те, щоб описати їх поведінку в дитинстві. Її дали для заповнення 81 пацієнту зі РДУГ, 100 «нормальним» дорослим та 70 психіатричним пацієнтам з депресією. В ході цього було виявлено 25 питань опитувальника, які показували найбільшу різницю між людьми зі РДУГ та «нормальними» та мали зв'язок з відповідями батьків пацієнтів відповідно до Parents' Rating Scale. [81] Висока діагностична точність даного опитувальника була підтверджена і більш пізніми дослідженнями, наприклад, Erlend Joramo Brevik, Astri J. Lundervold, Jan Haavik, Maj-Britt Posserud, в якому досліджувався також ASRS (і теж показав високу діагностичну точність), опублікованому в 2020 році [58];

- Wechsler Adult Intelligence Scale | Fifth Edition, WAIS-V – психометричний тест когнітивних здібностей, що базується на дослідженнях в сфері когнітивної нейронауки та теорії та роботі Девіда Векслера, PhD. Проходження тесту займає від 45 хвилин до 60 хвилин в залежності від кількості субтестів (7 та 10 відповідно), тест також містить вказівки щодо того, як використовувати тест онлайн. [47]

- Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) [72], її використовують для скринінгу пацієнтів чи первинної діагностики – позитивні результати цієї шкали можуть спонукати провести більш глибоке клінічне інтерв'ю. Не дивлячись на те, що DSM 4 та 5 критерії вимагають одночасної проявленості неухвилю та гіперактивності/імпульсивності, ряд досліджень говорить про те,

що з віком симптоми гіперактивності зменшуються, та на перший план виходять симптоми, пов'язані з неуважністю. Для того, щоб ефективніше оцінювати РДУГ у дорослих, група в World Health Organization (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, ВООЗ) разом із групою WHO World Mental Health (WMH) розробили Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS 1.1) [60]. В 2005 році вийшла стаття про опитувальник ASRS. Він включав в себе 18 питань про те, як часто люди стикаються з симптомами, що є критеріями РДУГ. ASRS screener складається з 6-ти питань з 18-ти, які були відібрані, базуючись на поетапній логістичній регресії для оптимізації узгодженості з клінічною класифікацією. Відповіді на цей опитувальник були порівняні з сліпими клінічними рейтингами 154-х респондентів, які раніше брали участь в US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), додавши також тих, хто мав РДУГ в дитинстві та продовжив мати цей розлад в дорослому віці. Кожне питання для вимірювання симптому в ASRS було значущо пов'язане з відповідною клінічною оцінкою симптому, але суттєво відрізнялася за відповідністю (конкордансом) (каппа Коена в діапазоні 0,16-0,81). Оптимальне оцінювання для прогнозування клінічного синдрому полягало в сумуванні незважених дихотомічних відповідей на всі 18 запитань ASRS. Однак, через широкі відмінності у відповідності на рівні симптому, незважений шестизапитальний ASRS-скрінер перевершив незважений 18-запитальний ASRS за чутливістю (68,7% проти 56,3%), специфічності (99,5% проти 98,3%), загальній точності класифікації (97,9% проти 96,2%) та каппа (0,76 проти 0,58) [76];

Conners 4^{те} видання - В ІРЦ (інклюзивно-ресурсні центри) України закуплена методика Коннерс-3 [6]. Це набір шкал для оцінювання розладу дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) та його найбільш поширених супутніх проблем і розладів у дітей та підлітків[6]. Він містить опитувальник для батьків та вчителів, за його результатами можуть відправляти дитину на клінічну діагностику, розрахований на дітей та підлітків віком 6-16 років. [44] Він є дороговартісним (більше 19 тис. грн.), тому я його не дослідила.

4^{те} видання доступне англійською, іспанською та французькою мовами, підходить для дітей від 6-ти до 18-ти років [42];

- Також є діагностичне інтерв'ю для дорослих DIVA-5. Спочатку воно було розроблене нідерландською мовою, а потім почали робити переклади на інші мови. Наразі на українську мову переклад знаходиться в процесі, як вказано на офіційному сайті. Для того щоб спростити оцінку кожного з 18-ти проявів, описаних в DSM-V, в опитувальнику міститься перелік конкретних та реалістичних прикладів, релевантних як для сьогодення, так і для ретроспективної поведінки (в дитинстві). Ці приклади були звичними ситуаціями, описаними дорослими пацієнтами в клінічній практиці. Приклади також відповідають п'яти сферам життєдіяльності: робота та навчання; стосунки та сімейне життя; соціальні контакти; вільний час та хобі; впевненість в собі та уявлення про себе. Тоді, коли це можливо, рекомендовано зібрати інформацію не тільки у самого пацієнта, а і у тих, хто міг спостерігати цю людину в дитинстві (зазвичай це батьки та близькі родичі). Пройти тест займає приблизно 1-1,5 години. [49];

- Також для діагностики використовують Woodcock-Johnson IV (WJ IV) – тест для оцінки когнітивних можливостей. Тест не спрямований суто на діагностику РДУГ, але містить рекомендації щодо того, як саме діагностувати РДУГ за допомогою цього тесту. Переклад на українську не спостерігається. [82]

- Існує також ізраїльський тест МОХО, це інноваційний СРТ (continuous performance test) тест, який використовується як інструмент оцінки РДУГ. Він забезпечує точне вимірювання всіх чотирьох основних симптомів РДУГ: гіперактивності, неувважності, відчуття часу та імпульсивності. Результати міжнародного дослідження, яке охопило 798 дітей віком від 7 до 12 років, показали 90% точність МОХО в ідентифікації дітей з дефіцитом уваги (90% чутливість та 84% специфічність). Дослідження показало статистично значущі результати для всіх оцінюваних показників: уваги, гіперактивності, імпульсивності, відчуття часу та часу реакції [71]. Але він не входить до

українського протоколу виявлення РДУГ. Використовується для оцінки ефективності медикаментозної корекції: тобто оцінка до і після прийому препарату [6].

В ході дослідження мною були проведені інформаційні інтерв'ю з клінічними психологами та психіатрами, які займаються діагностикою РДУГ. Ставила їм такі питання:

1. Вітання, знайомство, ділилась тим, для чого шукаю відповіді на питання, початкові питання.
2. Чи часто до вас приходять із запитом діагностики саме РДУГ?
3. Яка процедура діагностики РДУГ у дорослих?
4. Чи користуєтесь ви якимись допоміжними інструментами при діагностиці РДУГ? Якщо так, то якими?
5. Які складнощі виникають в процесі діагностики?
6. Чи хотіли би ще щось додати специфічне?
7. Заключні питання, прощання.

В ході інтерв'ю було виявлено, що зараз, по відчуттях спеціалістів, зросла кількість звернень щодо діагностики саме РДУГ. Можливо, це пов'язано з популяризацією інформації про розлад, доходженням тенденцій діагностики в дорослому віці. Діагностика робиться шляхом клінічного інтерв'ю, при підозрі на РДУГ спеціалісти можуть користуватись різними шкалами та тестами для діагностики РДУГ, втім, адаптації українською не є верифікованими, також використовують запитання, які базуються на DSM-V, але не є, наскільки мені відомо, якимось конкретним верифікованим тестом на РДУГ (як от із статті «Ознаки та діагностика РДУГ у дорослих» в блозі Нейрофлекс [7]). В ході діагностики використовували не верифіковані українські адаптації тестів: комбінацію CAARS та WAIS-IV; комбінацію DIVA-5 та ASRS, а також при можливості давали проходити тест Vanderbilt батькам; DIVA-5 та патопсихологічне дослідження. Спеціалісти дотримувались різних думок щодо використання таких методик на дослідження уваги як таблиці Шульте та методики Мюстенберга: деякі

казали, що ці тести розроблені скоріше для дітей, тому не мають показовості для дорослих (тести розраховані на людей: Визначення точності уваги за методикою К. Іванова-Смоленського "Коректурна проба" – з 10 років, Методика "Червоно-чорна таблиця" – з 14 років, Оцінка уваги (методика Мюнстенберга) – з 13 років, Методика визначення рівня уваги й самоконтролю – з 13 років, Визначення обсягу уваги (кількості об'єктів, що сприймаються одночасно) – з 12 років, Визначення особливостей переключення уваги – з 12 років, Методика дослідження концентрації уваги (тест Торндайка) – з 12 років [12]). Інші казали, що використовують ці тести, і вони є цілком показовими також і для дорослих. Основними керівництвами для проведення патопсихологічного дослідження називали «Экспериментальные методики патопсихологии» Рубинштейн С.Я. та книгу українського радянського психолога В.М. Блейхера та І.В. Крук «Патопсихологическая диагностика», видана в 1986 році в Києві. Зазначали також важливість розмови з батьками та родичами чи вчителями, які мали можливість спостерігати людину в дитинстві, оскільки часто людина може себе недостатньо адекватно оцінювати. Наприклад, їй може здаватись, що рівень відволікання був дуже високим, а насправді він плюс-мінус відповідав розвитку. Це питання часто стає актуальним для пацієнтів з сильним гістріонним радикалом. Як складнощі зазначали складність диференційної діагностики (оскільки для встановлення діагнозу саме РДУГ потрібно виключити всі інші розлади, в ході яких могли би бути такі прояви, а симптоми РДУГ часто бувають схожими і на симптоми генерального тривожного розладу, і на ПТСР, і на інші розлади); також зросла кількість звернень від людей, які би хотіли встановити собі якийсь діагноз, щоб мати можливість не служити у війську; а також до цього часу в Україні діє МКХ-10 (в якому РДУГ включено у 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., та за критеріями DSM

РДУГ діагностують у приблизно 5–7 % дітей, в той час як за критеріями МКХ-10 — 1-2 %. Показники подібні між країнами, а відмінності в показниках здебільшого залежать від способу діагностики [22]).

Не у всіх людей РДУГ був діагностований в дитячому віці, тож виникає необхідність виявляти та допомагати дорослим зі РДУГ також. В дорослому віці люди вже переважно мають напрацьовані копінгові стратегії та не завжди можна сказати по людині, що вона має РДУГ [1]. До того ж, число фахівців, які опікуються дорослим та можуть звернути увагу на проблемну поведінку людини – менша. Немає вихователів або вчителів, які виявили б проблеми успішності чи взаємодії з однолітками. Часто люди замислюються про власний РДУГ під час діагностування розладу у своїх дітей або почувши просвітницьку інформацію про РДУГ.

Висновки до розділу 1

З огляду на вищевикладене, можемо зробити такі висновки:

1. Розлад дефіциту уваги – стійкий патерн неуважності та/або гіперактивності-імпульсивності, що впливає на функціонування або розвиток. Він спостерігається у 6-16% учнів шкільного віку. Хоча довгий час РДУГ приписувався лише дітям, в 1990-х почали активно говорити про дорослих зі РДУГ та включили його в 4-ту редакцію DSM. 25-30% дорослих «переростають» розлад дефіциту уваги до ступеня, коли він припиняє спричиняти специфічні для РДУГ проблеми в їх житті, інші ж продовжують жити з розладом в дорослому житті.

2. У людини зі РДУГ порівняно з нейротиповою людиною: менші amygdala, мигдалеподібне тіло, та insula, острівець; мигдалеподібне тіло та острівець мають більш міцний зв'язок з nucleus accumbens; менші prefrontal cortex, префронтальна кора та orbitofrontal cortex, орбітофронтальна кора і дещо слабший зв'язок між prefrontal cortex, префронтальною корою, та nucleus accumbens. Ці особливості у різних людей зі РДУГ виражені в різній мірі, що відображається в їх поведінці та проблемах, які їх турбують.

3. Наразі існує дві основних версії того, як виникає та розвивається розлад дефіциту уваги та гіперактивності. Одна наголошує на тому, що основні причини – генетичні. Проведено ряд досліджень та навіть виявлені деякі гени, які найімовірніше пов'язані з розвитком РДУГ. Експресія цих генів відбувається в мозку та відповідає за чутливість до дофаміну та норадреналіну, міграцію та прунінг нейронів, кількість синапсів, якими вони з'єднуються з іншими нейронами.

Інший підхід наголошує на надзвичайній важливості середовища у формуванні розладу. Автори говорять про те, що для того, щоб проявились певні гени, потрібне відповідне середовище. Окрім того, наголошують на тому, що діти зі РДУГ є чутливими – і скоріше саме це передається на генетичному рівні, а також пояснюють, як саме відбувається гальмування

розвитку відповідних ділянок мозку за умов порушення прив'язаності між немовлям та матір'ю або основним піклувальником.

Обидва підходи містять критику щодо одне одного, а в Міжнародній консенсусній заяві Всесвітньої федерації РДУГ йдеться про те, що РДУГ розвивається як відповідь на багато генетичних факторів та факторів середовища, кожен з яких по окремоті становив би малий ризик.

4. В Україні РДУГ діагностує психіатр або психіатр, спираючись на висновок клінічного психолога. Хоча є ряд допоміжних методів діагностики (різноманітні тести, іноді ЕЕГ та інше), основним методом залишається опитування пацієнта (якщо є можливість також родичів пацієнта), збір анамнезу та звірка з відповідністю до критеріїв, описаних в DSM. Особливу складність становить диференційна діагностика РДУГ, а також посилене бажання отримати діагноз у зв'язку з воєнним станом. Для діагностики та диференційної діагностики використовується клінічне інтерв'ю та патопсихологічне дослідження. Існує ряд тестів та шкал для дорослих, які покликані виявляти РДУГ та полегшувати його діагностику (WURS, WAIS-V, ASRS, Diva-5, WJ IV), але з того, що виявлено з аналізу теоретичних джерел, офіційних сторінок цих тестів та з інформаційних інтерв'ю з українськими спеціалістами, верифікованих україномовних адаптацій цих тестів та шкал немає. Втім, використовують прості переклади цих тестів. Також деякі спеціалісти використовують тести на увагу, інші ж вважають їх нерелевантними для дорослих.

РОЗДІЛ 2

ПІЛОТНА АПРОБАЦІЯ АДАПТОВАНОГО ВАРІАНТУ МЕТОДИКИ ASRS

2.1. Організація та етапи дослідження

Вибірка дослідження: на першому етапі – 1492 людини, які пройшли адаптовану україномовну шкалу ASRS на 18 питань; на другому етапі – 125 людей, які пройшли тест, в який було включено додаткові методики для зовнішньої верифікації.

В кінці 2023-го року ми з колегою Микитою Конопличем, магістром психології КНУ ім. Т.Г. Шевченка, спеціальність клінічна психологія та психодіагностика, проводили збір у групу для людей зі РДУГ та тих, хто підозрюють в себе РДУГ. Саме така аудиторія була обрана тому, що ми знали (і це впливає з теоретичного дослідження в 1-му розділі), що в Україні багато дорослих зі РДУГ не мають офіційно встановленого діагнозу. Тому перед нами постала задача також звернути на групу увагу тих людей, які не мають встановленого діагнозу, але можуть підозрювати в себе РДУГ. Як це зробити? Було вирішено зробити адаптацію якоїсь зі шкал самодіагностики (це та шкала, в якій люди самі мають відповісти на питання, не потрібен погляд збоку родичів чи тих, хто спостерігав людей в дитинстві). Згідно рекомендацій ІТС (міжнародна комісія тестів) щодо перекладу та адаптації тестів, першим кроком при адаптації тесту є отримання дозволу від тих, кому належать авторські права. [65] Зі шкал безкоштовною для використання (з обов'язковим вказанням вказувати посилання на джерело) є ASRS [72].

Також шкала ASRS (ADHD Self-Report Scale) має такі переваги:

- Це короткий опитувальник на 18 питань (остання версія взагалі скорочена до 6-ти питань, які мають навіть вищу діагностичну точність);
- Вони заснована на критеріях DSM;
- Більш пізньої розробки, ніж WURS;
- Розроблений на замовлення WHO.

На листопад 2024 верифікованого перекладу українською мовою цієї шкали (ASRS) немає [72], Але вже є декілька вільних неверифікованих перекладів. Втім в січні 2024-го ми з колегою Микитою Конопличем, магістром психології КНУ ім. Т.Г. Шевченка, спеціальність клінічна психологія та психодіагностика, вирішили зробити свою адаптацію ASRS-v1.1 [30] українською мовою (див. Додаток I).

З того часу я вже бачила і багато інших варіантів перекладу саме цієї шкали, ASRS, в різних джерелах, але тоді ми цей опитувальник поширили в загальний доступ та на момент 12 жовтня 2024 його пройшли 1492 людей. З цього можемо зробити висновок про зацікавленість людей у діагностиці та дослідженні себе в темі РДУГ. Також, хоч він і не планувався першопочатково, та цікавим є аналіз результатів цього дослідження (див. підрозділ 2.2.).

Для пілотної апробації адаптованого україномовного варіанту методики ASRS також було вирішено провести зовнішню верифікацію, в ході якої можна було би порівняти відповіді людей на питання шкали ASRS та її результати з проходженням методик на увагу, які вже вживались в Україні в клінічній практиці раніше.

Шкалу ASRS обрано у варіанті 6 питань, оскільки вона не поступається в діагностичній точності шкалі на 18 питань та є більш короткою та зручною для проходження людьми. Також додано методику Мюстенберга, червоно-чорну таблицю Горбова та Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) та демографічні показники. Цей тест запропоновано пройти 125-ти людям.

Для зовнішньої верифікації мною були розглянуті інші методики, з якими можна порівняти результати проходження людьми перекладу шкали ASRS, а саме:

1. Коректурна проба (проба Бурдона).
2. Таблиці Шульте.
3. Лічба за Крепеліном.

4. Віднімання за Крепеліном.
5. Червоно-чорна таблиця Горбова.
6. Методика Мюнстерберга.
7. Визначення точності уваги за методикою К. Іванова-Смоленського "Коректурна проба".
8. Методика визначення рівня уваги й самоконтролю.
9. Визначення обсягу уваги (кількості об'єктів, що сприймаються одночасно).
10. Визначення особливостей переключення уваги.
11. Методика дослідження концентрації уваги (тест Торндайка). [12, 8]

Методики на увагу обиралися з огляду віку, для якого вони розроблені (чим «старший» поріг – тим краще, оскільки наші опитувані – дорослі). А також з огляду на те, що була можливість організувати дослідження лише онлайн, тому важливо було, аби це було реально за допомогою доступних онлайн інструментів для проведення опитувань. Були досліджені такі інструменти:

- Google Forms;
- Google Forms із багаточисельними варіантами додатків по типу Form Timer;
- Mentimetr;
- TypeForm;
- SurveyMonkey;
- Qualtrics;
- Kahoot.

На жаль, жоден з інструментів не підходив напряму для проведення тестів на увагу, тому був обраний варіант додати відео з таймером на 2 та 5 хвилин в Google Forms та провести тестування через Google Forms. Можливо, можливість поставити таймер за допомогою вбудованих інструментів була в Qualtrics, але доступ до цієї програми утруднений.

Нижче приведу короткий огляд обраних для перевірки конкурентної валідності методик та те, як були вибрані конкретні методики для проведення емпіричного дослідження.

Методика "Червоно-чорна таблиця"

В таблиці (див. Додаток І рис. І.1.) протягом 5 хвилин потрібно шукати червоні та чорні числа еобхідно шукати червоні та чорні числа поперемінно, причому червоні у спадаючому порядку - від 25 до 1, а чорні у зростаючому - від 1 до 24. Записувати необхідно тільки букви, які стоять поряд із числами. [12]

В стимульному матеріалі для тесту було виявлено помилку (в чорно-білому варіанті темні квадрати відповідають червоним числам, а світлі – чорним): 9-ки наявні лише на білому полі. Ось коректний стимульний матеріал, який був використаний для тесту:

8-к	24-о	13-м	7-ф	22-б	12-и	5-б
8-х	14-ф	14-р	17-ш	15-д	6-г	3-е
19-к	3-к	18-ч	23-к	16-р	18-х	17-р
21-р	13-а	1-р	22-ш	11-р	23-г	20-д
5-м	10-е	4-ф	25-р	21-ц	2-т	19-ж
12-ж	6-б	16-у	20-м	4-с	10-б	9-а
2-и	7-н	11-л	15-у	9-к	24-н	1-в

Рис. 2.1.

Інтерпретація результатів тесту червоні та чорні числа:

В самій методиці написано, що інтепретувати тест потрібно за кількістю правильно записаних букв [72].

Правильний букворяд, який є результатом методики та складається з 49 букв, ось:

«рвникебфрмдбкфххшкубулфимажррдераркчнжгмбцшкгтор»

Оскільки ключа не було в джерелах, які описували методику, цей ключ був зроблений двома людьми незалежно одна від одної та звірений між собою. Для оцінювання рівня уваги була обрана нормалізована відстань

Левенштейна. Відстань Левенштейна – це міра відмінності двох послідовностей символів, яка являє собою мінімальну кількість операцій вставки, видалення та заміни, які потрібно зробити, щоб перетворити одну послідовність в іншу) [2] Саме цей показник береться для того, аби врахувати випадки, коли людина пропустила, скажімо, одну чи декілька букв, а далі продовжила правильно записувати букворяд. Нормалізована ж відстань Левенштейна обраховується ось так:

$$\text{Normalized similarity} = 1 - \frac{\text{Levenshtein distance}}{\max(\text{length of string 1, length of string 2})}$$

Де в знаменнику – довжина того рядка з правильної відповіді та відповіді опитуваної людини, який виявився довшим. Отриманий результат 1 в такій формулі означає, що рядки повністю співпадають (людина виконала завдання на 100% вірно), результат же 0 в такій формулі буде означати, що ці 2 ряди максимально не схожі та не співпадають між собою.

Наступною обраною методикою був тест Мюстенберга. В даному букворяді (див. Додаток І, рис. І.2.) є слова, завдання полягає в тому, щоб якомога швидше знайти та підкреслити ці слова. Оскільки люди проходили цей тест онлайн, то я попросила записати знайдені слова через пробіл (пробіл, а не кома, були обрані з огляду на потенційну складність людей з iPhone ставити кому після кожного слова, її могло би виправляти).

Оцінювання результатів здійснюється за допомогою формули:

$K = C/p$, де C – кількість рядків, які були переглянуті (та показують обсяг уваги), p – кількість помилок [12]. В ході інтерпретації цього завдання прийшлося дещо змінити формулу, за якою це робиться, щоб вона могла відповідати особливостям проведення цього тесту онлайн.

1) Щодо кількості переглянутих рядків (C) – це виявилось визначити проблематично, оскільки онлайн люди не мали можливості вести олівцем по паперу та закреслювати вже знайдені слова, тому в результатах (125 результатів) я побачила, що люди писали слова з різних частин тексту в

довільному порядку. В ключі до тесту зазначено, що середня норма для підлітка – це 600 знаків та більше [12], в кожному рядку тут приблизно 40 букв, всього 16 рядків (16-ий – неповний), $15 \cdot 40 = 600$, з цього я зробила висновок, що дорослі мали би за 2 хвилини встигнути охопити увагою весь цей тест.

2) п – кількість помилок – також дещо неоднозначне поняття. Оскільки незрозуміло, чи рахувати помилкою помилково віднайдене слово чи пропуск слова. На мою думку, це потребує пояснення.

3) Окремою проблемою стали також специфічні слова, які знаходили люди (це цікавий момент, оскільки сама я не знаходила цих слів, але коли участь беруть 125 людей, видно дуже багато особливостей того, як люди думають, як працює їх увага, та як вони сприймають завдання). Це ті слова, які містили в собі інші або стояли поруч з літерою, разом з якою формувалось ще одне слово:

Бсонцеюьвлаоуткщрайонджщхрнекановиназшо
ркеанппрмфактлдопншкгнекзаменитропаьлпак
прокурортъбюмсвігмваеутеоріяъбюжешщущівах
йцхокеймавнекротелевізормсавіфячйцуздлпраи
тмтеатрджебютьмимисленняхжщлоацфнйимвч
ртписолдарадістьжюблдшщгнеккуцівхджгжєд
шлщнекапмивнароджфлірапвовтсипраовлітсон
авшрепортажъитсвгівмінкцсртьщшконкурсмтьо
бюжзехлбюнпаритмособистістьжехкцуїфіячву
фогнетривплаваннятиьлбдюжзщгнхтьбюимко
медіятїіафукерплавецьошлщдзжжеконкурспр
тимаинекууулелорштслрвшіпшлсидшпсидспад
пжлабораторіяджщшлгошлщдзжхеїюблгшорпас
миосноватьбимсчяфіввідчайакуційжелдоакувеч
чвмиттьбпсихіатріялджбютьимчсуваекпмузик
абюжехітьиролгнепрайитьек

1. Прокурорт = прокурор + курорт
2. Крот - рот - телевизор
3. Дар - радість
4. Репортаж - порт
5. Конкурс - кон - курс - конкур
6. Психіатр - психіатрія
7. Відчай - чай
8. Район - рай
9. Новина - вина
10. Екзамен - екзамени
11. Сонце - сон
12. Медія - комедія - мед - дія
13. Паритм - пари - пар - ритм

Як бачимо, таких комбінацій слів досить багато – аж 13 – та вони дійсно становлять проблему для інтерпретації результатів. У форматі онлайн, коли люди не закреслювали вже знайдені слова, ризик знайти такі слова був вищим, втім, я вважаю, що і закреслюючи слова на листочку люди можуть стикнутись з такими питаннями. Тому вважаю, що цей тест потребує подальшого уточнення та заміни таких слів та комбінацій з буквами навколо таким чином, щоб був однозначний лише 1 варіант врахування такого слова.

4) Ще одним питанням було те, чи враховувати короткі слова до 3-х літер (такі як «я», «у», «ми», «ор») як знайдені (і відповідно як помилки тим людям, які їх не записали у відповідях). Ключ до методики так само не містив інструкцій на цей рахунок.

5) Також не було вказано, чи потрібно викреслювати слова, одна буква чи декілька з якого перенесені на наступний рядок (наприклад, «музика»).

Для потреб інтерпретації тесту було вирішено враховувати слова довжиною від 3-х літер, але не враховувати як помилку слова, які містять 1 чи 2 літери, оскільки не було чіткого опису в самому завданні, чи

враховувати такі слова чи ні. Слова з перенесеними на наступний рядок буквами вирішено враховувати. Також показником було обрано:

(D-E) / G, де

D - кількість правильних слів (тих, які дійсно наявні в тексті), які виписала людина, яка проходила методику.

E – кількість помилкових слів, які людина виписала додатково, але які не є наявні в наданому букворяді

G - загальна кількість правильних слів в ключі

А також окремо були проаналізовані такі результати (саме результати цього аналізу будуть в 2.3., оскільки така формула визначення видається більш коректною):

(D-E) / P, де

P - Pairs Count - кількість слів в ключі (правильні слова, які мала знайти людина в букворяді), де слова, які пересікаються по буквам, рахуються як 1 одиниця (наприклад, пара “репортаж - порт” рахуються як 1 слово)

З текстів людей було виправлено одруківки (оскільки це те, з чим би люди ніколи не стикнулись, просто закреслюючи букви на листочку оффлайн).

Також якщо людина написали двічі якесь слово, яке наявне в буквенному ряді 1 раз (або 3 рази те, яке наявне 2 рази) - зараховувала це як помилку.

Так само ключа не було до цього завдання, тому перевірені незалежно двома людьми слова (правильний ключ) виглядають ось так:

- 6) сон сонце рай район новина вина орк
- 7) факт екзамен екзамени тропа
- 8) прокурор кукрорт теорія
- 9) хокей крот рот телевізор
- 10) театр мислення
- 11) дар радість
- 12) мив народ ліра сон

- 13) репортаж порт кон конкурс курс конкур
- 14) ритм пари пар особистість
- 15) плавання
- 16) комедія мед медія дія плавець кон конкурс курс конкур
- 17) спад
- 18) лабораторія пас
- 19) основа відчай чай
- 20) психіатрія психіатр музика
- 21) рай

Допоміжний код для обрахунку цих показників за тестом міститься в Додатку Д.

Також були взяті демографічні дані (вік людей, знаходження в Україні/поза Україною та стать) та також додала до тестування Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart), Додаток Д [11], оскільки симптоми РДУГ можуть бути дуже схожими з тими, які будуть проявлятися при переживанні тривоги, стресу або ПТСР.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження РДУГ у дорослих в Україні за допомогою адаптованого варіанту шкали ASRS

1492 – це вибірка людей більша, ніж ті, на яких проводилось тестування під час створення тесту. І, хоча є неможливою визначення конкурентної валідності (рівень кореляції результатів адаптованої шкали з іншими, валідність яких вже доведено) шкали, та все ж деякі перевірки зробити можна. Наприклад, аналіз завдань за результатами пілотажного дослідження. Він робиться для відбору найбільш ефективних завдань, що дає змогу створити ефективний опитувальник, де кожне завдання буде справді відповідати цілі шкали.

Для оцінки запитань нами були використані індекс ефективності завдань, який дозволяє визначити долю досліджуваних, що відповіли «правильно» (тобто, таким чином, який додає +1 бал до ймовірності

позитивного результату тесту, який означатиме, що людині варто пройти більш глибоку діагностику на РДУГ) згідно з ключем.

$$i = n_{\text{пр}}/N, \text{ де}$$

i – індекс ефективності завдання;

$n_{\text{пр}}$ – кількість досліджуваних, які відповідали згідно з ключем

N – загальна кількість досліджуваних (обсяг вибірки дослідження).

Індекс ефективності має лежати в межах (0,25 – 0,75) – наближаючись середньому по опитувальнику до 0,5. Індекс ефективності < 0,25 – показує, що завдання є неефективним, тому що невелика кількість (незначна) досліджуваних відповідає на нього „правильно” (у більшості однозначні відповіді, саме це питання не дає вклад в розрізнення людей за якоюсь ознакою). Індекс же ефективності > 0,75 показує, що завдання отримало надто багато „правильних” відповідей. У обох випадках чутливість завдання до відмінностей між досліджуваними слабка, тож завдання може мати сенс видалити з остаточної версії опитувальника. [15]

Таблиця 2.1.

Індекс ефективності згідно оригінального ключа, та із перебудованим ключем

Питання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Індекс ефективності	Індекс ефективності новий
1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?	0,04	0,11	0,21	0,38	0,26	0,85	0,64
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	0,03	0,13	0,19	0,37	0,28	0,84	0,65
3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?	0,05	0,18	0,25	0,30	0,22	0,77	0,52
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих	0,01	0,08	0,14	0,38	0,39	0,77	0,77

Питання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Індекс ефективності	Індекс ефективності новий
розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання?							
5. Наскільки часто ви вертитеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?	0,02	0,10	0,20	0,34	0,34	0,68	0,68
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором?	0,05	0,15	0,27	0,32	0,21	0,52	0,52
7. Наскільки часто ви робите необдумані, поспішні помилки, коли вам доводиться працювати над нудним чи складним проектом?	0,02	0,17	0,35	0,33	0,14	0,46	0,46
8. Наскільки часто вам важко утримувати увагу, коли ви виконуєте нудну чи повторювану роботу?	0,02	0,11	0,20	0,37	0,30	0,67	0,67
9. Наскільки часто ваша увага розсіюється і вам важко зосереджуватися на тому, що люди говорять, навіть коли вони говорять це безпосередньо вам?	0,04	0,14	0,27	0,32	0,22	0,81	0,54
10. Як часто ви кладете речі не на місце або маєте труднощі з пошуком речей вдома або на роботі?	0,05	0,18	0,26	0,27	0,25	0,51	0,51
11. Як часто ви відволікаєтесь на діяльність або шум навколо вас?	0,02	0,11	0,23	0,40	0,23	0,63	0,63
12. Як часто ви підводитеся зі свого місця на зустрічах або в інших ситуаціях, в яких очікується, що ви будете сидіти/залишатись на місці?	0,27	0,33	0,27	0,09	0,03	0,39	0,12
13. Як часто ви відчуваєте себе неспокійними або	0,05	0,24	0,31	0,27	0,12	0,40	0,40

Питання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Індекс ефективності	Індекс ефективності новий
непосидючими?							
14. Як часто ви маєте труднощі з розслабленням і відпочинком, коли у вас є на це час?	0,06	0,15	0,21	0,33	0,25	0,58	0,58
15. Як часто ви помічаєте, що говорите занадто багато при соціальній взаємодії?	0,05	0,14	0,26	0,32	0,24	0,55	0,55
16. Коли ви розмовляєте, як часто ви закінчуєте речення людей, з якими розмовляєте, перш ніж вони зможуть закінчити їх самі?	0,08	0,18	0,29	0,28	0,17	0,74	0,45
17. Як часто ви маєте труднощі з очікуванням у черзі?	0,07	0,19	0,29	0,26	0,19	0,45	0,45
18. Як часто ви перериваєте інших, коли вони зайняті?	0,06	0,25	0,37	0,23	0,09	0,69	0,32

Питання 1-4, 9, 16 мають занадто високий індекс ефективності, але викидати їх з форми передчасно, бо вибірка опитуваних мала систематичний зсув (цей опитувальний був опублікований в спільноті людей зі РДУГ, а також пізніше поширений також в інших блогах, на які підписані люди зі РДУГ. Тобто, було би логічним припустити, що його проходили в більшості люди, які або мали встановлений діагноз РДУГ, або мали зацікавленість в темі, тобто, скоріш за все, відповідні прояви, що і відображається у відповідях на запитання тесту). В свою чергу відрегулювати ефективність питань можливо за рахунок перегляду ключу, в останній колонці таблиці наведені індекси ефективності питань перераховані для нового ключу, де зараховуються тільки варіанти «Часто» та «Дуже часто». В таблиці світло-сірим кольором відмічені також результати «іноді», які зараховуються за оригінальним ключем опитувальника.

Порівняймо результати проходження шкали за оригінальним ключем та за переглянутим варіантом ключа, в якому зараховуються лише варіанти

«Часто» та «Дуже часто». Всі підрахунки здійснено лише за частиною А тесту (першими 6 питаннями).

Таблиця 2.2.

Результати тестування за частиною А тесту

Діагноз				
	Діагноз за оригінальним ключем		Діагноз за новим ключем	
	Частота	Відсоток	Частота	Відсоток
Не визначено	341	22,9	550	36,9
Визначено	1151	77,1	942	63,1
Всього	1492	100,0	1492	100,0

Така пропозиція щодо оновлення ключа тесту є лише гіпотетичною та її потрібно перевіряти. Конкретно за цими даними складно щось сказати, оскільки немає перевірки на зовнішню валідність тесту.

Також для кращої оцінки завдань ми використали коефіцієнт дискримінативності завдань, що показує кореляцію кожного завдання із загальним показником. Для визначення дискримінативності використовується коефіцієнт кореляції (r) кожного завдання з загальним балом тесту (або шкали). Високий позитивний коефіцієнт кореляції свідчить про ефективність поділу досліджуваних. Високий негативний коефіцієнт кореляції свідчить про непридатність даного завдання для тесту, оскільки воно не відповідає із сумарним результатом. Коефіцієнт дискримінативності завдань тесту по суті є показником критеріальної валідності окремого пункту [15]. Хоча оновлення ключа і залишається гіпотезою, підрахуємо коефіцієнт дискримінативності завдань за новим ключем. Для визначення кореляції було обрано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, який дозволяє оцінити силу та напрямок зв'язку між двома змінними. На відміну від інших коефіцієнтів кореляції, таких як Пірсона, Спірмен не вимагає, щоб дані були розподілені за нормальним законом, а саме це і є важливим у нашому випадку, оскільки вибірка, як ми писали вище, потенційно зміщена в бік діагностики РДУГ.

Таблиця 2.3.

Коефіцієнт дискримінативності завдань

Питання	Статистики ро Спірмена	Діагноз за новим ключем	Підсумок частини А за новими ключами	Підсумок 18 питань за новим ключом
1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які станов	Коефіцієнт кореляції	,625**	,670**	,563**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	Коефіцієнт кореляції	,597**	,654**	,551**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?	Коефіцієнт кореляції	,539**	,640**	,532**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його	Коефіцієнт кореляції	,547**	,597**	,524**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
5. Наскільки часто ви вертетеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?	Коефіцієнт кореляції	,518**	,595**	,537**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимос	Коефіцієнт кореляції	,418**	,547**	,524**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
7. Наскільки часто ви робите необдумані, поспішні помилки, коли вам доводиться працювати над нудним чи складним проектом	Коефіцієнт кореляції	,421**	,460**	,591**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
8. Наскільки часто вам важко утримувати увагу, коли ви виконуєте нудну чи повторювану роботу?	Коефіцієнт кореляції	,430**	,475**	,567**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
9. Наскільки часто ваша увага розсіюється і вам важко зосереджуватися	Коефіцієнт кореляції	,426**	,479**	,603**
	знач.	0,000	0,000	0,000

Питання	Статистики ро Спірмена	Діагноз за новим ключем	Підсумок частини А за новими ключами	Підсумок 18 питань за новим ключом
на тому, що люди говорять, навіть коли вони говор	(двостороння)			
	N	1492	1492	1492
10. Як часто ви кладете речі не на місце або маєте труднощі з пошуком речей вдома або на роботі?	Коефіцієнт кореляції	,327**	,398**	,506**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
11. Як часто ви відволікаєтесь на діяльність або шум навколо вас?	Коефіцієнт кореляції	,307**	,392**	,539**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
12. Як часто ви підводитеся зі свого місця на зустрічах або в інших ситуаціях, в яких очікується, що ви будете сидіти/за	Коефіцієнт кореляції	,213**	,310**	,408**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
13. Як часто ви відчуваєте себе неспокійними або непосидючими?	Коефіцієнт кореляції	,362**	,432**	,578**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
14. Як часто ви маєте труднощі з розслабленням і відпочинком, коли у вас є на це час?	Коефіцієнт кореляції	,290**	,335**	,464**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
15. Як часто ви помічаєте, що говорите занадто багато при соціальній взаємодії?	Коефіцієнт кореляції	,232**	,306**	,478**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
16. Коли ви розмовляєте, як часто ви закінчуєте речення людей, з якими розмовляєте, перш ніж вони зможуть закінчити їх с	Коефіцієнт кореляції	,263**	,311**	,508**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
17. Як часто ви маєте труднощі з очікуванням у черзі?	Коефіцієнт кореляції	,258**	,320**	,495**
	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492
18. Як часто ви перериваєте інших, коли	Коефіцієнт кореляції	,295**	,370**	,548**

Питання	Статистики ро Спірмена	Діагноз за новим ключем	Підсумок частини А за новими ключами	Підсумок 18 питань за новим ключом
вони зайняті?	знач. (двостороння)	0,000	0,000	0,000
	N	1492	1492	1492

Значення коефіцієнту Спірмена може бути від -1 до 1. Чим ближче до 1, тим сильніший позитивний зв'язок між змінними. Чим ближче r_s до -1, тим сильніший негативний зв'язок між змінними. Якщо коефіцієнт дорівнює 0, то лінійного зв'язку між змінними немає. В нашому випадку всі питання мають дискримінативність вищу за 0,2 у порівнянні з позитивним результатом тесту (рекомендацією пройти більш поглиблену діагностику) та сумарними балами по частині А (6 питань, до яких зараз скорочено ASRS), а також у порівнянні з цілим тестом на 18 питань. Отже, завдання мають позитивну кореляцію з результатом тесту.

Також для визначення ступеню однорідності складу завдань з точки зору вимірюваної якості було обраховано надійність за внутрішньою узгодженістю. Значення α (α Кронбаха) повинно бути в межах (0,5-0,8). Занадто високий коефіцієнт α вказує на високу однорідність (подібність) завдань. Коефіцієнт α обчислюється для кожного завдання та загальний показник α по всьому тесту [19].

Таблиця 2.4.

Статистика надійності А и В

Альфа Кронбаха	N (кількість елементів)
,852	18

Таблиця 2.5.

Статистика надійності А

Альфа Кронбаха	N (кількість елементів)
,694	6

Згідно з цим дослідженням, довгий тест на 18 питань перевищує 0,8, що вказує на високу однорідність завдань. α ж Кронбаха для тесту на 6 питань – в межах норми.

Також для перевірки варто обрахувати ретестову надійність – для цього потрібно провести повторне дослідження приблизно у подібних умовах, що і першого разу, але через 2 тижні – місяць, а потім встановити кореляцію між 2-ма рядами даних [19].

Організувати повторне дослідження в межах 2-х тижнів – місяця – неможливо, оскільки ці дані збирались протягом більш ніж 9-ти місяців, і люди опитувальник проходили поступово, а також не залишались своїх контактів та не погоджувались на повторне дослідження.

Для конкурентного аналізу валідності тесту потрібно порівняти тест з іншими, валідність яких уже встановлена. Тож в наступному розділі розробимо тест для такої перевірки.

2.3. Аналіз та інтерпретація пілотної апробації адаптованого варіанту шкали ASRS

Посилання та запрошення пройти тестування (Додаток Є) та опис, для чого воно (було зазначено, що це для дипломного дослідження, яке стосується уваги та в рамках якого порівнюються відповіді людей на питання шкали самооцінювання про РДУГ з тим, що покажуть методики для дослідження уваги, а також для порівняння додана шкала вимірювання стресу, оскільки зараз всі ми його переживаємо, та прояви можуть бути схожими) були опубліковані у мене в соціальних мережах, в групах колег та пізніше – в спільноті для людей зі РДУГ. Тож ця вибірка також скоріш за все не буде нормально розподілена, а матиме зсув в бік людей, які зацікавлені

дослідженнями в сфері РДУГ та уваги. Розрахунки були зроблені за допомогою програми SPSS Statistics.

Давайте подивимось на структуру вибірки:

Таблиця 2.6.

Час заповнення тесту

		Частота	Відсотки	Накопичений відсоток
Валідні	0.00-8.00	24	19,2	19,2
	8.01-15.00	70	56,0	75,2
	15:01-20:00	29	23,2	98,4
	20:01-23.59	2	1,6	100,0
	Всього	125	100,0	

Час заповнення тесту – це цікавий показник, оскільки він теоретично так саме може впливати на когнітивні здібності людини (а тест містить завдання, в яких потрібна концентрація уваги). Втім, особливої залежності із часом заповнення не було виявлено – на стан людини впливає багато факторів – в тому числі особливості циркадних ритмів людини, рівень втоми в момент заповнення тесту і т.п.

Таблиця 2.7.

Стать учасників дослідження

Яка ваша стать?				
		Частота	Відсотки	Накопичений відсоток
Валідні	Жіноча	106	84,8	84,8
	Чоловіча	19	15,2	100,0
	Всього	125	100,0	

Бачимо, що наша вибірка суттєво зміщена в бік участі в тестуванні жінок. З теоретичного огляду ми знаємо, що в жінок РДУГ як раз частіше проявляється по неуважному типу (і не по гіперактивному), тому можна припустити, що таки має бути кореляція між відповідями на шкалу щодо РДУГ та проходженням методик на увагу.

Таблиця 2.8.

Місце проживання учасників дослідження

Де ви наразі проживаєте?				
		Частота	Відсотки	Накопичений відсоток
Валідні	В Україні	77	61,6	61,6
	Виїхали за кордон після 24 лютого 2022 року	33	26,4	88,0
	Давно живу за кордоном	15	12,0	100,0
	Всього	125	100,0	

Це питання було додане в тест, оскільки є гіпотеза, що люди, які залишились в Україні, та люди, які виїхали або жили деякий час поза межами України на початок повномасштабного вторгнення РФ в Україну можуть по-різному переживати стрес. В ході опитування також виявила, що питання було поставлене дещо некоректно – бо є люди, які ще не відносять себе до категорії «давно живу за кордоном», але переїхали до повномасштабного вторгнення рф.

Таблиця 2.9.

Вік учасників дослідження

	N	Мінімум	Максимум	Середній вік	Середньоквадратичне відхилення
Який ваш вік? (напишіть, будь ласка, число)	124	17	64	38,39	8,027
Кількість валідних відповідей	124				

Таблиця 2.10.

Місце проживання учасників дослідження

	Де ви наразі проживаєте?
--	--------------------------

		В Україні		Вийшли за кордон після 24 лютого 2022 року		Давно живу за кордоном		Всього	
		% по стовпцю		% по стовпцю		% по стовпцю		% по стовпцю	
Позитивний результат за шкалою Harts	,00	18,2%		24,2%		13,3%		19,2%	
	1,00	81,8%		75,8%		86,7%		80,8%	

Отримані досить високі показники за шкалою тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) для всіх категорій опитуваних.

Таблиця 2.11.

Стать учасників дослідження

		Яка ваша стать?	
		Жіноча	Чоловіча
		% по стовпцю	% по стовпцю
Позитивний результат ASRS	,00	37,7%	52,6%
	1,00	62,3%	47,4%
Позитивний рез-т Harts	,00	17,0%	31,6%
	1,00	83,0%	68,4%

В таблиці подані відсотки людей, які отримали позитивний результат за шкалою ASRS (що означає, що їм рекомендовано було би пройти більш поглиблену діагностику на РДУГ) або негативний, так само і за шкалою Harts («позитивний» результат якої (>4-х ствердних відповідей) вказує на виражені в людини негативні психологічні наслідки травматизації: тривоги, депресії та найбільш специфічних проявів ПТСР). Ці групи також розглянуті в розрізі статі. Цікаво, що серед чоловіків і прояви РДУГ, і прояви ПТСР – нижчі. Результати за шкалою ASRS скрізь в підрозділі 2.3. для сконструйованого тесту пораховані, опираючись на оригінальний ключ (не оновлений, як пропонувалося в підрозділі 2.1.)

Таблиця 2.12.

Результат ASRS в залежності від віку

Вік групи					
	Позитивний ASRS	N (кількість людей)	Середнє значення віку	Середньостатистичне відхилення	Середньоквадратична помилка середнього
Який ваш вік? (напишіть, будь ласка, число)	,00	49	39,31	8,889	1,270
	1,00	75	37,79	7,411	,856

Проведемо такий самий аналіз завдань для цієї вибірки, як робили в розділі 2.1. Ще раз зазначимо, що для цілей аналізу даної вибірки скрізь результати шкали ASRS були пораховані за оригінальним ключем, наданим в офіційному джерелі шкали (а не запропонований оновлений ключ).

Таблиця 2.13.

Індекс ефективності згідно оригінального ключа

Питання	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто	Індекс ефективності
1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?	0,04	0,22	0,28	0,31	0,15	0,74
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	0,02	0,30	0,27	0,28	0,13	0,68
3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?	0,03	0,30	0,30	0,22	0,16	0,67
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання?	0,02	0,14	0,26	0,34	0,24	0,58
5. Наскільки часто ви вертитеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?	0,04	0,14	0,28	0,31	0,22	0,54
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором?	0,08	0,22	0,26	0,28	0,16	0,44

Індекс ефективності завдань має знаходитись в межах (0,25 – 0,75), щоб

завдання було визначене як ефективне. Для всіх питань тут індекс ефективності знаходиться в межах дозволеного інтервалу [0,44 – 0,74]. Це цікаво, оскільки під час аналізу попередньої вибірки було виявлено 5 (з 18-ти) завдань (4 з яких були з перших 6-ти), які перевищували показник 0,75, з чого був зроблений висновок, що ці питання недостатньо диференціюють людей, оскільки більшість відповідають на них позитивно. Можливо, оскільки дослідження розтягнуті в часі, стан в людей в різні періоди, та, відповідно, рівень стресу та адаптації, міг бути різним, але це вже ніяк не перевірити. Інший висновок, який можна зробити в ході порівняння відповідей – що перша вибірка була надто зміщена в бік людей, які мали схильність до того, аби отримати позитивний результат за шкалою. Тож порівняймо цих 2 вибірки – наскільки часто у відсотковому співвідношенні було виявлено необхідність подальшої діагностики серед першої та другої вибірки людей. Результати в таблиці подані за інтепретацією перших 6-ти завдань:

Таблиця 2.14.

Порівняння результатів ASRS для осіб з 1-ї та 2-ї вибірки

	Діагноз за оригінальним ключем на першій вибірці		Діагноз за оригінальним ключем на другій вибірці	
	Частота	Відсоток	Частота	Відсоток
Позитивний рез-т	341	22,9	50	40,0
Негативний рез-т	1151	77,1	75	60,0
Всього	1492	100,0	125	100,0

Як бачимо, обидві вибірки не представляють собою нормальний розподіл в межах популяції (серед дітей шкільного віку діагностують РДУГ у приблизно 6-16%, серед дорослих розповсюдженість ще менша). Але перша вибірка дійсно була навіть ще більше зсунута в бік людей, в яких більш імовірно діагностують РДУГ.

Розрахуємо дискримінативність завдань тесту, як і в розділі 2.1. На цей раз візьмемо кореляцію Пірсона (вона буде показувати кореляцію завдання з підсумковим балом):

Таблиця 2.15.

Дискримінативність завдань тесту, 2 вибірка

Питання	Статистики кореляції	Підсумковий бал
1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?	Кореляція Пірсона	,754**
	значимість (двостороння)	0,000
	N (кількість людей у вибірці)	125
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	Кореляція Пірсона	,771**
	значимість (двостороння)	0,000
	N	125
3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?	Кореляція Пірсона	,718**
	значимість (двостороння)	0,000
	N	125
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання?	Кореляція Пірсона	,749**
	значимість (двостороння)	0,000
	N	125
5. Наскільки часто ви вертетеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?	Кореляція Пірсона	,631**
	значимість (двостороння)	0,000
	N	125
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором?	Кореляція Пірсона	,661**
	значимість (двостороння)	0,000
	N	125
**. рівень статистичної значущості кореляції $p \leq 0,01$ (двостороння), значима		

В цій вибірці всі питання мають дискримінативність вищу за 0,2 у порівнянні з позитивним результатом тесту (рекомендацією пройти більш поглиблену діагностику), так само як і в першому дослідженні. Всі завдання мають позитивну кореляцію з результатом тесту.

Визначимо також надійність за внутрішньою узгодженістю (α Кронбаха), як і у попередньому випадку. Внутрішня узгодженість – характеристика тесту, що вказує на ступінь однорідності складу завдань з точки зору вимірюваної якості. Значення α повинно бути в межах (0,5-0,8).

Занадто високий коефіцієнт α вказує на високу однорідність (подібність) завдань. [19]

Таблиця 2.16.

Статистика надійності А

Альфа Кронбаха	N елементів
,805	6

Цікаво, що в першій вибірці α Кронбаха для 6-ти питань шкали було 0,694, а в цій вибірці – навіть перевищує 0,8, що вказує на те, що завдання занадто однорідні.

Надійність ретестова – передбачає повторне пред'явлення того самого тесту і приблизно у подібних умовах, що і в перший раз, а потім встановлення кореляції між 2-ма рядами даних. Показником ретестової надійності є коефіцієнт кореляції Пірсона (r) – між результатами першого та другого (повторного) тестування за тестом. Часовий інтервал 2 тижні – місяць. Мінімальне $r = 0,7$ [19].

В нашому випадку не було можливості організувати повтор проходження тесту через 2-4 тижні, а також тими самими людьми, але все ж було порівняно розподіли за сумарних балів на першій вибірці (описаній в підрозділі 2.1.) та на новій.

Таблиця 2.17.

Результати ASRS в 2-х вибірках

Сума балів за ключем	Перше тестування		Друге тестування	
	Частота	Відсоток	Частота	Відсоток
,00	45	3,0	8	6,4
1,00	65	4,4	13	10,4
2,00	89	6,0	16	12,8
3,00	142	9,5	13	10,4
4,00	274	18,4	25	20,0
5,00	412	27,6	27	21,6
6,00	465	31,2	23	18,4
Всього	1492	100,0	125	100,0

Вибірки розрізняються за об'ємом, але за допомогою коефіцієнт кореляції Пірсона (r) можна порівняти розподіли. Емпіричне $r = 0,878$, цього достатньо для ретестової надійності (див. вище, мінімально r має дорівнювати 0,7).

Перейдемо до конкурентної валідності адаптованого тесту.

Особливості вибору тестів для порівняння та оцінки результатів за ними описані в підрозділі 2.2. В якості тестів для порівняння, валідність яких уже встановлена, були обрані методики для визначення особливостей уваги: тест Мюстенберга (для вивчення вибіркової уваги) та тест Червоно-чорний квадрат (для визначення рівня переключення уваги).

Порівняння результатів отриманих за Методикою з результатами тестування вибіркової та перемикальної уваги не визначило статистично значимих зв'язків. В даному випадку для шкали РДУГ були використані не показники 0 – 1 (не визначено – визначено необхідність подальшого дослідження), а 5-бальна шкала:

Ніколи – 1 бал

Рідко – 2 бали

Іноді – 3 бали

Часто – 4 бали

Дуже часто – 5 балів

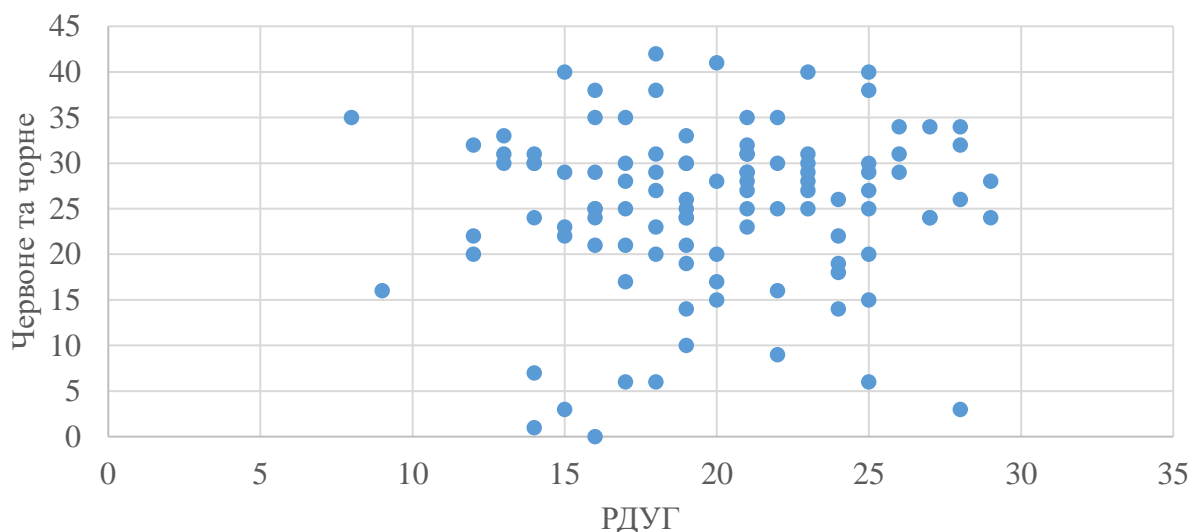


Рис. 2.2.

Діаграма розсіювання для сумарного балу за 5-бальною шкалою РДУГ (ох) та відстанню Левенштейна для методики Червоно-чорний квадрат (оу)

На діаграмі можемо бачити, що як високі, так і низькі результати з методик дослідження уваги можуть зустрічатися у людей, яким шкала ASRS показує подальшу діагностику РДУГ та яким не показує.

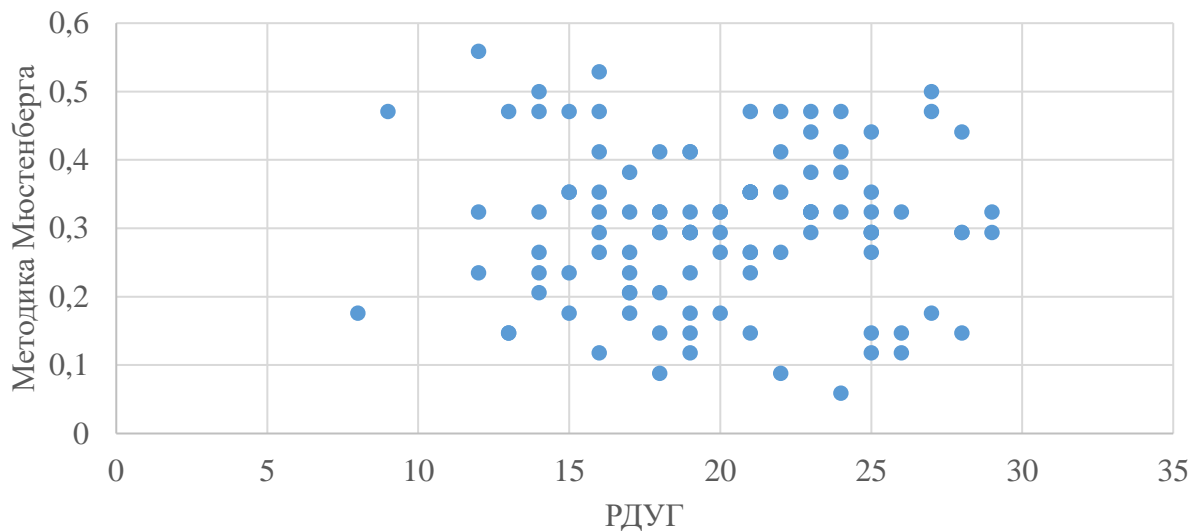


Рис. 2.3.

Діаграма розсіювання для сумарного балу за 5-бальною шкалою РДУГ (ох) та коефіцієнтом вибірковості уваги за методикою Мюстенберга (оу)

Так само тут візуально не виявлено залежності.

Ми схильні пояснювати це особливостями застосування інструментарію.

1) Виконання обох методик передбачало самостійну фіксацію результатів досліджуваними – тут є зовнішні впливи: швидкість друку, Т9, пристрій, який застосовували люди (хоч в тесті і було вказано прохання проходити його на комп'ютері, багато хто проходили з телефону та зазначали, що це було менш зручно, ніж із комп'ютера).

2) Інструментарій проведення опитування не дозволяв зробити чітке обмеження по часу – і хоча людям, які проходили тести, пропонувався таймер, втім, при його використанні могли бути деякі неточності.

3) Непердбачуваний вплив міг мати час заповнення тесту та середовище, в якому це відбувалось (онлайн не можливо проконтролювати безпечність місця, відсутність зовнішніх подразників і т.п.)

4) Самі методики, хоч і пропонуються в підручниках для діагностики, містили недоліки – в частині обрахунку результатів не було конкретної вказівки, як це робиться, а також в частині інструкцій. Методика Мюстенберга містила аж 13 сполучень букв/слів, які можуть бути потрактовані по-різному.

5) Також накладало обмеження те, що дослідження проводилось онлайн. Наприклад, в людей не було можливості закреслити слова в методиці Мюстенберга (а це би полегшувало виконання завдання). Так само не було можливості викреслювати цифри та літери в методиці червона та чорна таблиця, хоча тут вже в самій методиці не вказано, чи це можливо робити.

6) Також деякі опитані мною спеціалісти зазначають, що діагностика за допомогою методик на дослідження уваги не є показовою для дорослих. Те саме говорить американський психіатр та просвітник в сфері РДУГ Dr К – що тести на увагу часто не є показовими для людей зі РДУГ, оскільки містять елементи цікавості та стресовості, що допомагає людям на них концентруватись.

В порівнянні з нормами виконання тесту Мюстенберга всі досліджувані мають низький рівень вибіркової уваги. По методиці червоно-чорна таблиця Горбова у використаному нами джерелі та варіанті проходження цієї методики норма не вказана, тож немає можливості порівняти.

За допомогою критерію Манна-Уїтні перевіримо гіпотезу про розбіжність за тестами на увагу між особами у яких визнано РДУГ за ASRS, та тих у кого не визнано (тут 106 опитуваних, оскільки з вибірки 125 людей деякі невірно виконали те чи інше завдання, тому ці результати не були обраховані). Розрахунки див. у Додатку Ж. Асимптотична значимість розбіжностей дорівнює 0,582 для методики червоне та чорне та 0,651 для

методики Мюстенберга. В обох випадках вона не досягає навіть рівня $p=0,1$, тобто розбіжностей в результатах методик між вибіркою людей, які мають позитивний результат за шкалою ASRS та тими, хто мають негативний – не визначено.

На вибірці ми визначили три емпіричні рівні переключення уваги за методикою червоне та чорне за нормалізованою відстанню Левенштейна. Так, що «відносно низький» рівень – це значення, які більше або дорівнюють середньому значенню показника плюс середнє квадратичне відхилення, «відносно високий» – ті, що менше або дорівнюють середньому значенню показника мінус середнє квадратичне відхилення. Та порівняли рівні переключення уваги у осіб із визначеним та не визначеним РДУГ, результати на рисунку нижче. Для визначення значимих розподілів використовуємо критерій Хі-квадрат. Хоча Хі-квадрат не дає значущого рівня незалежності порівнюваних розподілів, результати все одно цікаві:

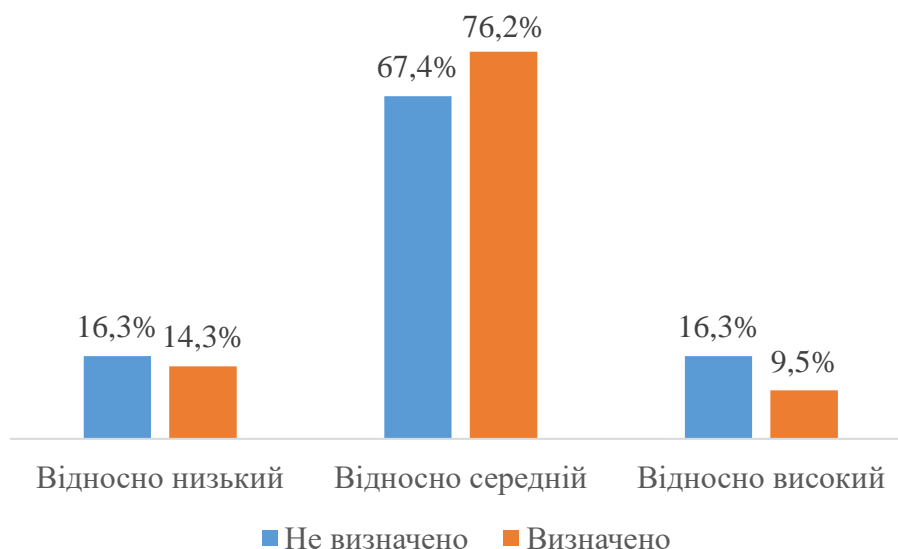


Рис. 2.4.

Рівні переключення уваги осіб з визначеним та не визначеним РДУГ

Аналогічний аналіз було проведено окремо для кожного питання.

**Рівні переключення уваги в залежності від відповіді на окремі питання
адаптованої методики ASRS**

Питання	Відповіді за ключем	Червоно-чорна табл. (відстань Левенштейна)			
		Відносно низький	Відносно середній	Відносно високий	Загалом
1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?	,00	10,7%	71,4%	17,9%	100,0%
	1,00	16,7%	73,1%	10,3%	100,0%
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	,00	20,0%	65,7%	14,3%	100,0%
	1,00	12,7%	76,1%	11,3%	100,0%
3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?	,00	17,6%	61,8%	20,6%	100,0%
	1,00	13,9%	77,8%	8,3%	100,0%
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання?	,00	18,6%	65,1%	16,3%	100,0%
	1,00	12,7%	77,8%	9,5%	100,0%
5. Наскільки часто ви вертетеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?	,00	15,7%	74,5%	9,8%	100,0%
	1,00	14,5%	70,9%	14,5%	100,0%
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором?	,00	18,8%	68,8%	12,5%	100,0%
	1,00	9,5%	78,6%	11,9%	100,0%

Парадоксально для 5-го питання у людей, які відповідали ствердно (а завдання вказує на можливість наявності РДУГ) відносно високих результатів більше.

Також на вибірці ми визначили три емпіричні рівні вибіркової уваги за коефіцієнтом вибіркової уваги визначеним за методикою Мюстенберга, так що, «відносно високий» рівень – це значення, які більше або дорівнюють середньому значенню показника плюс середнє квадратичне відхилення, «відносно низький» – ті що менше або дорівнюють середньому значенню

показника мінус середнє квадратичне відхилення. Та порівняли рівні вибіркості уваги у осіб із визначеним та не визначеним проведенням подальших досліджень на РДУГ по шкалі ASRS, результати на рисунку нижче. Хі-квадрат так само не дає значущого рівня незалежності порівнюваних розподілів.

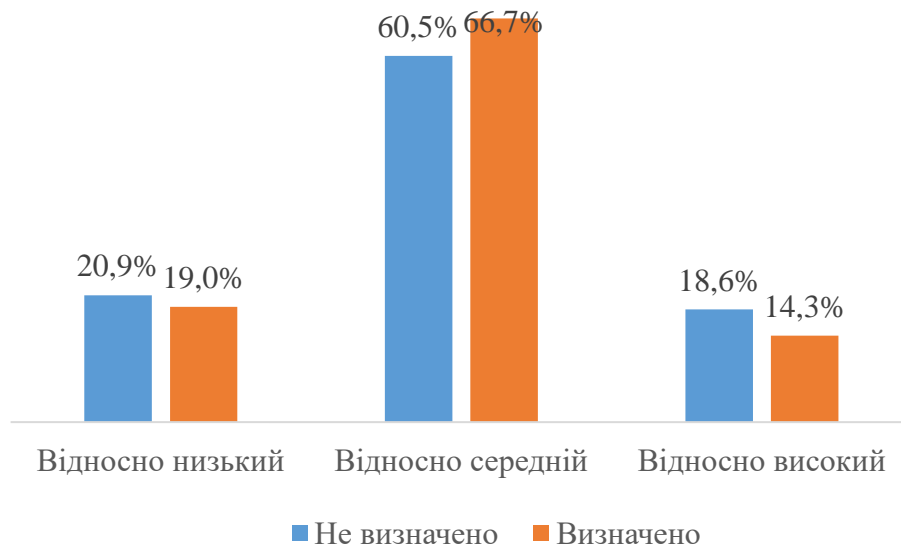


Рис. 2.5.

Рівні вибіркості уваги осіб з визначеним та не визначеним РДУГ

Аналогічний аналіз було проведено окремо для кожного питання.

Таблиця 2.19.

Рівні вибіркості уваги в залежності від відповіді на окремі питання ASRS

Питання	Відповіді за ключем	Методика Мюстенберга (коефіцієнт)			
		Відносно низький	Відносно середній	Відносно високий	Загалом
1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?	,00	28,6%	60,7%	10,7%	100,0%
	1,00	16,7%	65,4%	17,9%	100,0%
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	,00	22,9%	62,9%	14,3%	100,0%
	1,00	18,3%	64,8%	16,9%	100,0%
3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей,	,00	23,5%	52,9%	23,5%	100,0%
	1,00	18,1%	69,4%	12,5%	100,0%

Питання	Відповіді за ключем	Методика Мюстенберга (коефіцієнт)			
		Відносно низький	Відносно середній	Відносно високий	Загалом
справ, обов'язків?					
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання?	,00	18,6%	65,1%	16,3%	100,0%
	1,00	20,6%	63,5%	15,9%	100,0%
5. Наскільки часто ви вертетеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?	,00	15,7%	62,7%	21,6%	100,0%
	1,00	23,6%	65,5%	10,9%	100,0%
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором?	,00	15,6%	65,6%	18,8%	100,0%
	1,00	26,2%	61,9%	11,9%	100,0%

Цікаво, що люди, які відповідали ствердно на питання 1 та 2 краще справлялись з методикою Мюстенберга, ніж ті, які не спостерігали в себе симптомів, які би могли вказувати на РДУГ.

Перевіримо чи є розбіжності за характеристиками уваги у респондентів в залежності від відповідей на окремі питання.

За тими самими трьома групами результатів за методикою Мюстенберга та червоно-чорною таблицею (відносно низький, відносно середній та відносно високий) проаналізуємо особливості уваги в залежності від відповіді на кожне питання окремо (оскільки не всі питання шкали на РДУГ стосуються уваги, а розлад також має іншу складову – гіперактивність/імпульсивність). Для визначення значимих розподілів використаємо критерій Хі-квадрат. Цей аналіз показав, що для третього питання є розбіжності за рівнем вибіркості та об'ємом уваги респондентів (Хі-квадрат < 0,05%):

Таблиця 2.20.

**Розбіжності рівня вибіркової та об'єму уваги респондентів, які
відповідали на питання 3 адаптованої шкали ASRS**

3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?	Методика Мюстенберга (коефіцієнт)		
	Відносно низький	Відносно середній	Відносно високий
Ніколи	25,0%	25,0%	50,0%
Рідко	23,3%	56,7%	20,0%
Іноді	5,9%	88,2%	5,9%
Часто	31,8%	54,5%	13,6%
Дуже часто	25,0%	50,0%	25,0%

Але результати не проявляються аж так яскраво. Наприклад, за методикою Мюстенберга відносно високі результати серед тих, у кого дуже часто виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків зустрічаються частіше, ніж у тих, хто рідко має проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ та обов'язків. Можливо, до дорослого віку особи, що мають поведінкові ознаки РДУГ, навчаються жити зі своїми особливостями та достатньо компенсують недоліки уваги.

Таблиця 2.21.

**Рівні переключення уваги в залежності від відповіді на окремі
питання 2 адаптованої шкали ASRS**

		Червоно-чорна табл. (відстань Левенштейна)		
		Відносно низький	Відносно середній	Відносно високий
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?	Ніколи	50,0%	0,0%	50,0%
	Рідко	18,2%	69,7%	12,1%
	Іноді	7,1%	67,9%	25,0%
	Часто	12,9%	83,9%	3,2%
	Дуже часто	25,0%	75,0%	0,0%

Також, в якості зовнішнього критерію було використано методику для визначення негативних психологічних наслідків травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР.

Проведемо кореляційний аналіз між двома методиками.

Таблиця 2.22.

Зв'язок між ознаками РДУГ та негативними наслідками травматизації

	Статистики Ро Спірмена	Бали за методикою РДУГ
Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)	Коефіцієнт кореляції	,271**
	знач. (двустороння)	0,005
	N	106
** . рівень статистичної значущості кореляції $p \leq 0,01$		

Хоча визначена кореляція дуже слабка (до 0,3), але статистично значима. Тобто, поведінкові прояви РДУГ схожі на ознаки негативних психологічних наслідків травматизації або ж можна зробити висновок, що люди зі РДУГ більше схильні до можливості травматизації, ніж нормотипові люди.

Порівняємо за t-критерієм Стьюдента вираженість негативних психологічних наслідків травматизації у осіб, у яких визначено та не визначено необхідність подальшого дослідження РДУГ за шкалою ASRS.

Таблиця 2.23.

Розбіжності середніх показників негативних наслідків травматизації респондентів, у яких визначено та не визначено РДУГ

РДУГ	N	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)		
		Середнє	Середньоквадратичне відхилення	Середньоквадратична помилка середнього
Не визначено	43	5,02	2,559	0,390
Визначено	63	6,03	2,652	0,334

Розбіжності за t-критерієм (двустороннім) значимі – на рівні $p=0.05$.

Також було перевірено зв'язок позитивного результату за шкалою ASRS із віком. Такий зв'язок не визначився статистично значимим (див. табл. В Додатку 3). Проведемо також процедуру окремі кореляції. Вона обчислює коефіцієнти кореляції, які описують лінійний зв'язок між 2-ма змінними при усуненні впливу однієї чи декількох додаткових змінних

(SPSS). Візьмемо результати ASRS як за оригінальним ключем, так і розраховані відповідно до ключа: ніколи – 1 бал, дуже рідко – 2 бали, іноді – 3, часто – 4, дуже часто – 5.

Таблиця 2.24.

Кореляція між результатом ASRS та результатами інших методик з урахуванням впливу Короткої шкала тривоги, депресії та ПТСП (В.В. Hart)

		Без урахування впливу			З урахуванням впливу Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСП (В.В. Hart)	
		Червоно-чорний квадрат (нормалізована відстань Левенштейна)	Мюстенберг коефіцієнт	Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСП (В.В. Hart)	Червоно-чорна (нормалізована відстань Левенштейна)	Мюстенберг коефіцієнт
Загальний Бал (макс 6 балів)	Кореляція	-0,089	-0,056	0,255	-0,078	-0,007
	Значимість (одностороння)	0,181	0,284	0,004	0,216	0,472
	ст.свободи	104	104	104	103	103
Всього у балах (максимум 30 балів)	Кореляція	-0,065	-0,021	0,302	-0,050	0,040
	Значимість (одностороння)	0,254	0,416	0,001	0,305	0,341
	ст.свободи	104	104	104	103	103
	ст.свободи	104	0	104		
	Значимість (одностороння)	0,282	0,023			
	Ст. свободи	104	104	0		

Як бачимо, значимість не досягає рівня 0,1 (що значить, що значення знаходяться у великому розкиді від кривої розподілу) – тобто, залежність між результатами адаптованої шкали ASRS, скориговані та не скориговані на Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСП (В.В. Hart), не корелюють із відповідями респондентів на методики вимірювання параметрів уваги.

Висновки до розділу 2

1. Вибірка зі 1492 людей, які пройшли адаптований опитувальник ASRS на 18 питань, була надто зміщена в бік людей, які підозрювали у себе РДУГ, а тому цікавились цією діагностикою. 77,1% людей, які пройшли це опитування, отримали «позитивний» результат тестування на РДУГ. Це імовірно спричинило те, що деякі питання в опитувальнику мали занадто високий індекс ефективності. Всі питання шкали мають дискримінативність вищу за 0,2, що означає, що кожне питання шкали має позитивну кореляцію з результатом тесту. Тобто, всі 18 запитань шкали визначають одне і те саме. Також за нашою вибіркою було визначено, що стара версія опитувальника на 18 питань має занадто високу однорідність завдань (α Кронбаха $> 0,8$), тоді як α Кронбаха оновленого опитувальника на 6 питань знаходиться в межах норми (0,694).

2. Організувати повторне дослідження протягом 2 тижнів – 1го місяця після попереднього з тими самими респондентами для обрахунку ретестової надійності не було реальною задачею, втім повторне опитування все ж було організоване, його ціллю став також аналіз конкурентної валідності тесту. Респондентами стали 125 людей, тест включав в себе 6 питань адаптованого опитувальника ASRS, питання на демографічні дані, додано методику Мюстенберга, червоно-чорну таблицю Горбова та Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart).

3. В ході проведення досліджень в методиках на дослідження увагу були виявлені неточності. В червоно-чорній таблиці Горбова: помилка в стимульному матеріалі. Незрозумілість інструкцій з інтерпретації результатів. В методиці Мюстенберга на вибірковість уваги та обсяг уваги – так само незрозумілість інструкції з інтерпретації результатів; відсутність ключа, що ускладнювало інтерпретацію: було незрозуміло, чи враховувати короткі слова в тексті, такі як «я», «у», які деякі респонденти відмічали, а деякі – ні, а також незрозуміло, як враховувати пари слів, які містять в собі інші слова (так, «конкурс» містить в собі слова «кон», «курс» та «конкур»), а

також слова, які вкупі з сусідніми буквами також можуть утворювати слова, що будуть перетинатись (в буквсполученні «кротелевізор» є слова «крот», «рот», «телевізор»), загалом таких місць в тесті було знайдено 13. Ці неділоки методик ускладнювали інтерпретацію результатів. Також проведення тестування було ускладнено тим, що воно проходило онлайн, тоді як всі знайдені методики на вимірювання різних параметрів уваги, розраховані на оффлайн присутність, і, відповідно, вони виконуються дещо по-різному та можуть давати різні результати.

В повторному опитуванні з додатковими методиками взяли участь більше жінок (106), ніж чоловіків (19). 61,6 % цих людей живуть в Україні, 26,4% виїхали за кордон після 24-го лютого 2022 року, і 12% жили за кордоном раніше. Цікавим є той факт, що серед людей, які проживали за кордоном до повномасштабного вторгнення % людей, які отримали позитивний результат за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) – більший (86,7%), ніж серед тих, хто в Україні (81,8%) та тих, хто виїхали за кордон (75,8%). Загалом, отримані досить високі показники за цією шкалою, що зумовило важливість перевірки кореляції між результатом відповідей на ASRS шкалу та методиками на увагу без урахування цієї шкали. Індекс ефективності завдань згідно оригінального ключа для другої вибірки знаходився в межах дозволеного інтервалу, включаючи ті завдання, які в попередньому опитуванні на 1492 людей мали надто високу. Можливо, це зумовлено тим, що в другій вибірці % людей, які отримали «позитивний» результат за шкалою ASRS, був 60% (а не 77,1%). Це також дуже високий відсоток, який не відповідає середній кількості людей зі РДУГ в дорослій популяції, тож ця вибірка також зміщена в бік людей, які мають ознаки РДУГ (і, можливо, саме тому зацікавились проходженням тесту), але не так сильно, як перша вибірка. Всі завдання тесту мають позитивну та значиму кореляцію із загальним результатом тесту та надійність за внутрішньою узгодженістю (α Кронбаха) в межах норми. Не дивлячись на те, що вибірки відрізняються за об'ємом, за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (r) можна порівняти

розподіли. Емпіричне $r = 0,878$, цього достатньо для ретестової надійності (див. вище, мінімально r має дорівнювати 0,7).

4. Також було здійснено аналіз конкурентної валідності адаптованого тесту. Візуально не було виявлено жодної залежності між результатом тесту на РДУГ та коефіцієнтом вибіркості уваги за методикою Мюстенберга або відстанню Левенштейна до правильної відповіді для методики Червоно-чорний квадрат. Кореляція між загальним результатом по тесту на РДУГ та результатами проходження методик на увагу не виявилась значимою (більше 0,1), а також не виявилась значимою ця кореляція з урахуванням впливу Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart). Був проведений аналіз за трьома групами результатів («відносно низкий» рівень – це значення, які більше або дорівнюють середньому значенню показника плюс середнє квадратичне відхилення, «відносно високий» – ті, що менше або дорівнюють середньому значенню показника мінус середнє квадратичне відхилення) по методиці Мюстенберга та червоно-чорний квадрат відносно відповідей на окремі питання шкали РДУГ, і було виявлено 2 питання, для яких були розбіжності між людьми, які відповідали «позитивно» згідно ключа та «негативно» згідно ключа методики на РДУГ та їх результатами за методиками (χ^2 -квадрат $< 0,05\%$). Це були питання 3. «Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?» (розбіжності в методиці Мюстенберга) та питання 2. «При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?» (розбіжності в методиці червоно-чорний квадрат).

5. Відсутність кореляції між результатами проходження шкали на РДУГ та іншими тестами на увагу ми схильні пояснювати: особливостями застосування інструментарію: виконання обох методик передбачало самостійну фіксацію результатів досліджуваними – тут є зовнішні впливи: швидкість друку, Т9, пристрій, який застосовували люди (хоч в тесті і було вказано прохання проходити його на комп'ютері, багато хто проходили з телефону та зазначали, що це було менш зручно, ніж із комп'ютера); також

інструментарій проведення опитування не дозволяв зробити чітке обмеження по часу – і хоча людям, які проходили тести, пропонувався таймер, втім, при його використанні могли бути деякі неточності; непередбачуваний вплив міг мати час заповнення тесту та середовище, в якому це відбувалось (онлайн не можливо проконтролювати безпечність місця, відсутність зовнішніх подразників і т.п.). Також РДУГ – це не тільки неухважність, а стійкий патерн неухважності та/або гіперактивності-імпульсивності, тобто, частина питань шкали на РДУГ не пов'язана з уважністю. Самі контрольні методики містили недоліки в частині обрахунку результатів не було конкретної вказівки, як це робиться, а також в частині інструкцій. Методика Мюстенберга містила аж 13 сполучень букв/слів, які можуть бути потрактовані по-різному. Накладало обмеження те, що дослідження проводилось онлайн. Наприклад, в людей не було можливості закреслити слова в методиці Мюстенберга (а це би полегшувало виконання завдання). Так само не було можливості викреслювати цифри та літери в методиці червона та чорна таблиця, хоча тут вже в самій методиці не вказано, чи це можливо робити. Також деякі опитані мною спеціалісти зазначають, що діагностика за допомогою методик на дослідження уваги не є показовою для дорослих. Те саме говорить американський психіатр та просвітник в сфері РДУГ Dr К – що тести не увагу часто не є показовими для людей зі РДУГ, оскільки містять елементи цікавості та стресовості, що допомагає людям на них концентруватись, а також шкала депресії, тривоги та ПТСР 80,8% респондентів мала «позитивний» показник, що також могло впливати на результати, хоча і був проведений аналіз, який виключав цей фактор. Окрім того, дорослі розвивають адаптації до життя в соціумі та можуть змінювати прояви РДУГ, можливо, це стосується і проходження цих методик.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ ЗІ РДУГ

3.1. Методи корекції РДУГ у дорослих

Паралельно до 1-го опитування ми з колегою проводили набір на терапевтичну групу для людей зі РДУГ або тих, хто підозрюють в себе РДУГ (так вона була спозиціонована, оскільки є недіагностовані дорослі, які мають РДУГ). На момент до початку групи нею зацікавились 100 людей, а адаптовану шкалу самооцінювання ASRS пройшли 670 людей. Якщо % людей, яким по цьому опитувальнику рекомендована подальша діагностика, рівномірний, то десь 516 людей (77,1%) отримали «позитивний» результат тесту, і десь 19,38% виявили зацікавленість в групі. Також, як ми бачимо з таблиці 2.3.18., серед людей, в яких потенційно визначений РДУГ (за адаптованою шкалою ASRS), є більше проявів за шкалою депресії та тривожності. Це говорить про потребу в психологічній допомозі дорослим зі РДУГ. А також сама кількість, які пройшли опитування – про зацікавленість в темі. Тому є потреба в розробці корекційних програм для дорослих людей зі РДУГ. Розглянемо для початку, які є методи корекції РДУГ.

Є декілька методів корекції РДУГ. Розглянемо перший, медикаментозний. Найбільш популярними ліками для людей зі РДУГ є:

- Ліки на основі Methylphenidate, це: Concerta, Ritalin, Focalin XR, Ritalin LA, Focalin, Metadate, Jornay PM, Azstarys.
- Ліки на основі Amphetamine: Vyvanse, Adderall XR, Adderall, Dexedrine
- Нестимулюючі ліки: Intuniv, Strattera, Qelbree [75].

Вище зазначені не всі назви доступних ліків.

Згадані ліки доступні в США, підбір препаратів є строго індивідуальним. Загалом ліки поділяються на:

— стимулятори (на основі Methylphenidate та на основі Amphetamine), вони вважаються першою лінією лікування РДУГ, втім до

30% пацієнтів не реагують на стимулятори; вони стимулюють певні клітини в мозку виробляти більше норадреналіну разом з його будівельними блоками – дофою та дофаміном, яких як раз і не вистачає у людей зі РДУГ. Втім достеменно невідомо, як саме вони полегшують симптоми розладу [78];

— і нестимулятори (атомоксетин, гуанфацин, вілаксазин та клонідин) – для тих, на кого не діють стимулятори, кому стимулятори є некорисними, а також їх призначають в комбінації зі стимуляторами для полегшення симптомів, на які стимулятори не діють. Частина з них є селективними інгібіторами зворотного захоплення норадреналіну, вони в теорії підвищують концентрацію норадреналіну та дофаміну в префронтальній корі. Інші діють, імітуючи ефекти норадреналіну в рецепторах префронтальної кори [78];

— Також часто призначають антидепресант бупропіон (Wellbutrin), хоч він і не є офіційно затвердженим для корекції РДУГ [78].

В Україні можна знайти не всі ліки для медикації РДУГ. Вони призначаються за рецептом та не всі є доступними на ринку. Наприклад, на 2023-ій рік амфетаміни та похідні розглядаються як наркотичні речовини та не є затвердженими як ліки при РДУГ. Деякі дозволені ліки недоступні офіційно, тому люди звертаються до сірих каналів. Офіційно купити в Україні станом на 2023 можна Концерту (Concerta), Монсетин [20], Страттеру (Strattera) або Конатен, Клонідин, Гуафацин, Інтунів, турецький Arislow, Wellbutrin [26]. Монсетин та Концерту за державною програмою закупівлі ліків можна отримати безоплатно у дільничного психіатра, вони прописані в Номенклатурі лікарських засобів за напрямом "Лікарські засоби для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектра аутизму, з шизофренією, афективними розладами, гіперкінетичними розладами та епілепсією" – метилфенідат та атомоксетин (діючі речовини цих двох препаратів) [16].

Ліки можуть бути у формі капсул, таблеток, рідин, пластира, тощо. Можуть вивільнятися та діяти протягом різного проміжку часу (наприклад, 4

години чи 8 чи 12). Стимулятори зазвичай мають такі побочні ефекти як: зниження апетиту, біль у животі, порушення сну, головні болі.

Нестимулятори можуть мати такі побічні ефекти: втома, біль у животі, зниження апетиту, нудота.

Зазвичай ці побічні ефекти пацієнти відчують, коли пробують і коригують ліки [78]. Вони є порівняно неважкими та можуть бути скориговані дозуванням ліків [83].

Медикаментозне лікування РДУГ знижує ризик: випадкових травм, черепно-мозкових травм, зловживання психоактивними речовинами, куріння цигарок, неуспішності в навчанні, переломів кісток, захворювань, що передаються статевим шляхом, депресії, самогубства, злочинної діяльності, підліткової вагітності [83].

Немедикаментозне лікування РДУГ має меншу ефективність, ніж медикаментозне лікування симптомів. Проте, таке лікування часто допомагає вирішувати проблеми, які зберігаються навіть після оптимізації медикаментозної терапії [83].

Наприклад, Рассел Барклі в своєму відео про розвиток толерантності до медикаментозної терапії РДУГ говорить про те, що часто люди називають толерантністю чи неефективністю, він в своїй практиці називає "соціальною толерантністю". Скажімо, люди почали приймати медикаменти, і отримують переваги від них вже досить довгий час, але вони (медикаменти) не вирішили всіх проблем в житті. В таких випадках він пропонує припинити прийом на декілька днів та подивитись, чи дійсно немає ніякої різниці. Зазвичай всі симптоми РДУГ повертаються, і різниця суттєва та стає очевидною [37]. Відповідно до дослідження К. Handelman & F. Samiya (2022), при прийомі медикаментів люди відзначають і підйом енергії, і зменшення симптомів дефіциту уваги (та гіперактивності) [62]. До ефекту підйому енергії може розвиватись толерантність, і люди можуть плутати це і відсутність ефекту, пов'язаного з контролем РДУГ. В одному дослідженні, проведеному в 90-х, 24-25% пацієнтів, які приймають стимулюючі препарати, через декілька

тижнів-місяців розвивають толерантність. Згідно іншого, толерантність у пацієнтів під час прийому протягом 10 років, біля 3%. Відповідно, складно сказати точно, який % людей розвивають толерантність, і коли, але скоріше це станеться протягом перших півроку прийому, ніж потім. Ті люди, хто приймають високу дозу, частіше розвивали толерантність, ніж ті, які приймали середню. Якщо у пацієнтів змінюється вага, потрібно змінювати дозу з лікарем (підбирається, базуючись на вазі). У випадку, якщо толерантність розвинулася, потрібно або збільшити дозу, або підібрати інші медикаменти [37].

Інша категорія терапії при РДУГ – це поведінкова та когнітивно-поведінкова та інші напрямки терапії. Для дошкільнят та школярів є тренінги, які вчать батьків взаємодіяти та виховувати дітей. Для підлітків та дорослих терапія спрямована на покращення організаційних навичок. За різними дослідженнями такі методи дають від незначних, малих до помірних покращень симптоматики [83]. Втім будь-яка терапія допомагає із супутніми проблемами, які несе в собі РДУГ.

В “Гештальт-терапії в клінічній практиці” зазначають, що психопатологію можна розглядати як страждання індивіда чи як страждання поля. Психопатологія може вважатись явищем, яке належить особистості (до речі, саме в такому ключі клінічні коментарі з цього приводу та розгляди з точки зору нейропсихології) та явищем, яке виникає в полі та належить простору “між”, описаному Бубером. Фігура переживання, яка контекстуально виникає з фону - це фігура, яка належить індивіду. Фігура виникає та набирає форми через присутність інших людей. Страждає взаємозв’язок, відносини між суб’єктом та світом. Для гештальт терапії психопатологія є вивченням того, що відбувається на кордоні контакту. Психопатологія повинна обов’язково співвідноситись зі стражданням на кордоні контакту. Страждання виникає та розвивається в рамках стосунків. Чи, в більш строгих термінах гештальт терапії – в просторі, якому воно належить, та в якому створювалось: на кордоні контакту. Страждання

контактного кордону. Психопатологія є властивістю контактного кордону, який сприймається особистістю [59].

Психопатологічні страждання витікають з недостатності значимих контактів та виражають недостаток значимих контактів. Якщо не дається достатньої підтримки болю, який існує у стосунках, то він перестає усвідомлюватись, і, відповідно, веде до саморуйнування. Це стає шкодою [59]. З огляду на це при РДУГ важлива терапія прив'язаності. Відзеркалення та рефлексія почуттів дитини можуть допомогти покращити саморегуляцію таких дітей. Fonagy та Target (1997) вважають, що в емпатичному середовищі явні симптоми поведінкової дисрегуляції зникнуть. А в рамках дворічної Frankfurt Prevention Study програми психоаналітичні (не психофармакологічні) інтервенції сприяли значному статистичному зменшенню кількості дітей, які страждають від РДУГ, в першому класі (порівняно з контрольною групою) [45].

Важливою є також психоедукація про те, що таке РДУГ, дестигматизація. Вдалою метафорою РДУГ, яку приводять і в “Чому я відволікаюсь”, і в “Перемога над РДУГ”, і Dr К, є порівняння РДУГ із короткозорістю. Око не може сфокусуватись, та, відповідно, потребує допомоги для цього. Так само мозок не може сконцентруватись, та потребує допомоги (це може бути як медикаментозна допомога, так і особливості організації життя, розпорядку дня, роботи).

У людей зі РДУГ є і “суперсили”, які можуть ставити їх в більш вигідне становище, ніж нормотипових людей. Скоріш за все, якщо у вас є РДУГ, вам доступне щось із цього: творчість, почуття гумору, імпульсивність, яка штовхає на ризик, і людина не боїться змін, швидкість реакцій (можуть моментально оцінити ситуацію та діяти по обставинах) [29, с. 33]

Під час нещодавнього якісного дослідження було виявлено такі позитивні якості, які люди асоціюють зі РДУГ: нетипове (дивергентне) мислення, гіперфокус, креативність, допитливість, нон-конформізм,

авантюризм, сміливість, цілісність, наполегливість, духовна, психологічна, фізична енергія, соціальний інтелект, гумор, розуміння почуттів, здатність до саморегуляції, сублимації, здатність сприймати та цінувати прекрасне [77]. Приводжу в додатках переклад цієї таблиці, де ці якості розташовані по категоріях. Див. Додаток Б.

1.3. Згідно з дослідженням Майкла Фрімена, засновники бізнесів в 6 разів більше страждають від розладу дефіциту уваги, ніж інші люди в популяції [43]. Можливо, комусь з клієнтів буде цікаво почитати книгу на цю тему - ось одна з таких: “The ADHD Advantage: What You Thought Was a Diagnosis May Be Your Greatest Strength”, написану Dale Archer MD [33].

Також додаю тут цікавий експеримент на тему того, як показати, як саме працює наша увага – він може підсвітити деякі моменти для людей зі РДУГ, які мають запити, що стосуються самоорганізації. Тож. Не дивлячись на те, що ви могли чути, люди насправді рідко можуть зосередити увагу більше, ніж на одній задачі за раз. Тобто, ви не можете писати диплом та дивитись youtube одночасно. Людям може здаватись, що вони здатні робити дві справи одночасно, та насправді вони просто так швидко переходять від одного заняття до іншого, що не помічають цього. Мозок починає налаштовуватись на диплом, потім перемикає його на youtube, потім - знову на youtube, і так далі. Проблема в тому, що коли люди переміщають увагу то туди, то сюди, вони роблять багато помилок. Мозок постійно перефокусується та питає: “Де я тільки що був? Що робив? Де я і що роблю зараз?” [29, с. 24]

Досить цікаво це було побачити на ось такому експерименті [18]: спробуйте записати ці послідовності спершу зліва-направо (спочатку літера, потім цифра, потім символ, див. Додаток В) та засічіть час, який знадобився на це. А потім - стовпчиками (спочатку одну послідовність, потім іншу). У 100% учасників групи (десь 15 людей) результат був очевидним - швидшим був 2-ий варіант виконання завдання.

На диво, деяка суто фізіологічна регуляція, така як сон чи фізичні вправи, може зробити багато для психоемоційного стану людей, в тому числі у сфері концентрації уваги.

Важливість харчування. Коли у вас низький рівень енергії, ви схильні думати з меншою концентрацією. Повноцінне харчування - з високим вмістом білку, здорових жирів та складних вуглеводів забезпечують вас високим рівнем енергії протягом дня, що допомагає зосередитись. Є навіть досліджений зв'язок між тим, чи їсть дитина сніданок, та її успішністю в школі. [29, с. 35]

Фізичні вправи викликають зміни в мозку, які призводять до покращення концентрації. Збільшується нейротрофічний фактор головного мозку (BDNF), який відповідає за здатність до зібраності та зосередженості, а також за пам'ять. До того ж, коли тіло втомлене від фізичної активності, то легше висидіти урок. Деякі молоді люди навіть обходились без ліків для РДУГ, роблячи гімнастику 2 рази на день. Це мають бути інтенсивні вправи [29, с. 37].

Важливість сну. Люди зі РДУГ в середньому сплять від 8 до 10 годин на добу. Сон є ключовим фактором, коли ви намагаєтесь привести свій мозок в оптимальний стан, щоб зосередитись. Дослідження показують, що на процес мислення впливає навіть легке недосипання [29, с. 37].

Планування задач для людей зі РДУГ має свої особливості, наприклад, важливо поміщати нагадування про події чи справи, які потрібно зробити, у візуальне поле людини – щоб це спрацювало як нагадування [34]. Одним з підходів - “планування патернів” - описують в книзі “Чому я відволікаюсь”. Автори вважають з досвіду клієнтів та базуючись на знаннях про РДУГ, що така система організації є ефективною для людей, які мають РДУГ. Працює це так:

- складіть список регулярних задач, зобов'язань та зустрічей, які чекають вас на наступному тижні
- внесіть їх в календар в певний сегмент часу.

Наприклад, ви можете вирішити, що маєте плити вдома в 16:30 по четвергам, фізкультурою займаєтесь в середу та п'ятницю в 7 ранку, а раз на 2 тижні біля 6-ї вечора у вівторок слухаєте якийсь професійний вебінар. Дуже скоро ці регулярні задачі вкоріняться у вашій підсвідомості, і ви їх зможете робити майже не задумуючись [28, с. 502/646].

Якщо потрібно підготуватись до якоїсь специфічної події або сама ця подія розтягнута в часі, то можна спробувати відмічати її в календарі окремим кольором, який буде використовуватись тільки для поміток чи записів, пов'язаних саме з цією подією [29, с. 82].

Планування часу. Часто люди зі РДУГ недооцінюють строк, який їм потрібен для виконання тої чи іншої задачі, і, відповідно, переоцінюють свої можливості. Можна поекспериментувати в цьому полі: спробувати оцінити, скільки часу знадобиться для виконання певного завдання, і засікти, чи вкладеться в цей час? По-перше, це допоможе краще сконцентруватись, бо з'явиться інтерес, а по-друге, можна буде перевірити, скільки справді часу потрібно на цю задачу [29, с.86].

Важливо також, щоб час був максимально "візуалізований" – годинниками, таймерами і т.п. – тим, що помістить час назовні від людини (бо внутрішньо вона його не відчуває) [34].

Управління середовищем. З одного боку, якщо в середовищі, яке оточує людину зі РДУГ під час того як вона виконує якесь завдання, яке потребує концентрації, багато різних відволікаючих факторів (шумно, на телефоні увімкнені сповіщення), то, відповідно, людина більше відволікається. Потрібно звести до мінімуму відволікаючі фактори. Наприклад, вибрати для роботи тихе приміщення або одягнути навушники з шумодавом. Якщо це бібліотека або якесь місце, де багато людей, то важливо, щоб це був тихий кут подалі від друзів, які відволікають. Підготуватись в тому плані, щоб мати під рукою все необхідне для поточної потрібної роботи, включаючи навіть перекуси та воду (щоб не потрібно було за цим вставати та відволікатись). Перевести в потрібний режим гаджети та

відкласти їх так, щоб не бачити їх. 4. Спробувати на столі по максимуму мати порядок та мінімум речей, покласти на стіл пусту папку, щоб вона була першим, що відволіче увагу людини під час виконання завдання, не даючи відволікатись на щось ще. 5. Сповістити членів родини чи тих, хто поруч, що ви зайняті (щоб вас не відволікали) [29, с. 49-50, 79].

Dr же К. навпаки розповідає, що є дослідження, які свідчать про те, що білий шум може допомагати людям зі РДУГ. Чим менше цікавого в середовищі, чим менше стимулів, тим гіршим стають симптоми РДУГ. Наприклад, якщо взяти 2-х 7-річних дітей зі РДУГ та одного помістити в кімнату, де є тільки стілець і більше нічого, а іншого - в кімнату, де є ще іграшки та інші предмети, що можна буде помітити, це те, що ці діти будуть поводитись дуже-дуже по-різному. Чим менше стимулів матиме середовище, тим більш рухливими та непосидючими будуть діти, та тим менш здатними вони будуть утримувати увагу. Є теорія, яка говорить про те, що є оптимальний рівень функціонування у дітей зі РДУГ, і вони будуть створювати стимули, пересуваючись, генеруючи шум чи досліджуючи щось, намагаючись підняти кількість стимулів до оптимального рівня стимулів. І якщо ви забезпечите достатню кількість стимулів, то РДУГ поведінка буде елімінуватись. Є наукові докази, що білий шум / теплий коричневий шум / темний коричневий шум створює більшу кількість стимулів, і відповідно допомагає людям зі РДУГ краще сфокусуватись, тому що вони виходять з того стану, коли недостатня кількість стимулів стимулює їх шукати. З іншого боку, може бути така ситуація, коли цих стимулів стає забагато [53].

Люди, які мають РДУГ, погано відчують наслідки, які відкладені в часі. Щоб покращити їх функціонування, можна розставити в середовищі наслідки діяльності (так, щоб вони були найбільш близько до дії). Всі великі проекти варто розбивати на маленькі кроки та організовувати собі зовнішню мотивацію (внутрішня не працює). Dr Russell Barkley називає це “бак сили волі” . Також “паливом” в цьому баці є цукор в крові, яка поступає в лобні долі. Вона напряму корелює з executive можливостями. Що це значить? Якщо

є якась задача, яка вимагає включення цієї частини мозку (наприклад, екзамен), ви можете пити маленькими ковтками лимонад чи спортивний напій. (важливо: не великими порціями, а саме маленькими ковтками, щоб підтримувати рівень, а не спровокувати потім “sugar coma”)[34].

Ще однією проблемою людей зі РДУГ є надмірна імпульсивність – відповідно, важлива робота з регуляцією імпульсів та емоцій. Невміння управляти своїми імпульсами означає, що люди зі РДУГ часто говорять або роблять якісь речі під впливом миттєвих емоцій, не думаючи про наслідки. Вони кажуть те, про що краще було би промовчати, коментують тоді, коли коментарі недоречні, та часто задівають чийсь почуття. Перебивають, говорять надто голосно, кричать та сваряться [29, с.91]. Для підбору форми пропоную шаблон з інструментів ненасильницької терапії з тренінгу Еви Рамбали по ненасильницькому спілкуванню, який було створено на основі концепції Маршала Розенберга. Див. опис методики в Додатку Г.

З цією вибуховістю можна також працювати як з ретрофлексією в гештальт підході. Ретрофлексія - це механізм, коли людина внаслідок досвіду, коли інші люди або середовище були ворожими до неї при спробах задовольнити свої потреби, направляє такий імпульс на себе, умовно розділяючись на “ту, хто робить” та “ту, до кого це проявлено”. Стримування досягається напруженням м’язів, яке є антагоністичними до тих, які би напружились, якби виражали імпульс, за який людина була би покарана. Таким чином, дві частини особистості ніби в клінці - те, що почалось як взаємодія організму та середовища продовжилось як взаємодія всередині організму. Також ретрофлексія може включати в себе щось, що людина хотіла від інших, та не змогла отримати, тому дає собі сама [73, volume 2, chapter 6, “Retroflexion”].

Недостатність віддзеркалення та дезорганізована прив’язаність як ведуть до відсутності можливості ідентифікувати та називати свої емоції, так і обмежують можливості емпатії, що характерно для людей зі РДУГ [45]. В термінах гештальт-терапії це можна назвати конфлюенцією першого роду,

коли людина знаходиться в злитті зі своїм почуттям. Це може результувати або в імпульсивності, або в складності регулювання болісних афективних переживань [45].

В “Практикумі з гештальт терапії” Перлза, Гудмана та Хефферліна приведена досить велика кількість експериментів, присвячених збільшенню можливості усвідомлення себе, свого тіла, неперервності своїх емоцій/почуттів.

Приведу декілька з них тут:

Експеримент 1

“Спробуйте протягом декількох хвилин складати фрази, які виражають те, що ви в даний момент усвідомлюєте. Починайте кожне речення словами “зараз”, “в цей момент”, “тут і тепер”.

Такий експеримент дає розвиток усвідомлення дійсності та загострює усвідомлення того, що людина відчуває дещо, чим би це не було.

Додаткове завдання до експерименту

Можна запитати у клієнтів, з якими труднощами вони стикнулись, коли виконували цей експеримент? Чому вони завершили експеримент саме тоді, коли вони його завершили? Що безпосередньо передувало їх зупинці? Це може виявити типові спротиви клієнтів.

Деякі клієнти можуть більше помічати те, що відбувається всередині тіла, деякі - те, що вони відчувають органами чуття. Це цікаво та може давати підказку, в якому місці не вистачає розвиненого усвідомлення.

Експеримент 2

Далі можна загострити увагу на внутрішній - зовнішній - середній зоні усвідомлення.

Клієнт може починати з “я зараз усвідомлюю, що...”. Можна попросити їх спочатку звертати увагу лише на зовнішні події – візуальні об’єкти, звуки, запахи – але не придушуючи інші переживання. Далі – зосередитись на внутрішніх процесах: образах, фізичних відчуттях, напруженості м’язів, емоції. Ще далі – думки.

Експеримент 3

На усвідомлення тіла. Майже всі в нашому суспільстві втратили пропріоцепцію значних ділянок тіла. І ця втрата не випадкова, пишуть автори. Коли це відбувалось, це було єдиним засобом придушення невиносимого конфлікту. Усвідомлення тіла може покласти початок усвідомленню суті цих конфліктів та роботи з ними. Тож експеримент: запропонуйте клієнту зосередитись на своїх тілесних відчуттях в цілому. Дайте своїй увазі блукати різними частинами тіла. По можливості “пройдіть” увагою все тіло (можна називати частини тіла та ділитись своїми відчуттями в цих частинах тіла, і потім питати клієнтів, що вони відчувають, щоб створити більш комфортну обстановку для такої інтимної теми як тілесні переживання – це вже мій коментар). Які частини тіла клієнти усвідомлюють? Попросити відмітити болі та зажими, яких зазвичай клієнти не помічають. Яку м’язову напругу вони відчувають? Звертаючи на них увагу, не просити намагатись розслабити їх передчасно, хай тривають. Можна спробувати визначити їх точне місцезнаходження. Звернути увагу на відчуття шкіри. Чи відчувається тіло як ціле? Чи відчувається зв’язок голови з тулубом? Усвідомлення тіла майже завжди дається нелегко [73].

Експерименти, направлені на виділення фігури з фону:

Експеримент 4

Запросіть клієнта на деякий час звернути увагу на який-небудь візуальний об’єкт, наприклад – стілець. Дивлячись на нього, помітьте, як він проясняється, вимальовується на фоні, що розмивається. Потім зверніть увагу на якийсь сусідній візуальний об’єкт та поспостерігайте, як він в свою чергу “спустошує” фон. Те саме можна зробити зі звуком – прислухатись до якогось конкретного і помітити, як інші звуки “відходять у фон”. Або прислухатись до якогось тілесного відчуття типу раптового болю чи зуду і помітьте, як інші відчуття відходять у фон. (не робила таких експериментів з клієнтами, але мені цікаво, які будуть особливості клієнтів зі РДУГ при таких експериментах) [73]

Експеримент 5

Запросіть клієнта так само переходити увагою від об'єкту до об'єкту, відмічаючи і фігуру/фон, і свої емоції по відношенню до цих об'єктів. Попросіть клієнта говорити про ці емоції, щось типу: “мені (не) подобається”, якщо клієнт_ка може виділити конкретні почуття, то ще краще (радість, відраза і т.п.). Далі можна запропонувати ділити об'єкти на частини та описувати частини об'єктів: “ніжки в стільці подобаються, а спинка - ні”. Тут людина буде помічати все більше і більше деталей одного об'єкту, який є фігурою.

Експеримент 6

Запропонуйте клієнту зберігаючи дійсність “тут-і-тепер” в якості контексту, дати своїй увазі вільно грати з об'єктом, рухатись довколо нього. Це дозволить відчувати різницю між надмірною довільною концентрацією уваги на чомусь та розгляданням та живою участю. Автори приводять в приклад як можна проробити таку процедуру з олівцем, та варто робити це з будь-яким об'єктом за вибором клієнта. “Помітьте, перш за все, що олівець – унікальний. Звісно, є інші олівці, але вони інші, не цей. Вимовте його назву “олівець” та відчуйте, що річ та слово, яке його описує – не одне і те ж. Далі помітьте як можна більше якостей та особливостей олівця, які йому притаманні та його складають: циліндрик чорного графіту, червонувате дерево, яку він має вагу, твердість (дерева), м'якість (графіту), яка в нього форма, жовта фарба на поверхні, витіснена торгова марка, шматочок резинки, і т.д. і т.п. Тепер подумайте про його функції та можливі ролі: ним можна писати, показати щось у книзі, можна колупати в зубах, можна нервово кусати, можна продати. Подумайте про його більш випадкові ролі: він згорить, якщо в дім влучить ракета та займеться пожежа, він може потрапити дитині в око, якщо дитина на нього наткнеться, ... Придумайте більш віддалені та екзотичні ситуації: його можна подарувати на Різдво, його можуть з'їсти терміти”. По мірі того, як клієнт_ка буде абстрагуватись від унікальної речі, її якостей та функцій, запропонуйте звернути увагу на те, як

ці деталі пов'язуються одна з одною, утворюючи структуру: як дерево жорстко тримає графіт, як рука тримає дерев'яну оболонку олівця, ... [73]

Також сподобався експеримент щодо голосу. Чим? Якщо людина не дуже добре орієнтується в інтонаціях, то він може стати хорошим підґрунтям для усвідомлення проєкцій, тригером для яких може виступати тон голосу, як це часто буває.

Експеримент 7

Запропонуйте клієнту звернути увагу на чий-небудь голос. Як він звучить? Монотонно? Мінливо? На високих тонах? Різко? Чи він скрипучий? Наскільки мелодійний? Надто тихий? Яка артикуляція, чи легко зрозуміти? Чи не надто голосний? Чи мова тече плавно, чи в ній є затримки, коливання, зупинки? Чи форсовано? Легко? Яка емоційна реакція клієнтів на певні якості цього голосу? Чи він драгує, чим саме, чи знічує, чому і т.п. Можна запитати в клієнт_ки, який, вони вважають, емоційний стан у людини, яка так говорить? Чи може так само людина послухати свій голос? [73]

Іншим аспектом, на мою думку, є теорія парадоксальних змін [40]. Спираючись на цю концепцію, роботою гештальт-терапевта є розширення простору усвідомлень про себе, бо досліджуючи свій процес таким яким він є, ми наближаємо "органічні" зміни враховуючи особливості процесу та ситуації клієнта. Протилежною формою підтримки буде намагання запросити клієнта до дій, які середовище клієнта вважає нормативними.

Частою проблемою, з якою звертаються клієнти зі РДУГ є прокрастинація. Окрім іншого, вона дуже на слуху, і часто клієнти саме так формулюють свій запит (чи в контексті взагалі терапії, чи в одній сесії).

Прокрастинація - етимологія: від лат. procrastinare, procrastinatio — «затримка, відкладання»; cras «завтра» чи crastinum «завтрашній» + pro- «для, ради». У психології — схильність до постійного відкладання справ (навіть важливих і термінових) [25]. Або «Ніколи не роби сьогодні те, що можна зробити завтра» [29, с.61].

Прокрастинація має свої вторинні вигоди. Коли часу залишилось мало, людина мобілізується та рішуче береться за діло, і в кінці кінців коли завершують роботу, то відчуваєте себе чудово, частково тому, що гормони стресу піднімають рівень цукру в крові та викликають ефекти, які на певний період часу дозволяють відчути прилив сил. Хіба це не чудово, коли у вас пішло всього лише декілька годин на те, на що іншим би знадобився тиждень? [29, с.61] Також, з точки зору мозку, це дуже ефективний спосіб справитись з задачею - так, вона не буде виконана супер якісно, та зате ви витратите на неї значно менше часу, а час – це ресурс. Тож цей аспект теж варто враховувати при роботі з таким запитом – цей патерн поведінки (прокрастинувати, а потім робити все в останній момент) – вважається мозком дуже навіть ефективним.

Dr. К виділяє 3 типи прокрастинації:

1. Ідеалістична прокрастинація: люди фантазують собі, як прекрасно буде виглядати те, що вони зроблять, і тому не беруться за діло – бо реальність така, що насправді я скоріше за все не можу зробити все аж так ідеально. Також цей тип прокрастинації може звучати так: коли я буду готова, я... (наприклад, коли схудну, підкачаюсь, вивчу щось ще, зароблю ще х грошей) [74].

2. Прокрастинація уникання наслідків. В цьому випадку людина свідомо чи несвідомо намагається уникнути емоцій, які прийнято сприймати як негативні (такі, що приносять дискомфорт) [74].

3. Операційна прокрастинація. Вона є характерною для людей зі РДУГ, бо їм складно розбивати великі задачі на менші [34]. Тут при роботі важливо, щоб це були кроки, які зрозумілі до виконання [74] та дійсно маленькі кроки – наприклад, в книзі “Перемога над РДУГ” приводиться такий приклад для підлітків: якщо вам потрібно зробити домашнє завдання з математики, то першим кроком буде “підійти до столу” – з цим ви точно справитесь [29, с. 63].

Для того, щоб таки змінювати свій/клієнтський прокрастинаційний патерн, якщо клієнти мають достатні причини для того, аби цим зайнятись, потрібно розуміти, до якої категорії він належить – тому що для кожної категорії буде різне вирішення.

Для роботи з будь-яким з цих запитів клієнтів потрібен час. Дослідники (досліди були проведені на хом'яках) виявили, що необхідно біля 18 місяців нової поведінки, щоб старі нервові клітини зникли, а нові стали домінувати. Саме тому Бад Федер каже своїм клієнтам, що вони мають повторювати нову поведінку так часто, як тільки це можливо, як на терапії, так і вдома протягом 18-ти місяців перш ніж ваш новий спосіб надійно закріпиться [27, с. 30, 37, 67].

3.2. Програма психологічного тренінгу для дорослих осіб зі РДУГ

Враховуючи все вищевикладене, пропонуємо таку програму для людей, які мають або підозрюють в себе РДУГ. Цілями цієї групи є знизити стрес, який люди переживають зараз під час війни, при цьому однорідність групи (люди, які вбачають в себе схожі прояви або мають діагностований розлад) буде працювати на побудову безпеки; обмінятись та віднайти для учасників нові способи підтримки для себе, способи організації простору чи лайфхаки, якими користуються люди специфічно до проблем при РДУГ; попрацювати з прив'язаністю та довірою, чим збільшити можливість до кооперації та можливості брати та давати підтримку в реальному житті.

Базуючись на попередньому досвіді ведення групи для людей зі РДУГ з колегою, рекомендовано використовувати цю програму для групи, яка іде раз на тиждень (ми отримували відгуки від учасників, що 2 тижні – досить великий строк, і за цей час забувається відчуття приналежності до групи, це є характерним для людей зі РДУГ), також щоб забезпечити більшу присутність людей в просторі групи та зменшити відволікання, ця група розроблена як оффлайн група.

Програма оффлайн групи для людей зі РДУГ

№ групи	Задачі зустрічі, фаза групової динаміки	Процедури, вправи
1	<p>Знайомство, пробудова безпеки через вироблення спільних правил, прояснення очікувань</p> <p>1 фаза групової динаміки</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Формальний шерінг (люди діляться, як їх звати, чим вони займаються в житті, формальні речі, якими безпечно та хочеться поділитись на цьому етапі). 2. Організація домовленостей про правила групи: <ul style="list-style-type: none"> • Те, що відбувається на групі – конфіденційно. Те, чим ми ділимося тут між собою не має покидати межі групи. Все ж, дечим поділитись хочеться, і це можуть бути свої враження, почуття, знахідки, нові ідеї (якщо це була взаємодія з людиною, важливо, щоб в описі ваша віза-ві не була впізнаваною). • Казати “я” (а не “ми”, “всі”, “ти”, говорячи про себе). • Не говорити про учасників групи в 3-ій особі, а звертатись особисто. • Не обговорюємо поза групою те, що відбувається на групі. Щоб не зливати енергію за межі та давати можливість тому, що народжується, відбутись на групі, якщо ви це обговорите за її межами в менших групках, ми загубимо тут щось цінне для всіх нас. • Ви завжди можете сказати “стоп”, якщо відбувається щось, що не ок по відношенню до вас або “ні, якщо вам не хочеться приставати на чийсь пропозицію, включаючи пропозиції ведучих групи. • Не будемо вести політичні або релігійні дебати. • Намагаємось бути в тут і тепер. • Та наскільки то можна щирими [67]. • Емоційні відгуки формуємо специфічним чином. Наприклад, якщо чую розповідь про когось, то не кажу “слухай, ну він козел”, а “я злюсь, коли чую, що він так поводитьсь” • Запитати, які би учасники хотіли ще правила. 3. Очікування учасників: На 2-х великих ватманах учасники клеять стікери різних кольорів із записами про те: <ul style="list-style-type: none"> - чого вони очікують від групи, - які у них є побоювання щодо групи. Ведуча зачитує по черзі, іде обговорення в групі. 4. Розповісти про можливі формати роботи. 5. Завершальний шерінг групи (учасники діляться своїми відчуттями та думками на кінець групи, хто що взяв з групи)

№ групи	Задачі зустрічі, фаза групової динаміки	Процедури, вправи
2	Подальше знайомство, пред'явлення соціально схваленими сторонами, взаємна підтримка 1 фаза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вправа на запам'ятовування імен: всі стають в коло, по черзі називають своє ім'я та показують рух – всі інші учасники повторюють цей рух та повторюють ім'я. Так по черзі люди як мінімум по 3 рази називають своє ім'я та показують рух, всі повторюють. 2. Шерінг початку групи (учасники розповідають про те, як вони жили цей тиждень, що би хотіли сьогодні). 3. «Позитивні сторони РДУГ». Розповісти про дослідження про позитивні сторони РДУГ, розбити групу на 3-ки та запропонувати обговорення в 3-ках позитивних/сильних сторін, які люди асоціюють зі своїми особливостями. Обговорення в загальному колі. 4. Завершальний шерінг.
3	Подальше знайомство, пробудова безпеки 1 фаза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тілесна вправа «трясучка» (ноги розставлені на ширині плечей для стійкості, труситись всім тілом хвилин 5, можна під музику). Вправ для заземлення, повернення в тіло та приземлення в «тут і тепер». 2. Шерінг початку групи. 3. Назвіть образ, який би відображав вас тут зараз, розкажіть про цей образ трошки більше, що це про вас. Поділіться, як з ним варто поводитись, як не можна себе вести. 4. Робота в колі. 5. Завершальний шерінг групи.
4	Побудова зв'язків між членами групи, тренування того, в якій формі давати емоційні зворотні зв'язки. 1 фаза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Body scan – повільно провести учасників групи з маківки до п'ят, аби вони просканували своє тіло, усвідомили зажими, можливо, якісь больові відчуття в тілі. 2. Шерінг початку групи. 3. В 2-ках розповісти про ситуацію, яка турбує наразі (на рівні десь на 3-4 з 10-ти). Партнеру дати емоційний зворотній зв'язок на це (див. Додаток И). Помінятися ролями. Загальне обговорення в групі. 4. Завершальний шерінг групи.
5	Обробка поточного процесу в групі ½ фаза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порухатись під музику так, як хочеться тілу. 2. Шерінг початку групи. 3. Робота в колі. Емоційні зворотні відгуки на роботу в колі. 4. Завершальний шерінг групи.
6	Пошук спільних проблем/питань, підготовка ґрунту для подальшої диференціації ½ фаза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дихальна практика – вдих на 4 рахунки, затримання дихання на 4 рахунки, видих на 4 рахунки, затримання дихання на 4 рахунки. Поділитись відчуттями від дихальної вправи. 2. Шерінг початку групи. 3. Обговорення в міні-групках, з якими складнощами, асоційованими зі РДУГ, стикаються

№ групи	Задачі зустрічі, фаза групової динаміки	Процедури, вправи
		люди. Обговорення в загальному колі. 4. Завершальний шерінг групи.
7	Диференціація, помітити, що ми тут різні, поділитись різними лайфхаками, як хто справляється з чим ½ фаза	1. Послухати музику для білатеральної стимуляції. Поділитись враженнями, обговорити, для чого її використовують. 2. Шерінг початку групи. 3. З минулого разу залишився список найбільш розповсюджених питань, з якими стикаються люди в групі. Зібратись в групки, кому цікаво обговорювати те чи інше питання, в міні-групках обговорити, як хто дає раду з цим, повернутись в загальне коло, поділитись напрацьованим з усіма. 4. Завершальний шерінг групи.
8	Диференціація, простір для обробки поточного процесу групи ½ фаза	1. Похлопування по тілу руками легенькими рухами для заземлення. 2. Шерінг початку групи. 3. Робота в колі. 4. Завершальний шерінг групи.
9	Асиміляція, підготовка до завершення групи	1. Дихальна вправа: вдих на 4 рахунки, видих на 6 рахунків. 2. Шерінг початку групи. 3. На листочках паперу учасники малюють, що вони взяли з групи. 4. В 2-ках обговорюють це. 5. Потім діляться на загальне коло. 6. Завершальний шерінг групи.
10	Завершальна група	1. Тілесна вправа: різко стискати кулаки та все тіло – потім повільно відпускати та розслабляти. Повторити декілька разів. (базується також на базовому русі Руелли Франк «відпускання», оскільки це остання група) 2. Шерінг початку групи. 3. В кожного учасника є конвертик. В цей конвертик інші учасники малюють та складають щось із собою «в дорогу» на після групи. 4. Учасники діляться тим, що кому «складають в дорогу» в колі. 5. Шерінг кінця групового проєкту.

За досвідом минулої групи, навряд за такий короткий строк група людей зі РДУГ дійде до 3-ї фази групової динаміки, навіть не факт, що нормально розгорне 2-гу. Тому в цій програмі багато акценту на віднайдення спільного, пробудову безпеки, зниження соціального сорому через пошук своїх сильних сторін та через виявлення спільності в складнощах, з якими стикаються люди. А 2-га фаза полегшена тим, що люди розбиваються на

групки по інтересах, що може допомагати відчувати відділеність від когось (коли є спільність всередині меншої групки). Програму можна застосовувати для дорослих зі РДУГ.

Висновки до розділу 3

1. Медикаментозна терапія є ефективною терапією при РДУГ. Медикаменти поділяються на стимулюючі (вони є першою ланкою препаратів, які назначають) та нестимулянти (до 30% людей не підходять стимулянти). На жаль, не всі з цих препаратів є на ринку України, а препарати на основі амфетаміну вважаються наркотичними речовинами та є поза законом. Медикаменти мають побічну дію.

2. Для терапії людей зі РДУГ використовують також поведінкову, когнітивно-поведінкову та інші види психотерапії. Згідно досліджень, згаданих у міжнародній консенсусній заяві Всесвітньої федерації РДУГ, вона дає від незначних, малих до помірних покращень саме симптоматики РДУГ, та є важливою в терапії супутніх до РДУГ психологічних проблем.

3. Не всі проблеми людей зі РДУГ вирішуються таблетками, існує цілий пласт запитів, які не лікуються медикаментозно – і тут як раз важлива психотерапія. Ці запити можуть бути пов'язані з регуляцією емоцій, прокрастинацією, розпізнаванням своїх емоцій та потреб, зі стосунками, соціальним соромом та інше.

4. В ході цієї роботи була розроблена програма терапевтичної групи на 10 зустрічей для людей, які мають РДУГ та тих, хто підозрює в себе РДУГ, яка направлена на стабілізацію у воєнному фоні, заземлення, роботу на безпеку через об'єднання схожих людей, роботу на прив'язаність, подолання стигми розладу (пошук своїх сильних сторін, відчуття, що людина не одна така), прийняття специфічних складнощів через взаєморозуміння, зниження вимог до себе та віднайдення нових методів роботи зі своїми складнощами.

ВИСНОВКИ

1. В роботі здійснено аналіз сучасної наукової літератури на тему розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Виявлено, що у якості критеріїв РДУГ застосовуються описані діагностичні критерії в DSM. В останньому DSM (V) вони були уточнені щодо дорослих, віку прояву симптомів та деяких інших деталей. В якості нейрофізіологічних основ РДУГ більшістю дослідників розглядаються відмінності мозку людей зі РДУГ від нейротипового, а саме: менше мигдалеподібне тіло (amygdala) та острівець (insula), які мають більш міцний зв'язок з прилеглим ядром перегородки (nucleus accumbens), менша префронтальна кора, дещо слабша anterior cingulate cortex (передня поясна кора), ці прояви можуть різнитись від людини до людини та спричиняти пов'язані труднощі. До поведінкових проявів РДУГ відносять: прокрастинацію, погану здатність організувати себе, відволікання, коли задача потребує концентрації, або навпаки застрягання в одній діяльності з неможливістю переключитись (гіперфокус), складність пріоритезувати, вибирати, складність з регуляцією емоцій. Також ці складнощі можуть призводити до вторинних проблем, які пов'язані з соціальним сприйняттям цих проявів. У якості генетичних факторів фахівці виявили близько 25-45 генів, експресія яких визначає РДУГ. Також на мінімум 10% випадків РДУГ впливають прижиттєві (для батьків) генетичні мутації у гаметах. Крім того, на проявленість РДУГ може впливати інформація, яка передається епігенетично. В якості факторів середовища розглядають інфекції, хронічний підвищений стрес під час вагітності, недоїдання батьків або дітей, значні соціальні негаразди, несприятливе середовище під час перших років життя, здатність дорослих забезпечити дитині надійну прив'язаність, стрес в родині. Між фахівцями точаться дискусії – так Rassel Barkley більше говорить про генетичні фактори та наполягає на цьому чиннику, а Gabor Mate – про те, що генетично передається чутливість, а вирішальним у тому, чи стане чутлива людина людиною із розладом – є роль середовища та показує, як саме взаємодія з

матір'ю та батьками впливає на формування мозку. Консенсусна заява Всесвітньої федерації РДУГ говорить про те, що РДУГ рідко викликаний тільки генетичними ризик-факторами чи тільки впливом середовища. Зазвичай це результат комбінованого впливу багатьох генетичних факторів та факторів впливу середовища, кожен з яких по окремоті має малий ефект.

2. Для постановки діагнозу для визначення РДУГ як у дітей, так і у дорослих людей, критерії однакові, для дітей потрібно, щоб були присутні 6 та більше симптомів, які тривають щонайменше 6 місяців, у дорослих – щонайменше 5 симптомів, які також мають не узгоджуватися з рівнем розвитку та негативно впливати на соціальну, академічну або професійну діяльність. Визначено, що методика діагностики є досить суперечливою і складною. В Україні діагноз РДУГ ставить психіатр або психіатр на основі дослідження клінічного психолога, втім далеко не всі психіатри визнають наявність РДУГ у дорослих. Для діагностики РДУГ використовується діагностичне клінічне інтерв'ю, в ході якого перевіряється проявленість симптомів, описаних в DSM, та патопсихологічне дослідження. Це може бути опитування як самого пацієнта, так і батьків та близьких (останнє - частіше якщо пацієнти - діти). Особливу складність становить диференційна діагностика РДУГ. Існує ряд тестів та шкал для дорослих, які покликані виявляти РДУГ та полегшувати його діагностику (WURS, WAIS-V, ASRS, Diva-5, WJ IV), але з того, що виявлено з аналізу теоретичних джерел, офіційних сторінок цих тестів та з інформаційних інтерв'ю з українськими спеціалістами, верифікованих україномовних адаптацій цих тестів та шкал немає. Втім, використовують прості переклади цих тестів. Також деякі спеціалісти використовують тести на увагу, інші ж навпаки вважають їх нерелевантними для дорослих.

3. В ході роботи було здійснено пілотну апробацію адаптованого українською мовою опитувальника ASRS. Питання опитувальника мають достатній рівень ефективності та дискримінативність знаходилась в межах норми для групи, в якій був менший % людей, які отримали позитивний

результат тесту. В методиках на увагу, з результатами яких порівнювався результат проходження шкали, були виявлені неточності та в роботі були запропоновані варіанти інтерпретації та місця, в яких потрібно покращити методики. Було виявлено слабку, втім статистично значиму кореляцію між відповідями на адаптований опитувальник ASRS та Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР. Кореляції між загальним результатом тесту на РДУГ та проходженням методик Мюстенберга та червоно-чорної таблиці Горбова на увагу не виявлено. Було виявлено лише 2 питання, для яких були розбіжності між людьми, які відповідали «позитивно» згідно ключа та «негативно» згідно ключа методики на РДУГ та їх результатами за методиками (χ^2 -квадрат $< 0,05\%$). Це були питання 3. «Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків?» (розбіжності в методиці Мюстенберга) та питання 2. «При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок?» (розбіжності в методиці червоно-чорний квадрат). Відсутність кореляції між ними може пояснюватись багатьма причинами (див. розділ 2), але насправді тема потребує подальшого дослідження. Залежності позитивного результату ASRS від віку не виявлено.

4. На основі результатів емпіричного дослідження було виявлено потребу в психологічній роботі серед людей зі РДУГ та на основі аналізу літератури з корекції РДУГ було розроблено програму групового психологічного супроводу для дорослих людей зі РДУГ.

Щоб коректувати РДУГ та допомагати пацієнтам будь-якими методами, потрібно правильно його діагностувати та взагалі діагностувати. Засновуючись на аналізі джерел в цій роботі та на результатах пілотної апробації, можемо дійти висновку, що це наразі є слабкою ланкою в Україні, особливо в ході повномасштабної війни – виявлення людей зі РДУГ для своєчасної допомоги їм.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондарчук А., Дівеева О., Шапочка Є. РДУГ у дорослих: семінар-бесіда. URL: https://www.youtube.com/watch?v=g5q60S5XQko&ab_channel=%D0%90%D0%BD%D0%B4%D1%80%D1%96%D0%B9%D0%91%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%BA (дата звернення: 2024)
2. Відстань Левенштейна: матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%96%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%8C_%D0%9B%D0%B5%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D1%88%D1%82%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D0%B0 (дата звернення: 2024)
3. Гілберт Е. Місто дівчат: книга. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 536 с.
4. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. – 536 с.
5. Завгородня Ю. ГІТ РДУГ: діагностика, перебіг у дітей і дорослих, лікування: інтерв'ю. URL: <https://bit.ly/3x08SPt> (дата звернення: 2024)
6. Запитання та відповіді. *Дзига – Життя з РДУГ*. URL: <https://www.dzygaadhd.info/%D0%B7%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D1%82%D0%B0-%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%96> (дата звернення: 2024)
7. Іванов Р. Ознаки та діагностика РДУГ у дорослих: стаття. *Блог «Neuroflex»*. 2020 <https://neuroflex.ua/blog/symptoms-and-diagnostics-of-adhd-among-adults/> (дата звернення: 2024)
8. Камінська А.О. Методична розробка практичного заняття з «Експериментальної психології та психодіагностики» по темі «Методи дослідження уваги та сенсомоторних реакцій» для студентів II курсу медичного факультету №2 (спеціальність: медична психологія). 7с.

9. Коноплич М., Загороднюк А., Неверифікований вільний переклад The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) українською мовою, січень 2024. URL: <https://forms.gle/s8cZHGtBvG3aaXV99> (дата звернення: 2024).
10. Корисні ресурси. *Дзига - Життя з РДУГ. Інформаційний сайт про життя з розладом з дефіцитом уваги та гіперактивністю*. URL: <https://www.dzygaadhd.info/%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BD%D1%96-%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F> (дата звернення: 2024)
11. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart). URL: <https://nkpk.op.edu.ua/docs/syicud/test.pdf> (дата звернення: 2024). 1с.
12. Лемак М.В., Петрище В.Ю. Психологу для роботи: діагностичні методики: книга. Вид. 2-ге, виправл. - Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
13. Марценковська І. І. Неуважність, гіперактивність і імпульсивність як чинники академічної неуспішності у школярів. Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вип. 4 (61). С. 34-38.
14. Мате Г. Розсіяний розум: походження та зцілення розладу дефіциту уваги: книга. Дніпро, Видавництво Смакі, 2023. 303 с. (копірайт Габор Мате, 1999)
15. Нікітчук У. І. Психологічне тестування: навчально-методичний посібник до курсу «Психодіагностика». Острог, 2015. 120 с.
16. Номенклатура лікарських засобів за напрямом "Лікарські засоби для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектра аутизму, з шизофренією, афективними розладами, гіперкінетичними розладами та епілепсією: наказ Міністерства охорони здоров'я України 09 грудня 2021 року № 2742.
17. Паїцика А. Переживання дистресу особами схильними до РДУГ в умовах війни: бакалаврська робота, Львів: УКУ, 2023. – 37 с.

18. Потапов С.: Курс з підприємництва. Київ: Bionic University, 2013р.
19. Практична робота з психодіагностики «Конструювання особистісного опитувальника». URL: <https://psy.knlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/09/Самостійна-робота-з-Психодіагностики.pdf> (дата звернення: 2024)
20. Про Розподіл лікарського засобу «МОНСЕТИН» для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки із спектру аутизму, з шизофренією, афективними розладами, гіперкінетичними розладами: наказ МОЗ України від 23.09.2021 № 2024.
21. Рамбала Е. Тренінг з ненасилницького спілкування, роздаткові матеріали, 2018. 4 с.
22. Розлад дефіциту уваги та гіперактивності: матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4_%D0%B4%D0%B5%D1%84%D1%96%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%83_%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%B3%D0%B8_%D1%82%D0%B0_%D0%B3%D1%96%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96#:~:text=%D0%A3%20%D0%9C%D1%96%D0%B6%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D1%84%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%20%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%2010,0%20\(%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4_%D0%B4%D0%B5%D1%84%D1%96%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%83_%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%B3%D0%B8_%D1%82%D0%B0_%D0%B3%D1%96%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96#:~:text=%D0%A3%20%D0%9C%D1%96%D0%B6%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D1%84%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%20%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%2010,0%20(%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB). (дата звернення: 2024)
23. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді: клінічна настанова, заснована на доказах, Державний експертний центр Міністерства Охорони Здоров'я України (та ін.), 2019. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf

24. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. Львів: Видавництво Українського Католицького Університету (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»), 2014. 57 с.

25. Тлумачний словник української мови Горох. URL: <https://goroh.pp.ua/> (дата звернення: 2023).

26. Фармакологічне лікування РДУГ: стимулятори, нестимулятори та ін., Дзига переклад [78], 30.07.2023. URL: <https://tinyurl.com/32yfrse3> (дата звернення: 2024).

27. Федер Б., пер. на російську: Анна Федосова Групповая гештальт-терапия. Практическое руководство: книга. Київ, Издатель Ростислав Бурлака, 2017, 128 с.

28. Хеллоуел Е., Рейті Дж. Чому я відволікаюсь. Як розпізнати синдром дефіциту уваги дорослих і дітей та що з ним робити: книга. Київ: Сварог, 2021, 392 с.

29. Чейетт С., Фридман Г. Победа над СДВГ. Игровая методика для подростков и юных взрослых с синдромом дефицита внимания и гиперактивности: книга. Україна: Книжкова Майстерня, 2019, 192 с.

30. Adler L, MD, Kessler R.C., PhD, Thomas Spencer, MD Adult ADHD Self-Report Screening Scale. URL: <https://add.org/wp-content/uploads/2015/03/adhd-questionnaire-ASRS111.pdf>

31. American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III) 3. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980. 507 с.

32. American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. 943 с.

33. Archer D. MD The ADHD Advantage: What You Thought Was a Diagnosis May Be Your Greatest Strength: книга. USA, Avery, 2016, 304 с.

34. Barkley R. Dr This is how you treat ADHD based off science, part of 2012 Burnett Lecture. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=tpB-B8BXk0> (дата звернення: 2023)
35. Barkley R. Fact Sheet: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Topics. URL: <https://www.russellbarkley.org/factsheets/adhd-facts.pdf>
36. Barkley R. Fact Sheet: What causes ADHD. URL: <https://www.russellbarkley.org/factsheets/WhatCausesADHD2017.pdf>
37. Barkley R., PhD Does Tolerance Develop to Stimulant Medications for ADHD. URL: https://www.youtube.com/watch?v=RbZjL7czIy0&ab_channel=RussellBarkley%2CPhD-DedicatedtoADHDScience%2B (дата звернення: 2024)
38. Barkley R.A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment: книга. New York, Guilford Publications Inc., 1990. 770 с.
39. Bateman A., M.A., FRCPsych, Fonagy P., Ph.D., FBA, FMedSci. FAcSS Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second edition: книга. USA, American Psychiatric Association Publishing, 2019. 470 с.
40. Beisser, A. (1970) The Paradoxical Theory of Change. In: Fagan, J. and Shepherd, I.L., Eds., Gestalt Therapy Now, Harper & Row, New York, 77-80.
41. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(4):445-61. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner. PMID: 17290802; PMCID: PMC3181836. 2006.
42. C. Keith Conners, PhD Conners 4th Edition. URL: <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Conners-4th-Edition/p/P100043000.html> (дата звернення: 2024)
43. Chapman J. Investors and entrepreneurs need to address the mental health crisis in startups. URL: <https://techcrunch.com/2018/12/30/investors-and-entrepreneurs-need-to-address-the-mental-health-crisis-in-startup-culture/> (дата звернення: 2023)

44. Conners C.K., PhD, Conners-3 (Шкали Коннерс. 3 версія), автори адаптації: Ольга Орел PhD, Олександра Кришовська, Giunti psychometrics, 2014.
45. Conway F., Ph.D. Current Research and Future Directions in Psychodynamic Treatment of ADHD: Is Empathy the Missing Link? *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14:280–287, 2015.
46. Danielson M. L., Holbrook J. R., Bitsko R. H. et al. StateLevel Estimates of the Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016 to 2019. *Journal of Attention Disorders*. 2022. 1-13. DOI: 10.1177/10870547221099961
47. David Wechsler, PhD WAIS-5, Wechsler Adult Intelligence Scale | Fifth Edition. URL: <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Cognition-%26-Neuro/Wechsler-Adult-Intelligence-Scale-%7C-Fifth-Edition/p/P100071002.html> (дата звернення: 2024)
48. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition/ American Psychiatric Association. Arlington, VA. (eng). United States, 2013. 947 c. ISBN 978-0-89042-554-1.
49. DIVA Foundation, Worldwide Diagnostic Interview for ADHD. URL: <https://www.divacenter.eu/diva-5/> (дата звернення: 2024)
50. Dr. K. (Alok Kanojia) ADHD and Depression video from the “Healthy gamer” guide. URL: <https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/adhd-and-depression> (дата звернення: 2024)
51. Dr. K. (Alok Kanojia) Clinical Criteria of ADHD within “Healthy Gamer” project. URL: <https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/clinical-criteria-of-adhd>
52. Dr. K. (Alok Kanojia) Neuroscience of ADHD video from the “Healthy gamer” guide. URL:

<https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/neuroscience-of-adhd> (дата звернення: 2022)

53. Dr. K. (Alok Kanojia) Therapist Reacts to ADHD TikToks. URL: <https://youtu.be/uMK4gdR7c18> (дата звернення: 2023)

54. Dr. K. (Alok Kanojia) What is ADHD? video from the “Healthy gamer” guide. URL: <https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/what-is-adhd> (дата звернення: 2022)

55. Dr. K. (Alok Kanojia), ADHD and Addictions video from the “Healthy gamer” guide. URL: <https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/adhd-and-addictions> (дата звернення: 2024)

56. Dr. K. (Alok Kanojia), ADHD and Anxiety video from the “Healthy gamer” guide. URL: <https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/adhd-and-anxiety> (дата звернення: 2024)

57. Epstein JN, Loren RE. Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important. *Neuropsychiatry* (London). 2013 Oct 1;3(5):455-458. doi: 10.2217/npv.13.59. PMID: 24644516; PMCID: PMC3955126.

58. Erlend Joramo Brevik, Astri J. Lundervold, Jan Haavik, Maj-Britt Posserud Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD, first published: 13 April 2020 <https://doi.org/10.1002/brb3.1605>

59. Gestalt Therapy In Clinical Practice – From Psychopathology To The Aesthetics Of Contact Eds. Francesetti G., Gecele M., Roubal J.: книга Italy, FrancoAngeli, Gestalt Therapy Book Series, 2013. 1117 с.

60. Green J.G., DeYoung G., Wogan M.E., J Wolf E., Lane K.L., Adler L. Evidence for the reliability and preliminary validity of the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS v1.1) Screener in an adolescent community sample, November 2018. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6877133/> (дата звернення: 2024)

61. Greenspan I.S., Benderly D.L. Growth of the Mind: книга. USA, Da Capo Press, 1998. 384 с.
62. Handelman K. & Samiya F. Tolerance to Stimulant Medication for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Literature Review and Case Report. *Brain Sci.* 2022, 12(8), 959; <https://doi.org/10.3390/brainsci12080959>
63. Hoogman M., Stolte M., Baas M., Kroesbergen E. Creativity and ADHD: A review of behavioral studies, the effect of psychostimulants and neural underpinnings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews Volume 119, December 2020*, Pages 66-85 <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.029>
64. Hunters vs Farmers by Dr. K. URL: <https://coaching.healthygamer.gg/guide/lessons/hunters-vs-farmers> (дата звернення: 2023)
65. International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). [www.InTestCom.org.]. 41 с.
66. Khantzian E.J. (Author), Weegman M. (Foreword) Treating Addiction: Beyond the Pain, Annotated edition: книга. USA: Rowman & Littlefield Publishers, 2018. 292 с.
67. Klaus W. Vopel Materialien fur Gruppenleiter: книга. Salzhausen.: iskopress, 1997. 208 с.
68. Lange K.W., corresponding author, Reichl S., Lange K.M., Tucha L., and Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 2, 241–255 (2010). <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
69. Loe I.M., MD, Feldman H.M., MD, PhD Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology, Volume 32, Issue 6, July 2007*, Pages 643–654, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>
70. Moukhtarian, T.R., Reinhard, I., Moran, P. et al. Comparable emotional dynamics in women with ADHD and borderline personality disorder. *bord personal disord emot dysregul* 8, 6 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00144-y>

71. MOXO d-CPT тест від Neurotech Solutions Ltd.. URL: <https://moxo.neurotech-solutions.com/> (дата звернення: 17.03.2024)
72. National Comorbidity Survey: Adult ADHD Self-Report Scales (ASRS). URL: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php> (дата звернення: 2024)
73. Perls F., Hefferline R., Goodman P. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality: книга. Перепринт USA, Gestalt Journal Press, 1994, 470 с.
74. Procrastination wiki text by Healthy Gamer project. URL: <https://wiki.healthygamer.gg/en/Procrastination> (дата звернення: 2023)
75. Rodgers A.L., Kear N. An exclusive survey of 11,000 ADDitude readers reveals the ADHD treatments they recommend most, common side effects, and barriers to quality care. *Additude*, 28.02.2024. URL: <https://www.additudemag.com/adhd-treatments-scorecard-medication-therapy-supplements-exercise/> (дата звернення: 2024)
76. Ronald C Kessler 1, Lenard Adler, Minnie Ames, Olga Demler, Steve Faraone, Eva Hiripi, Mary J Howes, Robert Jin, Kristina Secnik, Thomas Spencer, T Bedirhan Ustun, Ellen E Walters The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population, February 2005. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15841682/> (дата звернення: 2024)
77. Sedgwick J.A., Merwood A. & Asherson P. The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 11, 241–253 (2019). <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0277-6>
78. Silver L., M.D. ADHD Medication Options: Stimulants, Non-stimulants & More, 2020, *ADDitude*. URL: <https://www.additudemag.com/adhd-medication-for-adults-and-children/> (дата звернення: 2024)

79. Stephanie Sarkis, Ph.D., Ari Tuckman, Psy.D., MBA Brain Scans Alone Can't Diagnose ADHD. Updated on August 9, 2024, *ADDitude*. URL: <https://www.additudemag.com/functional-mri-adhd-diagnosis-brain-scans/> (дата звернення: 2024)

80. Thapar A., F.R.C.Psych., Ph.D. Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. 16 Aug 2018 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040383>

81. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder [published erratum appears in *Am J Psychiatry* 1993 Aug;150(8):1280]. (1993). *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 885–890. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>

82. The Woodcock-Johnson IV (WJ IV) test. URL: https://riversideinsights.com/woodcock_johnson_iv (дата звернення: 2024)

83. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder Faraone S.V. та ін. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Sep;128:789-818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.

Всього джерел – 83

Джерел за останні десять років – 60

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 37 (33, 35, 36, 37, 39, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 64, 66, 70, 71, 74, 75, 77, 78, 80, 83, 79, 49, 60, 72, 42, 47, 82, 58, 65)

Джерел українських авторів за останні десять років – 23 (1, 3, 21, 5, 6, 9, 10, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 4, 7, 22, 2, 11, 15)

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиці для підрахунку балів для ASRS-v1.1

Patient Name		Today's Date						
Please answer the questions below, rating yourself on each of the criteria shown using the scale on the right side of the page. As you answer each question, place an X in the box that best describes how you have felt and conducted yourself over the past 6 months. Please give this completed checklist to your healthcare professional to discuss during today's appointment.				Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
1. How often do you have trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done?								
2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?								
3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?								
4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?								
5. How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time?								
6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?								

Part A

Рис. А.1

7. How often do you make careless mistakes when you have to work on a boring or difficult project?								
8. How often do you have difficulty keeping your attention when you are doing boring or repetitive work?								
9. How often do you have difficulty concentrating on what people say to you, even when they are speaking to you directly?								
10. How often do you misplace or have difficulty finding things at home or at work?								
11. How often are you distracted by activity or noise around you?								
12. How often do you leave your seat in meetings or other situations in which you are expected to remain seated?								
13. How often do you feel restless or fidgety?								
14. How often do you have difficulty unwinding and relaxing when you have time to yourself?								
15. How often do you find yourself talking too much when you are in social situations?								
16. When you're in a conversation, how often do you find yourself finishing the sentences of the people you are talking to, before they can finish them themselves?								
17. How often do you have difficulty waiting your turn in situations when turn taking is required?								
18. How often do you interrupt others when they are busy?								

Part B

Рис. А. 2

Додаток Б

Переклад таблиці з дослідження Sedgwick, J.A., Merwood, A. &
Asherson, P. про позитивні якості РДУГ [77]

Когнітивна динамічність:	Сміливість	Енергія	Людяність	Резильєнтність, життєстійкість	Трансцендентність
нетипове (дивергентне) мислення	нон-конформізм	духовна	соціальний інтелект	саморегуляція	Здатність сприймати та цінувати прекрасне
гіперфокус	авантюризм	психологічна	гумор	сублімація	
креативність	Сміливість	фізична	розуміння почуттів		
допитливість	цілісність				
	наполегливість				

Рис. Б. 1

Додаток В

Таблиця-ілюстрація до експерименту про перемикання уваги

Таблиця В. 1.

А	1	+
Б	2	-
В	3	*
Г	4	+
Ґ	5	-
Д	6	*
Е	7	+
Є	8	-
Ж	9	*
З	10	+
И	11	-
І	12	*
Ї	13	+
Й	14	-
К	15	*
Л	16	+
М	17	-
Н	18	*
О	19	+
П	20	-
Р	21	*
С	22	+
Т	23	-
У	24	*
Ф	25	+
Х	26	-
Ц	27	*
Ч	28	+
Ш	29	-
Щ	30	*
Ь	31	+
Ю	32	-
Я	33	*

Шаблон надання зворотнього зв'язку з тренінгу про ненасильницьке спілкування

Якщо мені щось не подобається в поведінці іншої людини, та я би хотіла попросити зупинитись / змінити поведінку / поговорити про те, що можна змінити в цьому, в концепції ненасильницького спілкування пропонують використовувати таку конструкцію:

Я чую / бачу...

Я відчуваю...

Тому що я би хотіла...

Будь ласка, чи не могла би ти...

Опишу важливі моменти на кожному етапі:

Спостереження:

1.1. Важливо, щоб це відбувалось без оцінки. Нейтрально: ні добре, ні погано. Метафора, яка мені запам'яталась та сподобалась звучала так: якби ви були озвучкою до камери, яка зняла цей момент, як би ви описували те, що відбувалось. Наприклад: "Я зайшла до кімнати та побачила перевернутий стілець."

1.2. Обидві сторони погоджуються з описом ситуації, це допомагає створювати загальний фон.

1.3. Це те, що я можу відчутти одним зі своїх відчуттів.

Почуття:

2.1. Що відбувається у мене в серці? (не в моїй голові, тобто, внутрішня зона усвідомлення, не середня)

2.2. Це відчуття стосується лише однієї людини.

2.3. В ньому немає критики.

Потреби:

Тут автори мають такі дисклеймери: 3.1. кожна людина має свої потреби.

Насправді, існує безліч стратегій, як одна і та сама потреба може бути

задоволена. Це не має бути пов'язано з однією конкретною людиною, яка

мусить зробити одну конкретну дію. Потреби ніколи не в конфлікті, та стратегії їх задоволення можуть бути у конфлікті. За кожною дією або словом можна знайти як мінімум одну потребу. Вона зазвичай нейтральна: ні хороша, ні погана, ця потреба.

3.2. Не говоріть про недостатність чогось, радше про прекрасну мрію, яку хочеться маніфестувати.

3.3. Потреба є справжнім коренем тих відчуттів, які у вас виникають в цій ситуації.

Прохання:

4.1. Не вимога!

4.2. Те, що реально зробити.

4.3. Стосується теперішнього моменту (не того, що неможливо пофіксувати у минулому)

4.4. Таке, яке можна виміряти (це зробили чи ні?)

4.5. Таке, яке виражає те, що я також зацікавлена в тому, щоб вдовольнилися не лише мої потреби, а і потреби іншої людини [21].

Допоміжний код для обрахунку результатів тесту Мюстенберга

```

/**
 * Levenstein distance
 * @param {string} a The number to double.
 * @param {string} b The number to double.
 * @return Levenstein distance
 * @customfunction
 */
function LEVENSTEIN(a, b) {
  if (a.length == 0) return b.length;
  if (b.length == 0) return a.length;

  // swap to save some memory O(min(a,b)) instead of O(a)
  if (a.length > b.length) {
    var tmp = a;
    a = b;
    b = tmp;
  }

  var row = [];
  // init the row
  for (var i = 0; i <= a.length; i++) {
    row[i] = i;
  }

  // fill in the rest
  for (var i = 1; i <= b.length; i++) {
    var prev = i;
    for (var j = 1; j <= a.length; j++) {
      var val;
      if (b.charAt(i - 1) == a.charAt(j - 1)) {
        val = row[j - 1]; // match
      } else {
        val = Math.min(row[j - 1] + 1, // substitution
          prev + 1, // insertion
          row[j] + 1); // deletion
      }
      row[j - 1] = prev;
      prev = val;
    }
    row[a.length] = prev;
  }

  return row[a.length];
}

function LevIndex(a, b) {
  return 1 - LEVENSTEIN(a, b) / Math.max(a.length, b.length);
}
/**

```

```

* Correct
* @param {string} s - User's answer string
* @return array of columns
* @customfunction
*/
function CountCorrect(s = "Сон сонце район екзамен прокурор теоруя") {
  const correctList = [
    ['сонце', "сон"], ['район', 'рай'], ['новина', 'вина'], "орк",
    'факт', ['екзамен', "екзамени"], 'тропа',
    ['прокурор', "курорт"], 'теорія',
    'хокей', ['телевізор', "крот", "рот"],
    'театр', 'мислення',
    ['радість', "дар"],
    'мив', 'народ', 'ліра', 'сон',
    ['репортаж', "порт"], ['конкурс', "кон", "курс"],
    'ритм', ["пари", "пар"], 'особистість',
    'плавання',
    ['медія', "комедія", "мед", "дія"], 'плавець', 'конкурс',
    'спад',
    'лабораторія', 'пас',
    'основа', ['відчай', 'чай'],
    ['психіатрія', "психіатр"], 'музика',
  ];

  const COUNT_PAIRS = correctList.length;

  const correctPlain = correctList.flat();
  const COUNT_PLAIN = correctPlain.length;

  const responseWords = s.toLowerCase().match(/[\\p{Letter}]+/giu);
  console.log(responseWords);

  let correct = [];
  let incorrect = []

  for (const word of responseWords) {
    const indexPlain = correctPlain.indexOf(word);
    if (indexPlain > -1) {
      correct.push(word);
      correctPlain.splice(indexPlain, 1);
    } else {
      incorrect.push(word)
    }
  }

  console.log(correct, incorrect);
  const difference = (correct.length - incorrect.length);

  return [[
    correct.length, // D
    incorrect.join(', '), // E
    difference, // F
    difference / COUNT_PLAIN, // G
  ]];
}

```

```
difference / COUNT_PAIRS, // H,  
COUNT_PAIRS,  
COUNT_PLAIN  
]);  
}
```

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)

Мета – коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі стани? Оберіть лише один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка”. №з/п

Питання:

Питання	Так	Ні
1. Нездатність “розслабитися” (напруженість)		
2. Роздратування та поганий настрій		
3. Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
4. Неуважність, погана зосередженість уваги		
5. Сильний смуток, печаль		
6. Сильна втома, нестача енергії		
7. Потрясіння або паніка		
8. Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
9. Труднощі із засинанням, погіршення сну		
10. Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної		

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР. “Пороговим”

значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей «Так».

Тест для перевірки конкурентної валідності

1. Яка ваша стать?
 - жіноча
 - чоловіча
 - інша
2. Де ви наразі проживаєте?
 - в Україні
 - Виїхала за кордон після 24 лютого 2022 року
 - Давно живу за кордоном
3. Який ваш вік? (напишіть, будь ласка, число)
4. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проєкту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?
 - Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто
5. При виконання завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок? (варіанти відповідей такі самі як в 4.)
6. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків? (варіанти відповідей такі самі як в 4.)
7. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання? (варіанти відповідей такі самі як в 4.)
8. Наскільки часто ви вертитеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти? (варіанти відповідей такі самі як в 4.)

9. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором? (варіанти відповідей такі самі як в 4.)

Ця частина тесту - це коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart). (див. Додаток Е)

Наступна частина - це оцінка уваги за методикою Мюстенберга.

Це - таймер на 2 хвилини. Увімкніть його перед початком роботи та включіть звук, він допоможе вам відслідкувати рівно 2 хвилини. Коли таймер закінчиться (він відрахує останні 4 секунди характерним звуком), припиніть писати та відправте відповідь.

! Це важливо! Будь ласка, не дописуйте ще слова, навіть якщо ви їх віднайшли на картинці після закінчення таймера. Це впливає на точність тесту!

«таймер»

Серед буквенного тексту є слова. Знайдіть ці слова та надрукуйте їх через пробіл у вікні під картинкою:

Бсонцеюьвлаоугкшрайонджщхрнекановиназшо
ркеанппрмфактлдопншкгнекзаменитропаьлпак
прокурортбюмсвігмваеутеоріяьбюжешщущівах
йцхокеймавнекротелевізормсавіфячйцуздлпраи
тмтеатрджебютьмимисленняжщлоацфніймвч
ртписолдарадістьжюблдщгнеккуцівхдшгжд
шлщнекамивнароджфліраповтсипраовлітсон
авшрепортажытсгівмінкцсртьщшконкурсмтьо
бюжзехлбюнпаритмособистістьжехкцуифіячву
фогнетривплаваннятиьлбдюжщшгнхтьбюимко
медіятьіафукерплавецьошлщдзжжеконкурср
тимаинекууулслорштслрвшіпшлсидшпсидспад
пжлабораторіяджщшлгошлщдзжхсїюблгшорпас
миосноватьбимсчяфіввідчайакуційжелдоакувеч
чвмиттьбпсихіатріялджбютьимчуваекпмузик
абюжехітьиrolгнепрайтъек

Наступна секція – остання в цьому опитувальнику. Проходження методик займе 5 хвилин.

Це - таймер на 5 хвилин. Увімкніть його перед початком роботи та включіть звук, він допоможе вам відслідкувати рівно 5 хвилини. Коли таймер

Додаток Ж

Таблиця Ж.1.

**Критерій U Манна-Уїтні для порівняння особливостей уваги осіб з
визначеним та невизначеним РДУГ**

Методики	РДУГ	N	Середній ранг	Сума рангів
Червоно-Чорне (відстань Левенштейна)	Не визначено	43	51,51	2215,00
	Визначено	63	54,86	3456,00
	Всього	106		
Мюстенберга (коефіцієнт)	Не визначено	43	51,87	2230,50
	Визначено	63	54,61	3440,50
	Всього	106		

Таблиця Ж.2.

**Статистики критерію U Манна-Уїтні для порівняння особливостей
уваги осіб з підозрою та відсутністю підозри на РДУГ**

	Червоно-чорна табл. (відстань Левенштейна)	Методика Мюстенберга (коефіцієнт)
U Манна-Уїтні	1269,000	1284,500
W Уїлкоксона	2215,000	2230,500
Z	-0,551	-0,453
Асимп. знач. (двостороння)	0,582	0,651

Додаток 3

Таблиця 3.1.

Зв'язок позитивного результату за шкалою ASRS із віком

		Де ви наразі проживаєте?			
		В Україні	Вийхала за кордон після 24 лютого 2022 року	Давно живу за кордоном	Всього
Загальний бал за ключем	,00	7,8%	0,0%	14,3%	6,6%
	1,00	9,4%	7,1%	21,4%	10,4%
	2,00	14,1%	7,1%	14,3%	12,3%
	3,00	12,5%	10,7%	7,1%	11,3%
	4,00	18,8%	28,6%	21,4%	21,7%
	5,00	18,8%	35,7%	14,3%	22,6%
	6,00	18,8%	10,7%	7,1%	15,1%
РДУГ	Не визначено	43,8%	25,0%	57,1%	40,6%
	Визначено	56,3%	75,0%	42,9%	59,4%

Емоційні зворотні зв'язки через я-повідомлення

1. Коли «...» (опис ситуації, наприклад: коли ти розповідала мені про те-то)
2. Я відчуваю «...» (виберіть емоцію зі спектру нижче)
3. І хочу «...» (тут, будь ласка, будьте обережними. Наприклад: Хочу підтримати тебе. / Як тебе підтримати?)

Можна продовжити, розповівши про ситуацію в своєму житті, коли ви почувались схоже (саме почувались. Не що ви робили та як виходили з ситуації, якщо людина не питає про це, акцент на тому, як ви почувались – це дає змогу відчути, що людина не одна)

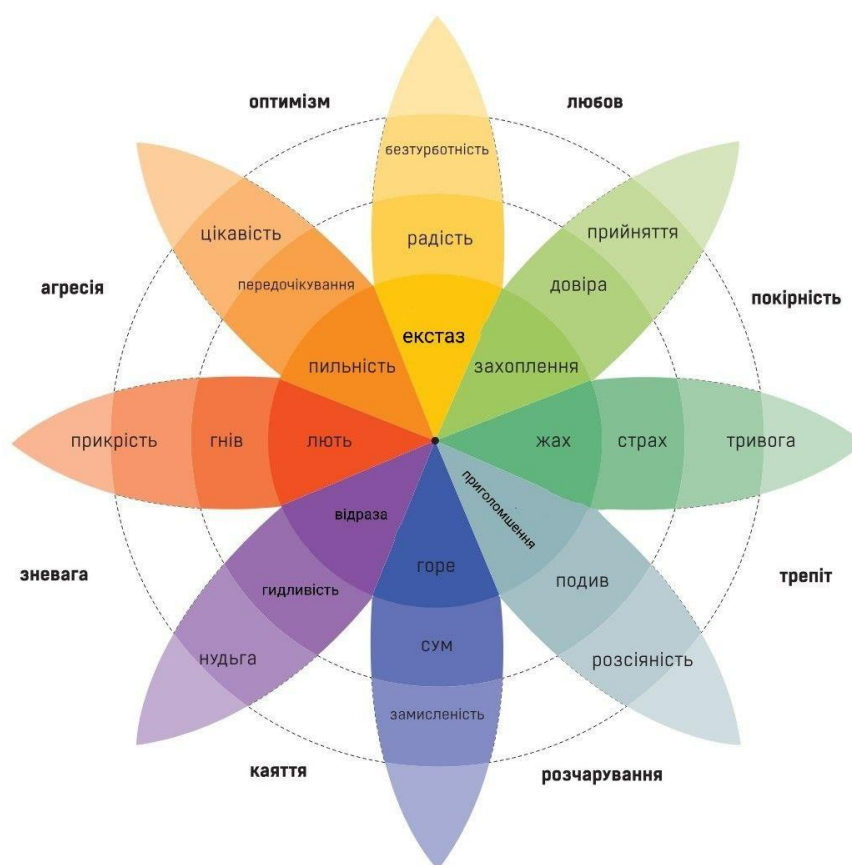


Рис. И.1.

Адаптована українською мовою шкала самооцінювання РДУГ

ASRS v1.1

Інструкції:

Перші 6 з 18 питань у цьому тесті виявилися найбільш показовими для симптомів, що відповідають РДУГ. Вони є основою для скринінгу ASRS v1.1, решта 12 питань надають додаткові вказівки і можуть служити додатковими симптоматичними маркерами, які притаманні РДУГ. Особливо зверніть увагу та підрахуйте бали за перші 6 питань! Якщо у 4-х з них або більше питаннях є зараховані відповіді, то у Вас є симптоми, які високо відповідають РДУГ у дорослих, і має сенс провести подальше обстеження. Враховуйте проявленість симптомів у різних контекстах: робота/навчання, соціальне та сімейне середовища! Частота симптомів і їх повторюваність у різних середовищах грає ключову роль. Оцінюйте наявність цих симптомів або подібних симптомів також у вашому дитинстві. РДУГ не обов'язково має бути діагностований в дитинстві, але при діагностиці дорослих важливі свідчення про ранні та довгострокові проблеми з увагою чи самоконтролем. Будь ласка, дайте відповіді на наведені нижче питання, оцінюючи себе за кожним з критеріїв. Обирайте відповідь на кожне питання, яка найкраще описує ваші почуття та поведінку протягом останніх 6 місяців та більше.

Варіанти відповідей для кожного питання: ніколи, рідко, іноді, часто, дуже часто.

1. Наскільки часто вам важко закінчити останні завершальні деталі проекту, коли вже виконані основні частини, які становили виклик?
2. При виконанні завдань, які вимагають організації, наскільки часто вам важко привести все у порядок? (з DSM-5: труднощі з виконанням послідовних завдань, безлад на робочому місці, погане керування часом та не дотримання термінів)

3. Наскільки часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей, справ, обов'язків? (з DSM-5: наприклад, перетелефонувати, оплатити рахунки, доручення та побутові обов'язки)
4. Коли у вас є завдання, яке вимагає тривалих розумових зусиль, наскільки часто ви уникаєте або відкладаєте початок його виконання?
5. Наскільки часто ви вертитеся, змінюєте позу або крутите руками чи ногами, коли вам треба довго сидіти?
6. Наскільки часто ви відчуваєте надмірну тривожну активність і відчуття необхідності робити щось, ніби вас тягне якимось мотором?
7. Наскільки часто ви робите необдумані, поспішні помилки, коли вам доводиться працювати над нудним чи складним проектом?
8. Наскільки часто вам важко утримувати увагу, коли ви виконуєте нудну чи повторювану роботу?
9. Наскільки часто ваша увага розсіюється і вам важко зосереджуватися на тому, що люди говорять, навіть коли вони говорять це безпосередньо вам? (з DSM-5: наприклад, думками ніби перебуваєте в іншому місці, навіть за відсутності чогось що б її очевидно могло відвертати)
10. Як часто ви кладете речі не на місце або маєте труднощі з пошуком речей вдома або на роботі? (з DSM-5: або губите їх)
11. Як часто ви відволікаєтесь на діяльність або шум навколо вас?
12. Як часто ви підводитеся зі свого місця на зустрічах або в інших ситуаціях, в яких очікується, що ви будете сидіти/залишатись на місці?
13. Як часто ви відчуваєте себе неспокійними або непосидючими?
14. Як часто ви маєте труднощі з розслабленням і відпочинком, коли у вас є на це час?
15. Як часто ви помічаєте, що говорите занадто багато при соціальній взаємодії?
16. Коли ви розмовляєте, як часто ви закінчуєте речення людей, з якими розмовляєте, перш ніж вони зможуть закінчити їх самі?

17. Як часто ви маєте труднощі з очікуванням у черзі?
 18. Як часто ви перериваєте інших, коли вони зайняті? [9]
- Підрахунок балів – див. Додаток А.

Стимульні матеріали до методик дослідження уваги

8-к	24-ó	13-м	7-ф	22-б	12-и	5-б
8-х	14-ф	14-р	17-ш	15-д	6-г	3-е
19-к	3-к	18-ч	23-к	16-р	18-х	17-р
21-р	13-а	1-р	22-ш	11-р	23-г	20-д
5-м	10-е	4-ф	25-р	21-ц	2-т	19-ж
12-ж	6-б	16-у	20-м	4-с	10-б	9-а
2-н	7-н	11-л	15-у	9-к	24-н	1-в

Рис. І.1. Стимульний матеріал червоно-чорна таблиця

Бсонцеюввлаоугкцрайонджщхрнекановиназшо
 ркеанппрмфактлдопншкгнекзаменитропоальпак
 прокурортъбюмсвігмваеутеоріябюжешщуцівах
 йцхокеймавнекротелевізормсавіфячйцуздлпраи
 тмтеатрджебютьмимисленняхщлоацфнйимвч
 ртписолдарадістьжюблдшщгнеккуцівхдшгжед
 шщнекапмивнароджфліраповтсипраовлітсон
 авщрепортажъитсгівмінкцсртьщшконкурсмтьо
 бюжзехлбюнпаритмособистістьжехкцуйфіячву
 фогнетривплаваннятиьлбдюжзщгнхтьбюимко
 медіятіяіафукерплавецьошлщдзжжесконкурср
 тимаинекууулелорштслрвшіпшлсидшпсидспад
 пжлабораторіяджщшлгошлщдзжхєіюблгшорпас
 миосноватьбимсчяфіввідчайакуційжелдоакувеч
 чвмиттьбпсихіатріялджбютьимчсуваекпмузик
 абюжехітьиролгнепрайтъек

Рис. І.2. Стимульний матеріал до методики Мюстенберга