

РОЗЛАД ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ: НЕОДНОРІДНІСТЬ ПІДХОДІВ, ПРОФІЛІВ, КОМОРБІДНІСТЬ СИМПТОМІВ

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: HETEROGENEITY OF APPROACHES, PROFILES, COMORBIDITY OF SYMPTOMS

Стаття присвячена проблемі дослідження РДУГ у дорослих осіб, його раннього виявлення, лікування та коморбідних захворювань. РДУГ – це розлад нервової системи, що характеризується стійкими проявами неувважності, гіперактивності та імпульсивності, які заважають функціонуванню або розвитку. Його зазвичай діагностують у дитинстві, але він може продовжувати впливати на повсякденне життя людини в дорослому віці.

Поінформованість про розлад дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) серед широкої громадськості сьогодні вища, ніж коли-небудь раніше. Тим часом, пацієнти побоюються стигматизації та сприйняття їх як людей, які шукають наркотики, що збільшує бар'єри для лікування, навіть незважаючи на те, що нелікований РДУГ пов'язаний з багатьма несприятливими наслідками, включаючи підвищену смертність. Фахівці прагнуть оптимізувати доступ до лікування РДУГ, мінімізуючи ризик негативних подій. А запити на лікування дорослих з РДУГ стають все більш поширеними, що йде на користь суспільній охороні здоров'я. Неоднорідність профілів, симптомів та коморбідні захворювання є проблемами при лікуванні РДУГ у дорослих. РДУГ часто поєднується з іншими розладами психічної діяльності, такими як: розлади комунікації, інтелектуальні, навчальні порушення, розлади аутистичного спектру, розлади настрою, тривожні розлади та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин тощо. Рекомендації щодо втручання при РДУГ рекомендують фармакотерапію як частину схеми лікування РДУГ на додаток до психосоціальних втручання. Вивчення ознак РДУГ також має важливе значення для проведення клінічних оцінок у людей з різними порушеннями інтелектуального розвитку. Враховуючи високий рівень підтримки, який потрібний таким особам для більш незалежного життя, лікування РДУГ може безпосередньо вплинути на їх витрати на підтримку, якщо воно знижує рівень підтримки, якої потребує людина.

Ключові слова: Розлад дефіциту уваги та гіперактивності, РДУГ, психодіагностика, коморбідні стани, якість життя, ризик.

The article is devoted to the problem of researching ADHD in adults, its early detection, treatment and comorbid diseases. ADHD is a disorder of the nervous system, characterized by persistent manifestations of inattention, hyperactivity and impulsivity that interfere with functioning or development. It is usually diagnosed in childhood, but it can continue to affect a person's daily life in adulthood.

Public awareness of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is at an all-time high. At the same time, patients fear being stigmatized and perceived as drug-seeking, which increases barriers to treatment – even though untreated ADHD is associated with numerous adverse outcomes, including increased mortality. Healthcare professionals are striving to optimize access to ADHD assessment and treatment while minimizing the risk of negative events. Meanwhile, requests for adult ADHD treatment are becoming increasingly common, which benefits public health.

Heterogeneity of profiles, symptoms and comorbid diseases are problems in the treatment of ADHD in adults. ADHD is often combined with other mental disorders, such as: communication disorders, intellectual, learning disabilities, autism spectrum disorders, mood disorders, anxiety disorders and disorders related to the use of psychoactive substances, etc. Recommendations for interventions for ADHD recommend pharmacotherapy as part of the treatment regimen for ADHD in addition to psychosocial interventions. The study of ADHD features is also important for clinical evaluations of people with various intellectual disabilities. Given the high level of support that such individuals require to live more independently, treatment of ADHD may directly impact their support costs if it reduces the level of support that the person needs.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, psychodiagnosis, comorbid conditions, quality of life, risk.

УДК 616.89-008.47/48-07
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.73.33>

Ніколайчук П.В.
здобувач ступеня доктор філософії
у галузі психології (PhD)
ТОВ «Київський інститут сучасної
психології та психотерапії»

Постановка проблеми. Поінформованість про розлад дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) серед широкої громадськості сьогодні вища, ніж коли-небудь раніше.

РДУГ – це розлад нервової системи, що характеризується стійкими проявами неувважності, гіперактивності та імпульсивності, які заважають функціонуванню або розвитку. Його зазвичай діагностують у дитинстві, але він може продовжувати впливати на повсякденне життя людини в дорослому віці.

Поширеність РДУГ різна в усьому світі, а дослідження вказують на значні відмінності в різних регіонах. У дітей його поширеність оцінюється

приблизно від 5% до 7%, хоча вона може коливатися від 2% до 17% залежно від використовуваних діагностичних критеріїв [1–4]. Хоча загалом РДУГ визначається як розлад нейророзвитку, дані підтверджують концепцію синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих. Серед дорослих поширеність становить приблизно 2,5%, що відображає продовження розладу після дитинства у значній кількості випадків. Наявні на сьогоднішній день дані свідчать про те, що РДУГ слабшає з віком і може менше впливати на людей у дорослому віці [5–8].

Постановка завдання. Дослідити психологічні детермінанти проявів РДУГ у дорослих осіб.

Виклад основного матеріалу дослідження

Існує три групи концепцій, які пояснюють причини виникнення та генезис РДУГ.

1. Біологічні концепції

• Основна ідея: РДУГ зумовлений переважно фізіологічними порушеннями.

• Причини: травми мозку, інфекції, генетичні фактори, імунні порушення.

• Представники: А. Страус, Л. Летхінен, Р. Лемп.

• Особливість: трактують РДУГ як медичний, а не соціальний феномен.

2. Соціальні концепції

– Основна ідея: поведінкові порушення формуються під впливом соціального оточення.

– Причини:

– наслідування поведінки батьків;

– емоційна депривація;

– педагогічна занедбаність;

– дисгармонія у родині.

• Представники: Г. Лаут, П. Шльотке, І. Прекоп, К. Швайцер.

• Аргументи:

– розповсюдженість РДУГ залежить від соціокультурного контексту;

– стиль виховання у дитинстві суттєво впливає на розвиток уваги;

– приклади традиційних культур (Ж. Ледлофф, Дж. Пірс) демонструють меншу поширеність РДУГ.

3. Багатофакторні (інтегративні) концепції

• Основна ідея: РДУГ є результатом взаємодії біологічних і соціальних чинників.

• Представники: І. Прекоп, К. Швайцер.

• Підхід: враховуються як медичні, так і психолого-педагогічні чинники у діагностиці та лікуванні.

• Тенденція: навіть прихильники біологічного підходу визнають необхідність психолого-педагогічної підтримки.

• Підходи до діагностики РДУГ

• Комплексний підхід, що включає:

– психофізіологічні показники;

– аналіз соціального оточення;

– інтерв'ю, спостереження, стандартизовані опитувальники.

Основними інструментами психодіагностики є інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники.

Зареєстрована поширеність РДУГ у дорослих зросла в останні роки через поліпшення діагностики дорослих у порівнянні з дітьми. Хоча зберігаються побоювання щодо факторів, що сприяють зареєстрованому збільшенню випадків РДУГ у дорослих, з'являється все більше доказів того, що поширеність РДУГ у дорослих зросла в останні роки з коморбідністю щодо таких розладів, як тривожність, депресія та біполярний розлад, що може ускладнити діагностику та лікування РДУГ у дорослих [9–12].

Дослідження, які проводилися до пандемії COVID-19, вказують на значне збільшення поширеності РДУГ за останні десятиліття. Відмічається

збільшення поширеності з 6,9% до 8,5% серед осіб молодше 18 років і з 5,7% до 7,3% серед осіб віком від 18 до 35 років у період з 2008 по 2015 рік. Дослідження також показують, що РДУГ у дітей та дорослих має різні соціальні, психологічні та генетичні профілі. Незважаючи на те, що РДУГ відрізняється від дитячого РДУГ, про нього мало відомо.

РДУГ у дорослих також пов'язаний з підвищеним ризиком деменції (висновки на основі загальних результатів щодо здоров'я, клінічних спостережень, досліджень на основі сімей та досліджень епідеміологічного ризику тощо). Зокрема, клінічні спостереження та дослідження показують, що РДУГ у дорослих, мабуть, імітує деякі когнітивні симптоми деменції (наприклад, втрата пам'яті).

Тим не менш, РДУГ недооцінюється у спеціалізованих клініках для літніх осіб з фокусом на деменцію. Дослідження на основі сімей показують, що РДУГ пов'язаний з деменцією протягом поколінь, але величина цього зв'язку може послаблюватися меншою генетичною спорідненістю, що передбачає загальний сімейний ризик між діагнозами. У деяких дослідженнях цей зв'язок відсутній або сильніший серед чоловіків, ніж серед жінок. Зв'язок між РДУГ у дорослих та ризиком деменції залишається темою інтересу через суперечливі результати [5, 13–15].

Окремі уваги потребують й вивчення ролі психостимулюючих препаратів як препаратів, які є когнітивними підсилювачами. Вони використовуються для лікування РДУГ, і тому можуть змінювати потенційну траєкторію когнітивних порушень. Але зворотний причинно-наслідковий зв'язок ставить дещо під сумнів зв'язок між РДУГ у дорослих та деменцією, оскільки РДУГ у дорослих супроводжується когнітивними порушеннями, які нагадують деменцію та збігаються з початком затяжної доклінічної фази деменції.

Несприятливі наслідки пандемії COVID-19 та пов'язаних з нею обмежувальних заходів для психічного здоров'я були задокументовані у всьому світі, при цьому групи населення, які зазнають сильнішого стресу, пов'язаного з пандемією, зазнають більш високого ризику психічних розладів. У осіб, у яких до COVID-19 було діагностовано РДУГ, спостерігалось погіршення симптомів та посилення симптомів депресії. У США у 2018 та 2022 роках різко зросла кількість призначень ліків від РДУГ, особливо серед молодих людей та жінок, порівняно з іншими препаратами для лікування поведінкового здоров'я. Повідомлялося про швидке зростання симптомів, подібних до РДУГ, серед раніше здорових людей під час пандемії. Розлад уваги, тобто неувважність та симптоми, подібні до РДУГ, також були визначені як один із симптомів стану після COVID-19 [5–8].

Неоднорідність профілів, симптомів та коморбідні захворювання є проблемами при лікуванні РДУГ у дорослих. РДУГ часто поєднується з іншими розладами психічної діяльності, такими як: розлади комунікації, інтелектуальні, навчальні пору-

шення, розлади аутистичного спектру, розлади настрою, тривожні розлади та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин тощо.

Рекомендації щодо втручання при РДУГ рекомендують фармакотерапію як частину схеми лікування РДУГ на додаток до психосоціальних втручання. Як стимулюючі, так і нестимулюючі препарати, як правило, ефективні при симптомах РДУГ згідно з метааналізом короткострокових плацебо-контрольованих рандомізованих клінічних випробувань.

Крім основних симптомів РДУГ, є значні докази того, що препарати для лікування РДУГ, особливо стимулятори, покращують функціонування та якість життя. Менше відомо про довгострокову ефективність та безпеку фармакотерапії РДУГ.

Ряд досліджень показали, що використання ліків від РДУГ, переважно щодо стимуляторів, пов'язане з кількома корисними результатами, такими як зниження ризику спроб самогубства, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, депресії, дорожньо-транспортних пригод, ненавмисних травм та тривалого безробіття. Однак є також побоювання, що тривале використання стимуляторів може бути пов'язане з несприятливими результатами. Оскільки ці ліки мають тенденцію підвищувати артеріальний тиск та частоту серцевих скорочень, вони можуть підвищувати ризик серцево-судинних захворювань. Підвищений ризик судом, і, можливо, підвищений ризик психозу чи маніакальних станів також викликають занепокоєння. Існують лише попередні та суперечливі дані про те, чи покращують ліки від РДУГ працездатність [9–13].

Вивчення ознак РДУГ також має важливе значення для проведення клінічних оцінок у людей з різними порушеннями інтелектуального розвитку. Враховуючи високий рівень підтримки, який потрібний таким особам для більш незалежного життя, лікування РДУГ може безпосередньо вплинути на їх витрати на підтримку, якщо воно знижує рівень підтримки, якої потребує людина.

РДУГ також є одним з найбільш часто наявним супутнім станом у осіб з розладами аутистичного спектру, однак ці дослідження ще потребують уваги та продовження, оскільки все ще бракує даних щодо поширеності РДУГ серед дорослих осіб з розладами аутистичного спектру.

Окремий блок досліджень дорослих з РДУГ – це асоційовані розлади шизофренічного спектру з РДУГ. Ряд досліджень показали, що РДУГ має взаємозв'язок з виникненням шизофренії з відносним ризиком. Оскільки шизофренія негативно впливає на якість життя, включаючи академічне функціонування, соціальне функціонування та смертність, раннє виявлення та втручання при шизофренії осіб з РДУГ вже давно вважаються важливими [14–15].

Для контролю ризику розвитку шизофренії у пацієнтів з РДУГ необхідно розуміти механізми та фактори ризику, пов'язаних із цими двома розла-

дами. Дослідження, в яких вивчалися зв'язок між РДУГ та шизофренією, робили акцент на факторах ризику навколишнього середовища та генетичній сприйнятливості.

Таким чином, треба зауважити, що психіатрична коморбідність достатньо часто спостерігається у пацієнтів з РДУГ, хоча рівень поширеності може бути різним. Приблизно від 50% до 90% пацієнтів з РДУГ мають принаймні один інший психіатричний коморбідний розлад, включаючи депресію, біполярний розлад, тривожність та розлад аутистичного спектру. Коморбідність у пацієнтів з РДУГ має значні наслідки для тяжкості симптомів, функціональних порушень та результатів лікування. Більше того, у більшості пацієнтів спостерігалось кілька клінічних симптомів інших психіатричних розладів до шизофренії. Тому припущення про те, що наявність психіатричної коморбідності може бути пов'язане з діагностикою шизофренії в цій популяції, є правдоподібним [16–19].

Основні симптоми РДУГ можуть порушувати когнітивні функції, включаючи складні виконавчі функції у повсякденному житті, наприклад – керування автомобілем. Попередні дослідження показали позитивний зв'язок між РДУГ та небезпечною поведінкою при водінні на основі власних, інформаторських та офіційних звітів.

Щодо результатів водіння на дорозі, водії з РДУГ були більш схильні отримувати штрафи за перевищення швидкості, а також потрапляли до дорожньо-транспортних пригод. Аналіз досліджень показав, що наявність РДУГ було пов'язане з 88% збільшенням ризику в самозвітних автомобільних аваріях.

Експериментальні дослідження з використанням симуляторів водіння показали, що в учасників з РДУГ була більш висока середня швидкість, частіша зміна смуги руху, гірший контроль над транспортним засобом, більша ймовірність зіткнень з перешкодою та більш висока схильність до інших несприятливих наслідків водіння, ніж у учасників без РДУГ.

Фактори ризику, такі як підвищена тривожність, також можуть сприяти несприятливим наслідкам водіння, таким як штрафи за порушення правил дорожнього руху в осіб з РДУГ. Більше того, потенційно неналежне використання ліків пов'язане з небезпечною поведінкою за кермом, оскільки водії старшого віку приймають більше ліків, ніж молоді водії. Однак й досі залишається незрозумілим, чи є зв'язок між використанням декількох лікарських засобів та ризиком аварій однаковою у водіїв з РДУГ і без нього [20–24].

Багато лікарів не наважуються діагностувати РДУГ у дорослих або призначати стимулятори через побоювання, що стимулятори можуть бути використані не за призначенням, а також через відсутність єдиноподібних протоколів з лікування РДУГ у дорослих.

Тим часом, пацієнти побоюються стигматизації та сприйняття їх як людей, які шукають наркотики,

що збільшує бар'єри для лікування, навіть незважаючи на те, що нелікований РДУГ пов'язаний з багатьма несприятливими наслідками, включаючи підвищену смертність. Фахівці прагнуть оптимізувати доступ до лікування РДУГ, мінімізуючи ризик негативних подій. А запити на лікування дорослих з РДУГ стають все більш поширеними, що йде на користь суспільній охороні здоров'я. Фармакологічне лікування, включаючи стимулюючі і нестимулюючі препарати, рекомендується як дітям, так і дорослим з діагнозом РДУГ, поряд з нефармакологічним лікуванням.

Висновки. Головним клінічним наслідком цих результатів є те, що фахівці у галузі охорони здоров'я повинні уважно стежити за симптомами неуважності, гіперактивності та/або імпульсивності та працювати над їх зниженням до найнижчих рівнів. Хоча необхідні додаткові дослідження для визначення ступеня, в якому зниження симптомів РДУГ знижує ризиковану поведінку, з'являється все більше досліджень, які показують, що зниження симптомів за допомогою лікування призводить до покращення функціональних результатів, у той час як збереження симптомів РДУГ може призвести до несприятливих результатів.

ЛІТЕРАТУРА:

- Hartnett Y., Cummings E. Social media and ADHD: implications for clinical assessment and treatment. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2024. Vol. 41. № 1. P. 132–136.
- American Psychiatric Association. *Neurodevelopmental Disorders: DSM-5 Selections*. American Psychiatric Pub. 2015.
- Yerys B.E., Tao S., Shea L., et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in Medicaid-enrolled autistic adults. *JAMA Network Open*. 2025. Vol. 8. № 2.
- Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline (NG87). National Institute for Health and Care Excellence. March 14, 2018.
- White A., Sheehan R., Ding J., Roberts C., Magill N., et al. Learning from Lives and Deaths – People with a learning disability and autistic people (LeDeR) report for 2022. LeDeR Autism and learning disability partnership, King's College London. 2023.
- Sheehan R., Hassiotis A., Walters K., Osborn D., Strydom A., Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ*. 2015.
- Royal College of Psychiatrists. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults with intellectual disability. College Report. Royal College of Psychiatrists. 2021.
- Ohnishi T., Kobayashi H., Yajima T., Koyama T., Noguchi K. Psychiatric comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and patterns in the routine clinical setting. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2019. Vol. 16 (9-10). P. 11–16.
- Sayal K., Prasad V., Daley D., Ford T., Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5. № 2. P. 175–186.
- Helgesson M., Björkenstam E., Rahman S., et al. Labour market marginalisation in young adults diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a population-based longitudinal cohort study in Sweden. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53. № 4. P. 1224–1232.
- Wang T., Liu K., Li Z., et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017. Vol. 17. № 32.
- Graetz B.W., Sawyer M.G., Hazell P.L., Arney F., Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD Subtypes in a Nationally Representative Sample of Australian Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001. Vol. 40. № 12. P. 1410–1417.
- Ayano G., Yohannes K., Abraha M. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*. 2020. Vol. 19. № 21.
- Pineda D., Ardila A., Rosselli M., et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1999. Vol. 27. P. 455–462.
- Smalley S. L., McGough J. J., Moilanen I. K., Loo S. K., Taanila A., Ebeling H., Hurtig T., Kaakinen M., Humphrey L. A., McCracken J. T., Varilo T., Yang M. H., Nelson S. F., Peltonen L., Järvelin, M. R. (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 46. № 12. P. 1575–1583.
- Knopman D.S., Amieva H., Petersen R.C., et al. Alzheimer disease. *Nature Reviews Disease Primers*. 2021. Vol. 7. № 33.
- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2022. Vol. 18. № 4. P. 700–789.
- Livingston G., Huntley J., Sommerlad A., et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020. Vol. 396. № 10248. P. 413–446.
- Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization. 2017.
- Michielsen M., de Kruif J. Th. C. M., Comijs H.C., et al. The burden of ADHD in older adults: a qualitative study. *Journal of Attention Disorders*. 2018. Vol. 22. № 6. P. 591–600.
- Gulberg-Kjär T., Johansson B. ADHD symptoms across the lifespan: a comparison of symptoms captured by the Wender and Barkley Scales and DSM-IV criteria in a population-based Swedish sample aged 65 to 80. *Journal of Attention Disorders*. 2015. Vol. 19. № 5. P. 390–404.

22. Data and statistics about ADHD. *Centers for Disease Control and Prevention*. 2024.

23. Zgodic A., McLain A.C., Eberth J.M., Federico A., Bradshaw J., Flory K. County-level prevalence estimates of ADHD in children in the United States. *Annals of Epidemiology*. 2023. Vol. 79. P. 56–64.

24. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62. №6. P. 593–602.