

Хибно виставлені акценти: РДУГ, афект і менталізація

<https://doi.org/10.67242/conference-2026-24>

Кириченко Владислав, Аспірант кафедри теоретичної

*та прикладної психології, асистент кафедри практичної психології ментального здоров'я,
Національний університет «Львівська політехніка», Львів, Україна*

Все частіше дорослі клієнти й пацієнти звертаються до психіатрів, психологів або сімейних лікарів із запитом на діагностику розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) нерідко з уже готовою концепцією хвороби та «пройденими» тестуваннями в інтернеті. Не виділяючи достатньо часу для бесіди, збору анамнестичних даних, обстеження та діагностики, лікарі та психологи, заслуховуючи каскад скарг, які часто є перерахунком критеріїв згаданих розладів з DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013/2023) або МКХ-10/11, підтверджують цей діагноз на словах (у випадку психологів) або ж виписуючи відповідне лікування (у випадку лікарів). Така згода від «дипломованого спеціаліста» укорінює концепцію пацієнта про РДУГ і, у випадках гіпердіагностики, може суттєво шкодити якості життя самого пацієнта. У цих тезах я маю на меті поділитись досвідом, що включає роботу у діагностичному форматі (патопсихологічне обстеження/експериментально-психологічне дослідження) з клієнтами, що звертались із запитом «діагностики на РДУГ» та прояснити виклики, що постають в ході психологічної діагностики. Формат експериментально-психологічного дослідження (ЕПД) передбачає етап клінічної бесіди тривалістю близько години та двогодинного експерименту. Під час клінічної бесіди психолог цікавиться скаргами та біографією досліджуваного, а також уважно спостерігає за поведінкою клієнта. На етапі експерименту клієнт виконує методики, заповнює бланки тестування та проходить структуровані інтерв'ю SCID-5PD (First et al., 2016), STIPO-R (Clarkin et al., 2019), DIVA-5 (Kooij et al., 2010) та інші. Комплексно, порівнюючи поведінку під час бесіди з результатами експерименту, психолог описує особливості когнітивного функціонування (пам'ять, увага, мислення, інтелект), афективної сфери та особистісної структури. На рівні наративу клієнти з уже сформованою концепцією РДУГ описують скарги, що часто включають психологізми та мовленнєві штампи, як-от «я часто прокрастиную, гіперфокусуюсь на деталях, маю проблеми з тайм-менеджментом». У багатьох випадках занепокоєність запускають побачені в інтернеті відео, в яких розповідають про симптоми РДУГ, надалі це занепокоєння переходить в поле обговорення з «Штучним інтелектом», який наводить клінічною мовою симптоматику РДУГ і «скеровує» співрозмовника до лікаря. На практиці, в ході ЕПД часто виявляється, що попри пантомімічну збудженість та «позитивно» пройдений скринінговий тест ASRS v1.1 (Kessler et al., 2005) наявність РДУГ виключається проходженням структурованого інтерв'ю DIVA (Kooij et al., 2010), а саме через те, що зазвичай ряд критеріїв не досягає рівня клінічної значущості і/або окремі симптоми не мають характеру первазивності і/або не є стабільними в часі. На відміну від скринінгових тестів, DIVA заповнюється фахівцем, передбачає залученість людини, що може підтвердити або спростувати симптоматику досліджуваного, прицільно включає дослідження одразу кількох особистісних сфер, передбачає конкретні приклади та досліджує не лише останні 6 місяців життя, а дитинство. Не винятком є випадки, коли досліджуваний набирає пороговий бал в DIVA, проте в бесіді та в експерименті терплячий, не ажитований та не демонструє труднощі в увазі – часто такий хибно-позитивний результат обумовлений відсутністю на етапі DIVA опікуна, друга або

партнера пацієнта, які можуть описати поведінку досліджуваного у багатьох сферах, надаючи анамнестичним даним більше контексту. Таким чином, досліджуваний зі сформованою концепцією хвороби буде відповідати на питання структурованого інтерв'ю позитивно, несвідомо підбираючи приклади «патологічної» поведінки, «забуваючи» конструктивну поведінку як в дорослому віці так і у дитинстві. Таким чином спостереження фахівця щодо відсутності проявів РДУГ в ході трьохгодинного експерименту має не меншу вагу аніж хибно-позитивно заповнений опитувальник та слугує важливим чинником для оцінки емоційної регуляції. Зрештою, діагноз базований виключно на словах пацієнта є слабким. Особливу увагу у диференційній діагностиці слід приділити інструментальному дослідженню когнітивної сфери, зокрема уваги. Скарги щодо неуважності можна верифікувати класичними експериментальними методиками. Наприклад, «Таблиці Шульте» та «відрахування за Крепеліним» досліджують особливості психічної стійкості, міри впрацювання та ефективності в роботі. «Коректурна проба» (Тест Бурдона) вимірює концентрацію, стійкість та перемикання уваги. Якщо досліджуваний спроможний без суттєвих помилок виконувати монотонне завдання на кшталт «Коректурної проби» (і це конвергентно валідизується іншими методиками), гіпотеза про первинний РДУГ може спростовуватись. У цьому випадку генеза скарг може полягати не у когнітивному дефіциті, а, наприклад в афективній сфері або ж у структурі особистості, де порушення в увазі є вторинні. Не слід забувати, що підтвердження патології у структурованих інтерв'ю DIVA-5, SCID-5PD окрім критеріїв включення проходить критерії виключення. Якщо симптоми можна пояснити краще іншою етіологією, то ми акцентуємо на ній. З мого досвіду роботи, вкрай часто у пацієнтів, симптоматика яких феноменологічно нагадує картину РДУГ, краще прояснюється дефектом афективної сфери, органічними чинниками та/або особливостями особистісної структури. У першому випадку це може бути наявна група афективних розладів (наприклад, біполярний афективний розлад, маскована депресія), у другому гормональний дисбаланс або нейрозахворювання, у третьому, наприклад, наявний межовий, обсессивно-компульсивний, гістрійонний або інший розлад особистості. Інтегральними ознаками усіх згаданих факторів часто є висока особистісна тривожність, знижені менталізаційні спроможності та повна або парціальна алекситимічність. Низька менталізація зазвичай проявляється у знижених спроможностях диференціювати власні внутрішні стани, а також у тенденції ототожнювати внутрішній стан із зовнішньою реальністю. Великою мірою це порушення емоційного інтелекту, що полягає у неспроможності ідентифікувати тривожний стан, пов'язувати його з внутрішніми та зовнішніми стресорами і тоді тривога соматизується, проявляючись в тілесній ажитації, а також впливає на когнітивні спроможності, а саме здатності концентрувати і перемикати увагу. У таких випадках ми бачимо вторинний характер когнітивних труднощів щодо афективної патології. Саме тому, те що виглядає як РДУГ, часто не є ним *per se*. Іншими словами, неспроможність ідентифікувати та називати власні внутрішні стани провокує тривогу, яка проявляється у тілі та впливає на увагу та пам'ять. Відтак легко ідентифікуватись із почутим в інтернеті, бо функціональний перебіг на перший погляд ідентичний. У дослідженні менталізації помічним є опитувальник MZQ (Турецька & Кунікевич, 2020), проте задля валідизації його субшкал рекомендую порівнювати результати з опитувальником «Торонтська шкала алекситимії» TAS-20 (Василець та ін., 2023). Bateman та Fonagy (2016) пишуть, що пацієнти з низькою менталізацією схильні висувати біологічні концепції щодо власної дезадаптивної поведінки. На відміну від гормональних обстежень, ЕЕГ, МРТ в Україні РДУГ неможливо підтвердити об'єктивно, саме тому часто ця концепція у пацієнта стає «цапом-відбувайлом» багатьох нещастя у стосунках, на роботі або в питаннях самоцінності. У психотерапевтичну роботу клієнти з підтвердженою концепцією РДУГ від лікаря або психолога, який не проводив повноцінної діагностики (а у випадку психолога це повинне бути патопсихологічне

дослідження усіх сфер та DIVA, а не приміром лише DIVA без експерименту або позитивний результат скринінгової методики ASRS (Kessler et al., 2005) приходять зі стійким опором дослідження внутрішніх конфліктів або ж емоцій, бо «ніщо не пояснить мій стан краще ніж діагноз». У висновку я б акцентував на вагомості цілісної діагностики перед встановленням діагнозу РДУГ, яка би включала проходження об'єктивних методів дослідження для виключення органічної патології (за показаннями – гормональна панель, МРТ, ЕЕГ, тощо). У випадку психологічної діагностики необхідними є об'ємне психологічне дослідження усіх особистісних сфер, клінічна бесіда, використання структурованих опитувальників та дотримання їх настанов: застосовувати ретроспективне інтерв'ю, по можливості доповнювати анамнез інформацією від людей, які знали особу в дитинстві та/або спілкуються поточно, а також уважно перевіряти відповідність критеріїв первазивності. Лише за умов повного виключення органічних факторів; відсутності інших ментальних хвороб, розладів особистості та стійких структурних змін; при стійкому дефіциті когнітивної сфери (в першу чергу уваги); відповідним проявам у поведінці в ході бесіди й експерименту та підтвердженні значущих критеріїв включення внаслідок проходження структурованого інтерв'ю DIVA-5 (Kooij et al., 2010), – РДУГ можна розглядати в якості основного діагнозу. Література Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2019). *Manual for the structured interview of personality organization-revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Weill Cornell Medical College. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPORmanual>. July 2021. pdf. First, M. B., Williams, J., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD)*. Testkatalog, 30. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256. Kooij, J. J. S., Francken, M. H., Bron, T. I., & Wynchank, D. (2010). DIVA-5. *Wywiad diagnostyczny ADHD u dorosłych* (trzecie wydanie. Василець, В. В., Шаповал, І. І., Шалковський, Є. І., Клебанська, А. О., & Станіславчук, М. А. (2023). Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, (1), 1-7. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О.Лизак, М. Прокопович; наук.ред. В. Горбунової, Л. Засекої, О.Плевачук. Львів. Галицька видавнича спілка. 2023. 536 с Турецька Х.І., Кунікевич Б.І. Україномовна адаптація опитувальника менталізації на неклінічній вибірці. *Габітус. Психологія особистості*. 2020. Випуск 17. С. 131-136