

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Вплив нейрокогнітивних особливостей при РДУГ на дезадаптивні
поведінкові патерни в осіб ранньої дорослості**

Здобувача (ки) 2 курсу КП-241 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Дениса МЕДЯНИКА
(прізвище та ініціали)

Керівники
Тетяна РЯХОВСЬКА, доктор філософії в галузі
психології,
Борис ХЕРСОНСЬКИЙ, к.мед.н., доц.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2026

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота магістра на тему: «Особливості соціально-психологічної адаптації та копінг-стратегій у осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ».

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично перевірено модель соціально-психологічної адаптації молодих дорослих із симптомами РДУГ. Досліджено дизайн взаємозв'язків між нейрокогнітивними дефіцитами саморегуляції, копінг-поведінкою та рівнями агресивності особистості.

Дослідження проведено на вибірці зі 100 осіб (50 чоловіків, 50 жінок) середнім віком 22 роки за допомогою методик DIVA-5, ASRS v1.1, WCQ Лазаруса та опитувальника Басса–Даркі. Математико-статистичний аналіз здійснено з використанням t-критерію Стюдента, коефіцієнта Пірсона та множинної регресії.

Емпірично доведено, що виражені прояви РДУГ виступають найпотужнішим негативним предиктором дезадаптації ($\beta = -0,38$), що підсилюється використанням копінгу «втеча-уникнення» та проявами агресивності ($\beta = -0,29$). Натомість єдиним сильним позитивним предиктором успішної адаптації визначено проблемно-орієнтований копінг ($\beta = 0,26$). Виявлено виражену гендерну специфіку: чоловіки схильні до екстерналізації стресу (фізична, вербальна агресія, уникнення), тоді як жінки — до інтерналізації (внутрішнє роздратування, маскування) на тлі активнішого пошуку соціальної підтримки. Розроблено комплексну 10-сесійну групову програму психологічної підтримки на засадах КПТ та АСТ.

Ключові слова: *РДУГ у дорослих, рання дорослість, соціально-психологічна адаптація, копінг-стратегії, імпульсивність, агресивність, саморегуляція.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РДУГ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЩІ.....	11
1.1. Психологічна сутність РДУГ у контексті дефіциту виконавчих функцій та саморегуляції.....	11
1.2. Особливості соціально-психологічної адаптації в період ранньої дорослості: виклики та ресурси.....	16
1.3. Копінг-стратегії як чинник подолання дезадаптивних патернів поведінки.....	20
1.4. Імпульсивність та агресивність як поведінкові прояви порушення саморегуляції при РДУГ.....	25
1.5. Теоретична модель дослідження.....	33
Висновки до Розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ....	38
2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки.....	38
2.2. Обґрунтування та опис психодіагностичного інструментарію.....	40
2.3. Алгоритм та методи математико-статистичної обробки даних.....	42
Висновки до Розділу 2.....	44
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СИМПТОМІВ РДУГ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ.....	46
3.1. Аналіз вираженості симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та показників соціально-психологічної адаптації.....	46
3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язку симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та показників соціально-психологічної адаптації.....	50
3.3. Гендерні особливості дезадаптивних патернів та стратегій подолання у осіб з РДУГ.....	54
3.4. Регресійний аналіз психологічних предикторів успішної соціально- психологічної адаптації.	59
Висновки до Розділу 3.....	62

РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З РДУГ	65
4.1. Напрямки психологічної підтримки.....	65
4.2. Програма психологічної роботи.....	69
Висновки до Розділу 4.....	73
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) традиційно розглядався як розлад дитячого віку, однак сучасні дослідження свідчать, що симптоматика РДУГ частково або повністю зберігається у 50–70 % осіб у дорослому віці. У період ранньої дорослості, коли перед особистістю постають завдання професійного самовизначення, формування стабільних міжособистісних стосунків та підвищуються вимоги до саморегуляції й відповідальності, прояви РДУГ можуть істотно ускладнювати процес соціальної адаптації.

Однією з ключових психологічних характеристик РДУГ є дефіцит виконавчих функцій, що проявляється у труднощах планування, контролю поведінки, регуляції уваги та емоцій. Унаслідок цього молоді дорослі з симптомами РДУГ часто стикаються з проблемами організації діяльності, підтримання стабільної навчальної або професійної активності, а також ефективної взаємодії з соціальним оточенням. Це підвищує ризик виникнення різних форм дезадаптації, зниження емоційного комфорту та труднощів самоприйняття.

Важливу роль у подоланні таких труднощів відіграють копінг-стратегії, тобто способи подолання стресових ситуацій та психологічної напруги. Характер обраних стратегій може як сприяти успішній адаптації, так і посилювати прояви дезадаптації. Окрему увагу в цьому контексті привертає зв'язок між симптомами РДУГ, копінг-поведінкою та окремими поведінковими проявами труднощів саморегуляції, зокрема агресивними реакціями, які можуть відображати особливості емоційної та поведінкової регуляції.

Попри значний інтерес до проблеми РДУГ у дорослому віці, недостатньо дослідженими залишаються особливості соціально-психологічної адаптації молодих дорослих із симптомами РДУГ, зокрема у взаємозв'язку з копінг-стратегіями та поведінковими проявами агресивності. Також потребує

подальшого уточнення питання гендерних відмінностей адаптивних стратегій у цієї категорії осіб, особливо у межах українського соціокультурного контексту.

У межах даного дослідження соціально-психологічна адаптація розглядається як результат взаємодії когнітивно-регуляторних та поведінкових чинників, де симптоми РДУГ, пов'язані з особливостями саморегуляції та виконавчих функцій, можуть бути пов'язані з характером копінг-поведінки та агресивних реакцій, що, своєю чергою, асоціюються з рівнем адаптації у період ранньої дорослості.

З огляду на зазначене, дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації та копінг-стратегій у осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ є актуальним як у теоретичному, так і у практичному аспекті.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Теоретичне підґрунтя дослідження становлять сучасні уявлення про РДУГ як нейропсихологічний розлад, що пов'язаний із порушеннями виконавчих функцій. Значний внесок у розроблення цієї проблематики зробили Р. Барклі та К. Кастелланос, які розглядають РДУГ крізь призму дисфункції систем саморегуляції та контролю поведінки.

Проблема подолання стресу та психологічної адаптації особистості розкривається у межах транзакційної моделі стресу та копінгу Р. Лазаруса і С. Фолкман, згідно з якою копінг-стратегії виступають важливим механізмом регуляції взаємодії людини з вимогами середовища.

Питання соціально-психологічної адаптації особистості розглядається також у гуманістичному підході К. Роджерса, де адаптація пов'язується з рівнем самоприйняття, емоційного комфорту та узгодженістю між досвідом і Я-концепцією.

Таким чином, теоретико-методологічна основа дослідження дозволяє розглядати соціально-психологічну адаптацію осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ як багатофакторний процес, що формується під впливом особливостей саморегуляції, копінг-поведінки та окремих поведінкових проявів труднощів саморегуляції.

Об'єкт дослідження: соціально-психологічна адаптація осіб ранньої дорослості із симптомами РДУГ.

Предмет дослідження: особливості взаємозв'язку симптомів РДУГ, копінг-стратегій та окремих поведінкових проявів труднощів саморегуляції (зокрема агресивності) з показниками соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості та їхня роль як психологічних предикторів адаптації.

Мета дослідження: Теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити модель соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ шляхом аналізу взаємозв'язку між вираженістю симптомів РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками адаптації, а також визначення психологічних предикторів соціально-психологічної адаптації.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення РДУГ у дорослому віці, а також особливості копінг-поведінки та соціально-психологічної адаптації у період ранньої дорослості.
2. Обґрунтувати методологію емпіричного дослідження, зокрема визначити психодіагностичний інструментарій для вивчення симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та показників соціально-психологічної адаптації.
3. Проаналізувати описові статистичні показники вираженості симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та соціально-психологічної адаптації у вибірці осіб ранньої дорослості.
4. Встановити кореляційні взаємозв'язки між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації.
5. Виявити гендерні відмінності у показниках соціально-психологічної адаптації, копінг-стратегіях та рівнях агресивності.
6. Визначити психологічні предиктори соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості за допомогою множинного регресійного аналізу.

7. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки та підвищення рівня соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості з проявами симптомів РДУГ.

Методи дослідження: для реалізації поставлених завдань використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів.

Теоретичні методи: аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел для теоретичного обґрунтування проблеми дослідження, визначення основних понять та формування концептуальної моделі взаємозв'язку симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та соціально-психологічної адаптації.

Емпіричні методи: Психодіагностичне тестування із використанням таких методик: DIVA-5 (Diagnostic Interview for ADHD in Adults) для структурованого виявлення симптомів РДУГ у дорослих; ASRS v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale) для оцінки рівня вираженості симптомів РДУГ; Копінг-тест Р. Лазаруса (WCQ) для дослідження стратегій подолання стресових ситуацій; Опитувальник агресивності Басса–Даркі для визначення форм агресивних і ворожих реакцій, соціодемографічна анкета.

Методи математичної статистики: описова статистика для визначення середніх значень, стандартних відхилень та загальної характеристики досліджуваних показників; кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для встановлення взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації; порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок) для виявлення гендерних відмінностей у досліджуваних показниках; множинний регресійний аналіз для визначення психологічних предикторів соціально-психологічної адаптації.

Вибірка дослідження: У дослідженні взяли участь 100 осіб раннього дорослого віку: 50 жінок та 50 чоловіків. Середній вік респондентів становить 22 роки.

Дослідницькі питання:

1. Які рівні симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та соціально-психологічної адаптації спостерігаються у осіб ранньої дорослості?
2. Чи існують взаємозв'язки між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації?
3. Чи існують гендерні відмінності у досліджуваних показниках?
4. Які із досліджуваних психологічних показників (симптоми РДУГ, копінг-стратегії, агресивність) виступають предикторами соціально-психологічної адаптації?

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічні чинники соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ. Отримані результати розширюють розуміння взаємозв'язку між вираженістю симптомів РДУГ, копінг-стратегіями, проявами агресивності та показниками соціально-психологічної адаптації. У роботі конкретизовано роль окремих копінг-стратегій і поведінкових реакцій як чинників адаптації у молодих дорослих із симптомами РДУГ. Отримані результати створюють підґрунтя для подальшої конкретизації моделей психологічної адаптації осіб із проявами нейроповедінкових особливостей у період ранньої дорослості.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для вдосконалення психологічної підтримки осіб ранньої дорослості з проявами симптомів РДУГ. Виявлені особливості соціально-психологічної адаптації, копінг-стратегій та агресивних реакцій можуть бути використані у практиці психологічного консультування, психотерапевтичної практики та психологічного супроводу молоді. Отримані результати можуть бути корисними для практичних психологів, психотерапевтів та фахівців із психічного здоров'я при розробленні програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток адаптивних копінг-стратегій, покращення емоційної регуляції та підвищення рівня соціально-психологічної адаптації молодих дорослих із симптомами РДУГ. Матеріали

дослідження також можуть використовуватися у навчальному процесі під час викладання дисциплін з клінічної психології та психології особистості.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РДУГ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

1.1. Психологічна сутність РДУГ у контексті дефіциту виконавчих функцій та саморегуляції.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у сучасній психологічній науці розглядається як нейророзвитковий розлад, патогенез якого пов'язаний зі специфікою формування та функціонування центральної нервової системи. Ключовою ознакою РДУГ є обмеження здатності індивіда до виконання певних когнітивних та поведінкових функцій, які диктуються соціальними нормами та вимогами нейротипового суспільства. Це створює ситуацію «функціональної невідповідності», де внутрішній нейробіологічний ресурс особи не збігається із зовнішнім очікуванням середовища [12]

Традиційно, згідно з критеріями DSM-5, типові клінічні та психологічні прояви РДУГ диференціюють за двома основними доменами (кластерами):

1. Кластер Неуважності : Даний кластер відображає дефіцит когнітивного контролю та виявляється у наступних формах:
 - Складність в утриманні та розподілі уваги: особа не здатна тривалий час фокусуватися на об'єкті діяльності, особливо якщо він не викликає миттєвого інтересу.
 - Труднощі у виконанні послідовних багатоетапних завдань: алгоритмізація дій стає бар'єром, оскільки кожен наступний крок потребує значних зусиль для перемикавання та утримання цілі.
 - Порушення організації побуту та мікросоціального простору: складність у підтримці порядку є не ознакою неохайності, а результатом дефіциту виконавчих функцій, що відповідають за структурування середовища.

- Хронічна забудькуватість та труднощі з плануванням: «випадання» деталей із робочої пам'яті унеможлиблює ефективний тайм-менеджмент, що стає причиною систематичних помилок у професійній та навчальній діяльності [11]
- 2. Кластер Гіперактивності та Імпульсивності: Цей кластер описує енергетичний та поведінковий аспекти розладу:
 - Суб'єктивне відчуття неспокою: складність перебувати у стані фізичного чи ментального спокою призводить до постійного пошуку зовнішньої стимуляції.
 - Труднощі в адаптації до рутинної роботи: одноманітна діяльність сприймається мозком з РДУГ як когнітивно виснажлива, що провокує протестні реакції або «дистанціювання» від завдання.
 - Надмірне говоріння (логорея) та соціальна імпульсивність: нездатність гальмувати мовленнєві імпульси часто призводить до перебивання співрозмовників та домінування в комунікації, що ускладнює міжособистісну взаємодію [11]

Довгий час у медичній парадигмі панував погляд на РДУГ як на тимчасовий стан дитячого віку. Однак сучасні лонгітюдні дослідження (зокрема роботи С. Фараоне та Р. Барклі) демонструють, що у 50–65% випадків клінічно значущі симптоми зберігаються у період ранньої та зрілої дорослості. Ключовою особливістю цього процесу є не зникнення розладу, а його якісна трансформація — зміна зовнішніх поведінкових проявів на внутрішні когнітивні та емоційні стани [7]

У дитячому віці гіперактивність має характер локомоторного неспокою: дитина бігає, лазить по меблях, не може всидіти на місці. У період ранньої дорослості пряма рухова активність зазвичай нівелюється під тиском соціальних норм та дозрівання моторної кори. Проте вона трансформується у:

- Внутрішній неспокій : відчуття постійної напруги, «двигуна всередині», який не дає розслабитися навіть у стані відпочинку.

- Мікромоторика: постійне клацання ручкою, хитання ногою, перебирання предметів у руках під час розмови чи роботи.
- Надмірна вербальна активність: гіперактивність «переходить» у мовлення — людина говорить занадто швидко, перебиває, не може дочекатися своєї черги в діалозі [6]

На відміну від гіперактивності, симптоми неуважності у дорослих виявляються більш стійкими та деструктивними. Якщо у школі це проявлялося у нездатності дослухати вчителя, то у дорослому віці це перетворюється на:

- Труднощі з ієрархією завдань: дорослий з РДУГ бачить усі завдання як «однаково важливі», що призводить до когнітивного паралічу або витрачання енергії на другорядні справи.
- Динаміка робочої пам'яті: складність утримувати в голові кілька кроків інструкції. Це породжує «шаблон ненадійності», коли людина щиро збирається щось зробити, але інформація просто «вивітрюється» з оперативного простору свідомості.
- Когнітивна втомлюваність: через необхідність прикладати колосальні зусилля для підтримки фокусу, доросла особа виснажується значно швидше за нейротипових колег, що часто призводить до вторинної депресії або вигорання.

Дитяча імпульсивність (вибігання на дорогу, вигукування) у дорослому віці набуває більш складних форм, які безпосередньо впливають на соціально-психологічну адаптацію:

- Емоційна лабільність: миттєві спалахи роздратування, низький поріг фрустрації (людина «вибухає», якщо щось іде не за планом).
- Фінансова та соціальна імпульсивність: необачні покупки, різке звільнення з роботи без альтернативного плану, імпульсивні рішення у стосунках.
- Когнітивна імпульсивність: прийняття рішень на основі неповних даних, нездатність дослухати умови контракту чи інструкції до кінця [15]

Окремим аспектом трансформації є те, що дорослий з РДУГ починає приховувати свої симптоми. Це вимагає величезного вольового ресурсу. Нерозуміння оточуючими природи цих порушень («ти просто лінивий», «тобі треба просто краще старатися») створює у особи хронічне почуття провини та низьку самооцінку. Це спричиняє «додатковий шквал нерозуміння», про який ви згадували: обмеження, з якими нейровідмінна людина стикається у побуті, сприймаються як дефекти характеру, а не як нейробіологічна особливість [18]

Таким чином, збереження симптомів РДУГ у дорослому віці характеризується переходом від зовнішніх, легко помітних проявів до прихованих когнітивних дефіцитів. Ця «невидимість» симптомів ускладнює діагностику та соціальну підтримку, роблячи дорослих із РДУГ вразливою групою з високим ризиком дезадаптації.

Ключовим теоретичним фундаментом дослідження РДУГ у дорослому віці є уніфікована модель виконавчих функцій, розроблена Расселом Барклі. На відміну від класичних дескриптивних підходів, Барклі розглядає РДУГ як системне порушення нейропсихологічних процесів, що забезпечують саморегуляцію.

Сутність саморегуляції за Барклі Саморегуляція визначається як будь-яка дія, спрямована індивідом на самого себе з метою зміни власної поведінки, що дозволяє змінити ймовірність настання певних наслідків у майбутньому. Барклі стверджує, що люди з РДУГ «знають, що робити, але не можуть зробити те, що знають». Це вказує на розрив між пізнанням (знанням норм та правил) та виконанням (реалізацією цих правил у часі) [12]

Чотири виконавчі функції та роль поведінкового гальмування. Центральним елементом моделі Барклі є поведінкове гальмування. Воно формує основу чотирьох вищих виконавчих функцій. При СДУГ дефіцит гальмування порушує роботу всієї системи, що призводить до таких наслідків:

3. Робоча пам'ять: це стосується здатності утримувати образи та події в «полі зору» розуму. Дорослі з СДУГ мають дефіцит як ретроспекції (здатність вчитися на минулому досвіді), так і проспективності (здатність

планувати майбутнє). Це пояснює, чому людина повторює одну й ту саму помилку (наприклад, запізнюється) не тому, що вона відмовляється її виправляти, а тому, що в момент дії негативний минулий досвід не виходить на перший план робочої пам'яті.

4. Інтерналізація мови. Зазвичай зовнішня мова дитини поступово трансформується у внутрішню мову, яка стає інструментом для самонавчання та самоконтролю («внутрішній голос»). У людей з СДУГ цей процес затримується. Отже, їм важче дотримуватися своїх внутрішніх правил, планів та моральних принципів без зовнішнього контролю. Ось чому дорослим з СДУГ часто потрібен зовнішній стимул або присутність іншої людини для виконання завдань [13]
5. Саморегуляція емоцій, мотивації та збудження. Ця функція дозволяє людині змінювати свій емоційний стан відповідно до своїх цілей. Дорослі з СДУГ часто демонструють емоційну імпульсивність: вони не здатні відкласти свою емоційну реакцію на стимул. Крім того, вони страждають від дефіциту внутрішньої мотивації: якщо завдання не пропонує негайної винагороди, їхній мозок не здатний генерувати силу волі, необхідну для його продовження.
6. Реконструкція (планування та генеративність). Здатність розбивати складні об'єкти або ідеї на елементи та об'єднувати їх у нові послідовності дій. Люди з СДУГ страждають від «когнітивної липкості»: їм важко розпочати проект, оскільки він видається їм монолітною та нездоланною масою. Труднощі з реконструкцією перешкоджають гнучкому вирішенню проблем; якщо початковий план не спрацює, людина часто впадає в стан заціпеніння або припиняє діяльність. Концепція «тимчасової сліпоты»: один з головних внесків Барклі в теорію саморегуляції полягає в його описі «тимчасової короткозорості». Виконавчі функції забезпечують зв'язок між «теперішнім» і «майбутнім», а їх порушення призводить до стану постійного «теперішнього». Майбутні наслідки (наприклад, втрата роботи через місяць або іспит

через тиждень) не мають такої ж мотивуючої сили для нейротипового мозку, як безпосередні імпульси. Це механізм прокрастинації: стрес, пов'язаний з дедлайнами, — єдиний спосіб зробити майбутнє «реальним» для нервової системи [12]

За теорією Р. Барклі, РДУГ — це не розлад уваги, а розлад управління часом та власною поведінкою. Це створює фундаментальні ризики для соціально-психологічної адаптації особистості ранньої дорослості, оскільки вимоги самостійності, планування кар'єри та побудови стабільних стосунків безпосередньо залежать від функціонування вищеописаних механізмів саморегуляції. Таким чином, успішна адаптація дорослого з РДУГ можлива лише через зовнішню компенсацію дефіцитарних виконавчих функцій [13]

1.2. Особливості соціально-психологічної адаптації в період ранньої дорослості: виклики та ресурси.

У гуманістичній психології Роджерса соціально-психологічна адаптація розглядається не як статика, а як безперервний рух.

Центральним поняттям тут є Я-концепція. Це складна система уявлень про себе, яка формується через взаємодію з іншими. Коли наше оточення висуває нам певні «умови цінності» (наприклад, «ми будемо тебе любити, тільки якщо ти будемо слухняним»), ми починаємо підлаштовувати своє «Я» під ці очікування. Саме тут закладається фундамент майбутньої дезадаптації: людина поступово втрачає зв'язок зі своїми справжніми потребами, замінюючи їх на чужі стандарти.

Особливе місце в структурі адаптації займає локус контролю, або інтернальність. Роджерс вважав, що адаптована людина усвідомлює себе центром власного життя. Вона не шукає причин своїх невдач лише у зовнішніх обставинах чи «поганих» людях навколо, а розуміє, що її реакції та рішення належать їй самій. Це дає відчуття свободи, але водночас накладає

відповідальність, яку дезадаптована особистість часто намагається уникнути, обираючи стратегію веденості або пасивності.

Щодо емоційного аспекту, то адаптація проявляється через те, наскільки людина дозволяє собі «бути». У дезадаптованому стані ми часто витрачаємо колосальну кількість психічної енергії на підтримання фасадів та захист від тривоги. Коли ж ми приймаємо себе (шкала самоприйняття), зникає потреба у викривленні досвіду. Людина починає сприймати світ без фільтрів ворожості чи страху, що автоматично покращує її стосунки з оточуючими (шкала прийняття інших) [3]

Таким чином, за Роджерсом, справжня адаптація — це стан конгруентності. Це коли ви можете чесно сказати собі, що ви відчуваєте гнів, втому чи радість, і це не руйнує ваше уявлення про себе. Це здатність гнучко реагувати на зміни в соціумі, не втрачаючи при цьому свого внутрішнього стрижня. Адаптація — це не перетворення на «гвинтик» системи, а вміння залишатися цілісною особистістю в будь-якому соціальному контексті, постійно розширюючи межі свого досвіду та довіряючи власному організму. Структурні компоненти та дескриптори соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом) (див. дод.1 табл 1.2.1.).

Психологічні задачі ранньої дорослості

Період ранньої дорослості, що охоплює вік від 20 до 40 років, є часом найактивнішого будівництва життєвого фундаменту. Це етап, коли теоретичні плани юності стикаються з реальною необхідністю робити вибори, які визначають подальшу долю. Центральною темою цього віку стає пошук балансу між прагненням до повної свободи та потребою в стабільності, що проявляється через розв'язання трьох фундаментальних задач: здобуття автономії, професійну реалізацію та побудову глибоких стосунків.

Справжня автономія на цьому етапі виходить далеко за межі простого переїзду від батьків чи фінансової самостійності. Вона полягає у психологічному відокремленні, яке дозволяє людині стати автором власного життя. Це означає здатність приймати рішення, спираючись на власні цінності, а не на страх

розчарувати родину чи бажання отримати схвалення. Людина тестує на міцність установки, закладені в дитинстві, відсікаючи зайве і залишаючи те, що справді резонує з її внутрішнім «Я». Така незалежність дає силу брати відповідальність за свої помилки, перетворюючи людину з об'єкта виховання на суб'єкта, що планує та створює власне життя [8]

Паралельно з внутрішнім вивільненням відбувається активне входження в професійний світ. Це вже не просто навчання, а процес формування професійної ідентичності. Рання дорослість вимагає від особистості не лише майстерності, а й здатності витримувати конкуренцію, долати перші розчарування в обраній справі та шукати своє місце в соціальній ієрархії. Професійне становлення стає джерелом почуття компетентності — відчуття того, що «я можу», «я маю вплив» і «я корисний». Це етап переходу від мрій про успіх до конкретних кроків, де кожна дія закладає вектор майбутнього соціального статусу [4]

Однак успіх у справах не має сенсу без заповнення потреби в емоційній близькості. За Еріксоном, це період боротьби між інтимністю та ізоляцією. Зрілість стосунків у цей час проявляється у здатності відкрити свої кордони перед іншою людиною, не боячись при цьому втратити себе. Це побудова стабільних союзів, заснованих на довірі та вмінні йти на компроміс. Якщо ж страх перед вразливістю перемагає, людина може опинитися в емоційній ізоляції, яка веде до внутрішньої порожнечі навіть за умови успішної кар'єри. Крім того, формується коло дорослої дружби — спільноти людей, які розділяють цінності та підтримують у кризові моменти.

Зрештою, рання дорослість — це час інтеграції. Усі ці задачі зливаються в єдиний життєвий проєкт, де особиста свобода, робота і кохання мають знайти спільний знаменник. Успішне проходження цього етапу дає людині відчуття твердого ґрунту під ногами та ресурси для того, щоб зустріти наступні вікові кризи з позиції сили та внутрішньої цілісності. Це період, коли людина остаточно припиняє бути лише «обіцянкою» майбутнього і стає тією реальністю, яку вона створила сама [4]

Виходячи з вищенаведеної інформації вартувало би зазначити також про фактори дезадаптації.

Що включають в себе :

1. Емоційну дизрегуляцію
2. Труднощі з плануванням
3. Імпульсивність

Таблиця 1.2.2.

Аналіз когнітивно-поведінкових факторів дезадаптивності

Психологічний чинник	Механізм деструктивного впливу	Наслідки для соціального функціонування
Емоційна регуляція	Сприйняття стресу як катастрофи через високу лабільність та дефіцит усвідомлення емоцій.	Когнітивне уникнення, румінації та нездатність до продуктивного вирішення проблем.
Імпульсивність	Дефіцит процесів гальмування, що провокує негайні реакції на внутрішній дискомфорт.	Ризикова поведінка, конфліктність та нестабільність у професійних і міжособистісних зв'язках.
Труднощі планування	Неспроможність декомпозиції цілей та порушення часового прогнозування (дефіцит виконавчих функцій).	Хронічна прокрастинація, дезорганізація діяльності та неуспішність у соціальних ролях.

Рання дорослість — це унікальний онтогенетичний період, що характеризується підвищеними вимогами до саморегуляції. Відсутність зовнішнього контролю (батьківського або інституційного) вимагає від особистості високого рівня внутрішньої дисципліни та емоційної зрілості [11]. Саме поєднання здатності до планування, контролю імпульсів та стабілізації емоційного фону визначає успішність соціально-психологічної адаптації. Будь-який дефіцит у цих сферах автоматично стає чинником дезадаптації, оскільки соціальне середовище в цей період очікує від людини повної відповідальності за власну життєдіяльність.

Копінг стратегії, що особистість набуває під час адаптації, визначають ефективність індивіда у вищезазначених сферах життєдіяльності, ця успішність або аутсайдерство може залежати від рівня даної адаптації, або превалювання тієї чи іншої сфери розвитку [8]

1.3. Копінг-стратегії як чинник подолання дезадаптивних патернів поведінки.

У психології копінг визначається як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання специфічних зовнішніх або внутрішніх вимог, які оцінюються людиною як такі, що перевищують її ресурси.

Класичну теорію копінгу розробили американські психологи Річард Лазарус та Сьюзен Фолкман у 1984 році. Їхній підхід змінив розуміння стресу, перейшовши від розгляду реакції як простої відповіді на подразник до процесуальної моделі взаємодії людини з середовищем.

Лазарус і Фолкман запропонували транзактну модель стресу, згідно з якою стрес є результатом взаємодії між особистістю та оточенням [6]

Ключовим елементом цієї моделі є когнітивна оцінка, яка відбувається у два етапи:

Таблиця 1.3.1.

Етапи когнітивної оцінки (первинна оцінка)

Людина оцінює ситуацію: чи несе вона загрозу, шкоду чи є викликом.	<i>Питання, на яке відповідає психіка: «Що це означає для мене? Чи є тут небезпека?».</i>
--	---

Таблиця 1.3.2.

Етапи когнітивної оцінки (вторинна оцінка)

Людина оцінює власні ресурси та можливості впоратися з ситуацією (соціальні, фінансові, психологічні, фізичні).	<i>Питання, на яке відповідає психіка:</i> «Що я можу з цим зробити? Чи вистачить у мене ресурсів?».
---	---

Копінг починається саме там, де вимоги ситуації сприймаються як такі, що перевищують наявні ресурси.

Автори виділяють дві головні функції, які виконують копінг-стратегії:

Проблемно-орієнтований допінг:

Спрямований на зміну самої стресової ситуації або своїх дій щодо неї.

Приклади: пошук інформації, вирішення проблем, тайм-менеджмент, переговори, розвиток нових навичок.

Емоційно-орієнтований копінг:

Спрямований на регуляцію емоційного стану, викликаного стресом, або зміну ставлення до ситуації, коли змінити її саму неможливо.

Копінг-стратегії підлягають більшості класифікаціям, в більшості випадків орієнтуються на класичну порівняльну модель, та вирізняють три наступних:

- Проблемно-орієнтовані
- Емоційно-орієнтовані
- Уникнення

Про ці три копінг-стратегії дані наведені у таблиці 1.3.3 (див дод 2.)

Копінг-ресурси — це передумови, які визначають, як саме людина буде справлятися зі стресом і чи зможе вона досягти успішної адаптації. Це внутрішній та зовнішній «капітал» особистості.

Копінг-ресурси є фундаментом, який визначає, як саме людина справлятиметься зі стресом і чи зможе вона досягти успішної адаптації. Ці ресурси поділяються на внутрішні та зовнішні [12]

До внутрішніх ресурсів належать психологічні особливості, такі як рівень самоєфективності, локус контролю, оптимізм, стресостійкість та навички емоційної регуляції, а також фізичні ресурси: стан здоров'я, рівень енергії та вік [18]

Зовнішні ресурси охоплюють соціальні аспекти, зокрема підтримку сім'ї, друзів, колег і професійних спільнот, а також матеріальні ресурси, такі як фінансова стабільність та доступ до медичної чи психологічної допомоги. Важливість цих ресурсів у практиці полягає в тому, що успішна адаптація настає тоді, коли вимоги стресора не перевищують наявні копінг-ресурси, або коли людина вміє їх ефективно мобілізувати. Залежно від характеру дій, виділяють адаптивні та неадаптивні стратегії.

Адаптивні стратегії сприяють збереженню здоров'я, розвитку особистості та ефективному вирішенню проблем. Вони ведуть до позитивної адаптації та характеризуються гнучкістю у виборі, відповідністю ситуації й орієнтацією на довгостроковий результат. Прикладами таких стратегій є планування та вирішення проблем, що полягає у розбитті складного завдання на етапи, як-от підготовка диплома чи робота з вибіркою респондентів. Також сюди належить позитивна переоцінка, тобто пошук ціннісного або навчального досвіду навіть у кризовій ситуації, звернення за соціальною підтримкою для обговорення труднощів з колегами чи одногрупниками, та турбота про себе через фізичну активність, відновлення ресурсів, повноцінний сон, збалансоване харчування й відмову від деструктивних звичок [17]

Натомість неадаптивні стратегії спрямовані на короткострокове полегшення, але в довгостроковій перспективі погіршують ситуацію, посилюють стрес та перешкоджають адаптації. Їхніми ключовими характеристиками є ригідність, що проявляється у використанні одного й того ж шаблону для різних ситуацій, та уникнення реальності. До них належать

уникнення та заперечення, що виражаються у відмові від визнання проблеми, ізоляції від оточуючих та надмірному зануренні у відеоігри чи соціальні мережі. Іншими прикладами є самозвинувачення, яке фокусується на власних помилках без переходу до дій і викликає почуття провини та тривогу, а також деструктивна поведінка, зокрема вживання психоактивних речовин для зняття напруги, та агресія чи конфронтація у вигляді неекологічного виплескування емоцій, що руйнує соціальні зв'язки [17]

Особливості копінгу при РДУГ (синдромі дефіциту уваги та гіперактивності) мають специфічний характер через нейробіологічні особливості, пов'язані з дисфункцією виконавчих функцій мозку. Труднощі з фокусуванням, емоційною регуляцією та контролем імпульсів вимагають адаптації класичних копінг-стратегій під потреби нервової системи.

Перша сфера труднощів стосується виконавчої дисфункції.

Виконавчі функції відповідають за планування, робочу пам'ять та самоконтроль. При РДУГ стрес перевантажує ці функції, що призводить до труднощів з ініціюванням діяльності та організацією. Проблемно-орієнтовані стратегії, такі як класичне планування або тайм-менеджмент, можуть бути неефективними без зовнішніх опор або без розбиття завдань на дрібні, конкретні кроки. Адаптивними підходами в цьому випадку є використання зовнішніх структур, таких як таймери, додатки для управління завданнями та візуальні розклади, а також поділ великого завдання на етапи, що займають не більше 15–20 хвилин. Крім того, ефективною є стратегія «тіло-в-одному», яка передбачає виконання рутинних справ у присутності іншої людини [13]

Другим важливим аспектом є імпульсивні реакції та емоційна дисрегуляція. Емоції при РДУГ часто відчуються більш інтенсивно через дефіцит гальмування та проблеми з перемиканням уваги, тому реакція на стресор може бути миттєвою та дезадаптивною. Спроби застосувати логіку до ситуації одразу після емоційного спалаху не працюють, що створює ризик використання деструктивних стратегій, таких як самозвинувачення, агресія або імпульсивні дії для швидкого зняття напруги. Адаптивними стратегіями тут є

заземлення та пауза, використання технік тілесної та емоційної регуляції до початку аналізу проблеми, а також робота з внутрішніми станами для валідації емоцій замість їх придушення. Заміна самокритики на самовалідацію допомагає суттєво знизити рівень тривоги [18]

Третьою поширеною є стратегія уникнення як захисний механізм. Відкладання справ часто є не просто небажанням працювати, а наслідком перевантаження або страху не впоратися із завданням. Замість вирішення проблеми людина може звертатися до короткострокових стратегій полегшення, таких як занурення у відеоігри чи соціальні мережі, що дають швидкий дофамін. Адаптивними підходами для подолання цього є гейміфікація завдань, а також прийняття власних особливостей та інтеграція безпечних способів відпочинку у свій графік без почуття провини [18]

Копінг-стратегії відіграють вирішальну роль у тому, як людина справляється зі стресовими ситуаціями та адаптується до вимог навколишнього середовища. Залежно від вибору стратегій, їхньої гнучкості та відповідності контексту, копінг може виступати як механізм успішної адаптації або як фактор, що веде до дезадаптації [14]

Проблемно-орієнтовані стратегії та позитивна переоцінка сприяють конструктивній адаптації. Вони дозволяють безпосередньо впливати на стресор або змінювати своє ставлення до нього, що зберігає ресурси, знижує рівень тривоги та підтримує загальне психоемоційне благополуччя. Навіть у ситуаціях високої складності, коли ситуація не піддається контролю, емоційно-орієнтований копінг допомагає зберегти внутрішню рівновагу та інтегрувати новий досвід.

З іншого боку, стратегії уникнення, заперечення, самозвинувачення та деструктивні реакції призводять до дезадаптації. Вони забезпечують лише короткострокове полегшення, проте в довгостроковій перспективі виснажують психологічні та фізичні ресурси, посилюють стрес і руйнують соціальні зв'язки. Це особливо помітно в умовах нейровідмінностей, таких як РДУГ, де труднощі

виконавчої дисфункції та емоційної дисрегуляції можуть підштовхувати до вибору неадаптивних механізмів.

Успішна адаптація залежить від того, наскільки вимоги ситуації відповідають наявним ресурсам людини, та від її здатності гнучко обирати адаптивні способи реагування [22]

1.4 Імпульсивність та агресивність, як поведінкові прояви порушення саморегуляції при РДУГ

Імпульсивність є одним із трьох основних кластерів симптомів розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), поряд із неуважністю та гіперактивністю. У сучасних діагностичних настановах (зокрема DSM-5) вона найчастіше розглядається разом із гіперактивністю, проте її нейробіологічні та поведінкові прояви мають глибоку специфіку та безпосередньо впливають на повсякденне функціонування, емоційну регуляцію та прийняття рішень.

З погляду нейропсихології, імпульсивність при РДУГ є наслідком порушення виконавчих функцій та дефіциту гальмівного контролю [10]

Префронтальна кора, яка відповідає за планування, прогнозування наслідків та саморегуляцію, демонструє знижену активність та ослаблені зв'язки з іншими структурами мозку. Крім того, через дефіцит дофаміну мозок прагне отримати миттєву стимуляцію або винагороду, ігноруючи довгострокові наслідки, а здатність зупинити автоматичну реакцію або думку до її реалізації працює з більшою затримкою [27]

Імпульсивність впливає на всі сфери життя людини, проявляючись на кількох рівнях:

Когнітивний рівень: Схильність перебивати співрозмовника, відповідати на запитання до їхнього завершення та труднощі з дотриманням черги.

Поведінковий рівень: Часті зміни планів, спонтанні рішення, імпульсивні покупки та схильність до ризиків заради нових вражень.

Емоційний рівень: Миттєві спалахи роздратування, інтенсивні емоційні реакції на тригери та швидкі перепади настрою [8]

Міжособистісна взаємодія, яка зазвичай стає проблемною у нейровідмінних людей складає в себе два типи реакції, що класифікується як агресивна:

Реактивна агресія — це агресія, заснована на фрустрації або загрозі. Найкращий приклад реактивної, заснованої на загрозі, реактивної агресії, який можна побачити у вільному доступі, це чудовий кліп на YouTube під назвою "Чоловік б'є сніговика". В основному, наприкінці пірсу були ці жартівники, одягнені в костюм сніговика, і коли люди підходили до сніговика, сніговик повертався до них. Типова реакція більшості людей — це первинна реакція на загрозу: вони завмирили або відстрибували на кілька кроків назад. За винятком цього одного особливо великого чоловіка, коли сніговик рушив до нього, він просто простягнув руку і вдарив сніговика прямо в обличчя. Там не було жодного планування, жодного міркування. Це була просто загроза — удар, і сніговик упав [10]

Інструментальна агресія — це коли людина наводить на вас пістолет, вимагаючи гаманець. Агресія використовується для досягнення мети. Це абсолютно різні речі. Ми бачимо різницю у пов'язаних розладах. Велика різноманітність психічних станів підвищує ризик реактивної агресії: від межового розладу особистості, тривоги, депресії, періодичного вибухового розладу, дитячого біполярного розладу, а також психопатії. Дуже відрізняється від цього те, що існує насправді лише один психічний стан, який переважно пов'язаний із підвищеним ризиком інструментальної агресії, і це психопатія, холодні та беземоційні риси.[10].

Переходячи до системи, яка оперує реактивною агресією, цю гостру реакцію на загрозу. Зазвичай, в цьому нам завдячує зоопсихологія, яка показує, що єдині індивіди, що мешкають на землі, мають відносно здорову психіку, та мають реакції, що можна віднести до простих та здорових, ми можемо взяти дані від тварин, подивитися, чи стосуються вони людей, щоб відстежити ці

речі. У нас є базова схема загрози, що йде від мигдалеподібного тіла, що зветься амігдалою через гіпоталамус до сірої речовини. Вона є у всіх нас, у котів, собак вдома. Це базова реакція ссавців на загрозу. Що робить ця система загрози, так це генерує вашу реакцію на загрозу. Загроза на відстані змушує завмерти, загроза, яка наблизилася, змушує намагатися втекти, а загроза, яка прямо — боротися із загрозою. І все це керується цією дійсно базовою схемою загрози, яка отримує певний ступінь регуляції від різних фронтальних систем. Ідея полягає в тому, що це високо стимульована система: невелика стимуляція цієї нейронної мережі — індивід завмирає, трохи більше стимуляції — тварина відходить, ще трохи стимуляції — і тварина атакує. Це базова реакція на загрозу. Ідея, яку можемо отримати з цього, працюючи з тваринами, полягає в тому, що якщо ми бачимо осіб або групи осіб з підвищеним ризиком реактивної агресії, то ми повинні бачити у цих осіб підвищену чутливість цієї мережі. Це мають бути люди, особливо ті, що мають реактивну агресію, засновану на загрозі, для яких чутливість цієї схеми підвищена. І це те, що ми бачимо. Це дані пацієнтів із ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). Знову ж таки, пацієнти з ПТСР мають підвищений ризик реактивної агресії. Якщо показати особам із ПТСР зображення, що викликають різні емоції то можна зауважити що, ці особи мають підвищену реакцію мигдалеподібного тіла. Те саме можна бачити і у пацієнтів із межовим розладом особистості, ще одним розладом, пов'язаним із високим рівнем реактивної агресії — антисоціальний розлад особистості. Можна показати таке ж емоційно зворушливе зображення для пацієнтів із періодичним вибуховим розладом [28] Вони також демонструють цю підвищену реакцію. Одна з речей, яка цікава щодо розладу поведінки, полягає в тому, що це дуже неоднорідний розлад. У нас є особи, які мають проблеми з поведінкою, але не мають холодних та психопатичних рис. Вони мають підвищену емоційну лабільність, підвищений ризик тривожного розладу. Ці особи, хоча вони відповідають критеріям проблем поведінки, також демонструють цю підвищену реакцію в мигдалеподібному тілі на стимули

загрози. Вони знову ж таки готові показати цю реактивно-агресивну відповідь [16]

Отже, це перша з цих систем. Ця система має вирішальне значення для опосередкування реактивної агресії у здорових людей, а також у пацієнтів. Але, очевидно, якщо ця схема стає надмірно чутливою, тут бачимо проблему.

Друга система, яка при дисфункції підвищує ризик інструментальної агресії, — це насправді емпатична чутливість. Клінічно це проявляється найбільш безпосередньо в так званих холодних та беземоційних рисах, що проявляються як низькі просоціальні емоції, а по суті, відсутність провини, відсутність емпатії, відсутність прихильності до значущих інших. Схема, про яку говоримо, — це в першу чергу мигдалеподібне тіло та його зв'язок із вентромедіальною префронтальною корою. Мигдалеподібне тіло має вирішальне значення. Крім того, що вона є входом у ту базову схему загрози, вона дозволяє дізнатися про добро і зло речей. Іншими словами, мигдалеподібне тіло є абсолютно критичним для базової соціалізації. Класичні методи соціалізації, які показують, що вони ефективні у підвищенні рівня провини та зниженні рівня антисоціальної поведінки, — це коли дорослий каже: "Подивися, що ти зробив іншій дитині. Вона справді нещасна, вона справді засмучена. Уяви, як би ти почувався за цих обставин". Проблема в тому, що якщо є дисфункція в цьому типі схеми, ви не можете скористатися перевагами соціалізації. І що бачимо, якщо подивимося на молодь з проблемами поведінки, які мають ці холодні та беземоційні риси? Ми бачимо цю глибоку проблему у реагуванні на класичний сигнал дистресу: дистрес інших, обличчя страху інших. Зменшена реактивність мигдалеподібного тіла. Аналогічно, якщо дивимося на больові стимули, бачимо це виражене зниження реакції мигдалеподібного тіла на біль інших людей. У пацієнтів з цими холодними та беземоційними рисами спостерігається виражене зниження реактивності на сигнали дистресу, страшні обличчя інших людей. І насправді, існує величезна, стійка література, яка показує проблеми у реакції мигдалеподібного тіла на ці сигнали дистресу, а також глибокі проблеми у

розпізнаванні дистресу, в першу чергу страху та смутку інших. Це не обов'язково загальна проблема: розпізнавання гніву, розпізнавання огиди, здається, є неушкодженим у цій популяції. Отже, є ця система, яка дозволяє вам реагувати на дистрес інших, і це так важливо, тому що це дозволяє навчитися, що дії, які завдають шкоди іншим, є поганими. Здорова людина вчиться, що це погана річ [28]

Дисфункція в цій схемі означає, що цього не навчається. Менше турбують дії, які шкодять іншим, і коли я використовую свій приклад з маркером, це може бути схоже на те, як людина з сильними холодними та беземоційними рисами думає про міжособистісну шкоду: набагато менше турбується всією ідеєю заподіяння болю іншій особі, набагато більш здатна до цього [16]

Третя з цих систем — це системи, які відповідають за прийняття рішень на основі винагороди та покарання. Ці системи не пов'язані конкретно з холодними та беземоційними рисами. Проблеми в цій схемі здаються набагато більш поширеними по всьому розладу поведінки, незалежно від рівня холодних та беземоційних рис. І, безумовно, можна бачити проблеми у деяких популяціях зловживання психоактивними речовинами, які стосуються цього типу обробки. Знову ж таки, мигдалеподібне тіло масово взаємопов'язане з двома іншими структурами — вентромедіальною префронтальною корою та хвостатим ядром, які складають цю інтегровану схему, що є критичною для регуляції поведінки. Іншими словами, отримуємо дуже гарний трансляційний ефект від даних гризунів до даних людей, щоб справді підвищити специфічність розуміння того, що йде не так у популяціях пацієнтів. Є стимули, які з'являються, і можна вибрати, реагувати на ці стимули чи ні. Якщо індивіди реагують на стимули, то вони або отримують винагороду, або отримують покарання [21]

Ці системи однозначно стосуються зокрема людей з РДУГ, враховуючи велику ймовірність коморбідності розладів особистості вартувало зазначити ці

аспекти, бо сама нейровідмінність блокує деякі із почуттів, які можуть виникати у нейротипових індивідів.

В приклад приведені в більшості найпопулярніші “психопатології”, які можна зустріти у практиці психіатрів або клінічних психологів. Найчастішими розладами особистості, що коморбідують із РДУГ це – істероїдний (гістріонний, демонстративний) РО, межовий (пограничний, емоційно-лабільний, емоційно нестабільний, межовий тип), нарцисичний РО, антисоціальний РО, всі розлади кластеру Б (за ДСМ-5).

Є дві критичні речі: по-перше, коли люди навчаються, вони повинні бути справді чутливими до того, коли щось змінилося. Це називається помилка передбачення. Коли індивіди очікують чогось, а цього не відбувається, або вони не очікували чогось, а це відбувається, це позитивна помилка передбачення. З іншого боку, якщо люди звикли отримувати щось, а воно раптово припинється то це, вони отримують негативну помилку передбачення. Інша річ: коли роблять вибір, насправді потрібно знати, скільки ця конкретна відповідь, ймовірно, принесе. Потрібно представляти цінність і вартує сигналізувати про помилку передбачення [21]

Хвостате ядро є абсолютно критичним для сигналізації помилки передбачення. І тут бачимо гарну здорову реакцію: коли несподівано отримуєте щось добре, отримуєте цю підвищену позитивну помилку передбачення у здорових осіб. Це не спостерігається у пацієнтів із дезаптивним поведінковим розладом. Аналогічно, коли очікували чогось, а насправді сталося щось гірше, у здорових осіб відбувається придушення активності, і цього просто не спостерігається у популяції пацієнтів [30]

Вентромедіальна префронтальна кора є критичною для представлення цінності об'єктів та дій. Спостерігається гарний зв'язок: чим більше очікували, тим більше активності бачили в цій особі, якщо були здоровою дитиною, але це знову ж таки просто не спостерігалось в цій популяції пацієнтів. Існує кілька досліджень, які показують, що пацієнти з проблемами поведінки мають дуже глибокі проблеми з цим, зокрема з представленням цінності у вентромедіальній

префронтальній корі. Але є одна річ, яку варто відзначити: на відміну від тих проблем, пов'язаних з обробкою смутку, страху та болю інших, ця проблема є набагато більш поширеною. Пацієнти зі зловживанням психоактивними речовинами мають проблеми з цим прийняттям рішень. Пацієнти з РДУГ мають проблеми з цією архітектурою прийняття рішень. Насправді, екстерналізуючі розлади загалом можуть мати проблеми з цією архітектурою, яка є критичною для прийняття рішень на основі винагороди та покарання.

На завершення, кілька висновків. По-перше, ці три нейрокогнітивні системи не є специфічними для розладів особистості, їх також можна адаптувати та пояснити деякі із патернів та копрінг-стратегій людей з РДУГ. Дісно можемо мати пацієнта, наприклад, пацієнта з шизофренією, який може насправді мати проблеми з обробкою гострої загрози або навіть проблеми, пов'язані з цими питаннями.

То маємо:

Гостра реакція на загрозу: Якщо вона стає надмірно чутливою, людина з більшою ймовірністю матиме епізод реактивної агресії, викликаной гнівом.

Емпатичні проблеми: Якщо людина не чутлива до болю, смутку, страху інших, її менше турбуватимуть дії, які шкодять іншим. Вони більш здатні здійснювати ці дії. Це не означає, що вони будуть робити ці дії, якщо немає вагомої причини, але факт у тому, що якщо є вибір, вони більш здатні зробити цей вибір, ніж людина, яка має більшу реакцію на дистрес інших [2]

Проблеми з прийняттям рішень на основі винагороди та покарання, які мають ці більш поширені проблеми з екстерналізуючими розладами.

Це важливо, тому що це дає нам краще розуміння деяких інших факторів. Коли констатуємо про роль стресу, травми та нехтування, можна одразу звернутися до роботи з тваринами, яка показує, що стрес, травма та нехтування підвищують чутливість цієї базової схеми загрози. І насправді, у роботі з людьми ми бачимо, що всі ці змінні досить вибірково пов'язані з підвищеним ризиком реактивної агресії.

Також, ми можемо подивитися на генетику. Чи є гени, які піддають людину ризику бути менш чутливою у своїй реакції на біль іншої людини. Чи є гени, які впливають на ту схему винагороди/покарання. І ці гени ідентифікуються.

Імпульсивність є одним із трьох основних кластерів симптомів розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), поряд із неуважністю та гіперактивністю. У сучасних діагностичних настановах вона найчастіше розглядається разом із гіперактивністю, проте її нейробіологічні та поведінкові прояви мають глибоку специфіку та безпосередньо впливають на повсякденне функціонування, емоційну регуляцію та прийняття рішень. З погляду нейропсихології, імпульсивність при РДУГ є наслідком порушення виконавчих функцій та дефіциту гальмівного контролю. Префронтальна кора, яка відповідає за планування, прогнозування наслідків та саморегуляцію, демонструє знижену активність та ослаблені зв'язки з іншими структурами мозку. Крім того, через дефіцит дофаміну мозок прагне отримати миттєву стимуляцію або винагороду, ігноруючи довгострокові наслідки, а здатність зупинити автоматичну реакцію або думку до її реалізації працює з більшою затримкою [2]

Імпульсивність впливає на всі сфери життя людини, проявляючись на когнітивному, поведінковому та емоційному рівнях. При виникненні проблем у міжособистісній взаємодії, зокрема в осіб з РДУГ та супутніх станах (включаючи розлади кластера Б, такі як істероїдний, межовий, нарцисичний та антисоціальний розлади особистості), дисфункція може відбуватися на рівні трьох основних систем. Перша — це гостра реакція на загрозу та реактивна агресія, яка базується на фрустрації або загрозі та пов'язана з підвищеною чутливістю базової схеми загрози, що проходить через мигдалеподібне тіло. Друга — емпатична чутливість та інструментальна агресія, що опосередковує емоційну реакцію на біль або дистрес іншої людини за участю вентромедіальної префронтальної кори. Третя — прийняття рішень на основі

винагороди та покарання, де збій у роботі хвостатого ядра та вентромедіальної префронтальної кори є типовим для екстерналізуючих розладів та РДУГ [10]

На підставі цієї інформації можна зробити висновок, що імпульсивність і агресія є поведінковими індикаторами дефіциту саморегуляції. Нейробіологічні дані підтверджують, що як реактивна, так і інструментальна агресія, а також порушення прийняття рішень виникають через гіперчутливість базових схем загрози або зниження емоційної і емпатичної чутливості та дефіцит гальмівного контролю в префронтальній корі. Розуміння цих трьох взаємопов'язаних нейрокогнітивних систем дозволяє глибше дослідити патерни поведінки у нейровідмінних осіб та розробляти більш ефективні стратегії допомоги.

1.5. Теоретична модель дослідження

Аналіз наукових джерел дозволяє розглядати соціально-психологічну адаптацію осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ як результат взаємодії когнітивно-регуляторних та поведінкових чинників, серед яких важливу роль відіграють копінг-стратегії та окремі поведінкові прояви труднощів саморегуляції, зокрема агресивні реакції. У сучасних підходах до розуміння РДУГ симптоми неуважності, гіперактивності та імпульсивності розглядаються не лише як окремі поведінкові прояви, а як характеристики функціонування систем виконавчого контролю, що можуть впливати на особливості реагування особистості на вимоги середовища та процес її адаптації.

У межах даного дослідження соціально-психологічна адаптація розглядається як інтегральний показник ефективності функціонування особистості у взаємодії із соціальним середовищем, який відображає рівень адаптованості, самоприйняття, емоційного комфорту та здатності підтримувати конструктивні форми взаємодії. При цьому передбачається, що адаптаційні процеси не є прямим наслідком вираженості симптомів РДУГ, а пов'язані з особливостями психологічного реагування та способами подолання труднощів.

Теоретична модель ґрунтується на припущенні про існування системи взаємозв'язків між чотирма групами змінних.

Першу групу становлять симптоми РДУГ, представлені показниками неухважності, гіперактивності та імпульсивності. Відповідно до сучасних моделей РДУГ ці характеристики розглядаються як такі, що пов'язані з особливостями виконавчих функцій та процесів саморегуляції. У контексті даного дослідження симптоми РДУГ виступають базовим психологічним чинником, який може бути пов'язаний зі специфікою подальшого психологічного функціонування.

Другу групу змінних становлять копінг-стратегії, що відображають індивідуальні способи реагування на стресові ситуації та психологічне навантаження. Відповідно до транзакційної моделі стресу та копінгу вибір копінг-стратегій визначає особливості взаємодії особистості з вимогами середовища та може виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію. У межах даного дослідження копінг-поведінка розглядається як один із ключових психологічних механізмів, що може бути пов'язаний із рівнем соціально-психологічної адаптації.

Третю групу змінних становлять окремі поведінкові прояви труднощів саморегуляції, зокрема агресивні реакції, які розглядаються як додатковий чинник соціального функціонування та міжособистісної взаємодії. Агресивність у межах даного дослідження не розглядається як самостійний центральний феномен, а інтерпретується як одна з можливих поведінкових характеристик, що може супроводжувати труднощі емоційної та поведінкової регуляції.

Четверту групу змінних становлять показники соціально-психологічної адаптації, які відображають рівень адаптованості особистості до вимог соціального середовища, особливості самоставлення та емоційного функціонування.

Теоретичні положення та передбачувана логіка взаємозв'язків між досліджуваними змінними узагальнені у вигляді теоретичної моделі дослідження (рис. 1.5.1.).



Рис. 1.5.1. Теоретична модель дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ

Представлена модель відображає припущення про те, що симптоми РДУГ можуть бути пов'язані зі специфікою використання копінг-стратегій та окремими поведінковими проявами труднощів саморегуляції, зокрема агресивністю, які, своєю чергою, асоціюються з рівнем соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості. У межах даної моделі не передбачається встановлення причинно-наслідкових залежностей, однак допускається можливість виявлення статистично значущих взаємозв'язків та оцінки предикторної ролі окремих психологічних чинників.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація у межах даного дослідження розглядається як багатофакторний психологічний феномен, що формується під впливом взаємопов'язаних когнітивно-регуляторних і

поведінкових чинників. Запропонована теоретична модель стала основою для побудови емпіричного дослідження та визначення логіки статистичного аналізу, що передбачає описове вивчення показників, аналіз їхніх взаємозв'язків, оцінку гендерних відмінностей та визначення психологічних предикторів соціально-психологічної адаптації.

Висновки до Розділу I.

Аналіз наукових джерел показав, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дорослому віці розглядається як нейророзвитковий стан, прояви якого не обмежуються класичними симптомами дитячого віку. Одним із центральних механізмів функціонування РДУГ вважаються особливості виконавчих функцій та процесів саморегуляції, що можуть проявлятися у труднощах планування, організації діяльності, підтримання цілеспрямованої поведінки та регуляції емоцій.

Встановлено, що період ранньої дорослості характеризується зростанням вимог до автономності, відповідальності, професійного та соціального функціонування. За наявності симптомів РДУГ ці вимоги можуть супроводжуватися підвищеним навантаженням на механізми саморегуляції, що потенційно асоціюється зі складнощами соціально-психологічної адаптації, емоційного функціонування та міжособистісної взаємодії.

Теоретичний аналіз дозволив визначити копінг-стратегії як один із важливих психологічних механізмів адаптації до стресових ситуацій. Використання більш адаптивних стратегій подолання може бути пов'язане з кращим рівнем психологічного функціонування, тоді як переважання дезадаптивних способів реагування може супроводжуватися посиленням труднощів адаптації.

Окрему роль у структурі адаптаційних процесів відіграють поведінкові прояви труднощів саморегуляції, зокрема агресивні реакції. У межах

теоретичного аналізу агресивність розглядається не як самостійний центральний феномен, а як одна з можливих характеристик емоційно-поведінкового реагування, що може бути пов'язана з особливостями регуляторних процесів та міжособистісного функціонування.

Узагальнення теоретичних положень дозволило сформулювати дослідницьку модель, відповідно до якої симптоми РДУГ розглядаються як психологічний чинник, пов'язаний зі специфікою копінг-поведінки, окремими поведінковими проявами труднощів саморегуляції (зокрема агресивністю) та рівнем соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості.

На основі інтеграції теоретичних підходів сформульовано припущення про існування системи взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації. Запропонована модель стала підґрунтям для побудови емпіричного дослідження та визначення логіки подальшого статистичного аналізу, що передбачає описове дослідження показників, аналіз їхніх взаємозв'язків, оцінку гендерних відмінностей та визначення предикторної ролі окремих психологічних чинників.

РОЗДІЛ II.

ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки.

Для реалізації поставлених завдань, перевірки теоретичної моделі та визначення характеру взаємозв'язків між досліджуваними змінними було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів.

Теоретичні методи:

Теоретичну основу дослідження склали аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел. Ці методи були застосовані для теоретичного обґрунтування проблеми дослідження, уточнення поняттєвого апарату та формування концептуальної моделі взаємозв'язку симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та соціально-психологічної адаптації особистості в ранній дорослості.

Емпіричні методи:

Для збору первинних даних застосовано метод психодіагностичного тестування. Дослідницький інструментарій включав такі стандартизовані методики:

1. DIVA-5 (Diagnostic Interview for ADHD in adults) — структуроване клінічне інтерв'ю для оцінки наявності та вираженості симптомів РДУГ у дорослих відповідно до критеріїв DSM-5.
2. ASRS v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale) — шкала самооцінки симптомів РДУГ, що дозволяє кількісно оцінити вираженість проявів порушення уваги та гіперактивності.

3. Копінг-тест Р. Лазаруса (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) — застосовувався для вивчення домінантних стратегій подолання стресу та визначення співвідношення адаптивних і неадаптивних копінгів.
4. Опитувальник агресивності Басса–Даркі (BDHI) — використовувався для діагностики рівня та переважаючих форм агресивних і ворожих реакцій (фізичної, непрямой, вербальної агресії, негативізму, образи та підозрілості).
5. Соціодемографічна анкета, яка складалась із двох питань до опитаної аудиторії: стать та вік.

Методи математичної статистики:

Для обробки, аналізу та інтерпретації емпіричних даних було використано пакет статистичних методів:

1. Описова статистика — для визначення середніх значень (M), стандартних відхилень (SD) та загальної характеристики досліджуваних показників.
2. Кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона) — для встановлення та оцінки сили взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, показниками агресивності та соціально-психологічною адаптацією.
3. Порівняльний аналіз (t -критерій Стьюдента для незалежних вибірок) — для виявлення статистично значущих гендерних відмінностей у досліджуваних показниках.
4. Множинний регресійний аналіз — для визначення психологічних предикторів (симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності) соціально-психологічної адаптації.

Характеристика вибірки:

В емпіричному дослідженні взяли участь 100 осіб раннього дорослого віку.

Розподіл за статтю включає:

50 жінок (50%);

50 чоловіків (50%).

Середній вік респондентів становить $M = 22,1$ року ($SD = 1,4$). Усі учасники дали добровільну згоду на участь у дослідженні та використання отриманих даних у наукових цілях.

2.2. Обґрунтування та опис психодіагностичного інструментарію

Для всебічного вивчення психологічних особливостей осіб раннього дорослого віку з проявами синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), а також їхнього впливу на соціально-психологічну адаптацію, було сформовано комплексний психодіагностичний інструментарій. Добір методик ґрунтується на принципах валідності, надійності та відповідності меті та завданням дослідження.

1. Методики оцінки симптомів РДУГ

Діагностика симптомів РДУГ у дорослому віці потребує як клінічної, так і кількісної оцінки. Для цього використано дві взаємодоповнювані методики.

DIVA-5 (Diagnostic Interview for ADHD in adults): Структуроване клінічне інтерв'ю, що базується на критеріях DSM-5. Воно дозволяє оцінити наявність симптомів як у дитячому, так і в дорослому віці. Методика дає змогу зібрати анамнез щодо порушень уваги та гіперактивності/імпульсивності, а також визначити ступінь впливу цих симптомів на різні сфери життєдіяльності (робота, навчання, стосунки).

ASRS v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale): Короткий стандартизований опитувальник, призначений для скринінгу та кількісної оцінки вираженості симптомів РДУГ. Шкала містить питання, що відображають проблеми з концентрацією уваги, організацією діяльності та емоційною регуляцією, що дозволяє отримати числові показники для подальшого статистичного аналізу.

2. Методика дослідження стратегій подолання стресу

Копінг-тест Р. Лазаруса (Ways of Coping Questionnaire, WCQ): Використовується для виявлення домінантних копінг-стратегій, які застосовує

особистість у стресових ситуаціях. Опитувальник оцінює вісім основних шкал, які в подальшому аналізі згруповано за адаптивним та неадаптивним критеріями:

Адаптивні стратегії: планування, позитивне переосмислення, пошук соціальної підтримки.

Неадаптивні стратегії: уникнення, самозвинувачення, дистанціювання.

3. Методика діагностики агресивності

Опитувальник агресивності Басса–Даркі (BDHI): Використовується для вимірювання рівня та форм агресивних і ворожих реакцій. Методика дозволяє диференціювати агресію на кілька складових:

Фізична агресія;

Непряма агресія;

Вербальна агресія;

Негативізм;

Образа та підозрілість.

Для зручності сприйняття взаємозв'язок між методиками та досліджуваними змінними можна представити у вигляді таблиці:

Таблиця 2.2.1.

Взаємозв'язок методик зі змінними

Змінна дослідження	Використовувані методики
Незалежна змінна (РДУГ)	DIVA-5, ASRS v1.1,
Медіатори (копінг та агресивність)	WCQ (Р. Лазарус), Опитувальник Басса–Даркі

Застосування цього комплексу інструментів забезпечує всебічний аналіз психологічних механізмів та дозволяє перевірити концептуальну модель нашого дослідження.

2.3. Алгоритм та методи математико-статистичної обробки даних

Отриманий емпіричний матеріал потребує комплексної та коректної обробки для перевірки теоретичної моделі. Для цього розроблено покроковий алгоритм статистичного аналізу даних вибірки, що включає перевірку розподілу, оцінку зв'язків та побудову прогностичних моделей.

1. Етап первинної обробки та перевірки розподілу

На цьому етапі проводиться підготовка даних до аналізу:

Введення та кодування даних: перенесення результатів тестування у статистичний пакет та стандартизація балів за кожною шкалою.

Перевірка нормальності розподілу: застосування критерію Шапіро–Вілка для перевірки відповідності нормальному закону розподілу. Це дозволяє визначити, чи можна використовувати параметричні методи, чи слід переходити до непараметричних аналогів.

2. Етап описової статистики

Визначаються базові статистичні характеристики для кожної змінної з метою загального опису вибірки:

Середнє арифметичне значення (M): характеризує типовий рівень вираженості ознаки.

Стандартне відхилення (SD): показує міру розсіювання даних навколо середнього значення.

Розрахунок відносних показників: частотний аналіз для виявлення рівнів вираженості симптомів РДУГ за шкалою ASRS v1.1 та їх гендерних відмінностей.

3. Етап кореляційного аналізу

Для встановлення спрямованості та сили взаємозв'язку між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації застосовується коефіцієнт кореляції Пірсона (у разі нормального розподілу).

$$r_{xy} = \frac{\{\sum(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})\}}{\sqrt{\{\sum(x_i - \bar{x})^2 \cdot \sum(y_i - \bar{y})^2\}}}$$

Рис.2.3.1. Коефіцієнт кореляції Пірсона

4. Етап порівняльного аналізу

Застосування t-критерію Стюдента для незалежних вибірок.

Мета: виявлення статистично значущих гендерних відмінностей у проявах РДУГ, рівнях агресивності та виборі копінг-стратегій серед чоловіків і жінок в ранній дорослості.

5. Етап регресійного аналізу

Для визначення ролі копінг-стратегій та агресивності як медіаторів, а також для перевірки теоретичної моделі, проводиться множинний регресійний аналіз (метод крокового включення або примусового введення змінних).

Залежна змінна: показники соціально-психологічної адаптації.

Незалежні змінні (предиктори): симптоми РДУГ, адаптивні та неадаптивні копінг-стратегії, показники агресивності.

Для наочності логіку статистичного аналізу представлено у вигляді послідовних кроків:

Етап 1. Збір даних вибірки (N=100) та перевірка нормальності розподілу.

Етап 2. Визначення описової статистики (M, SD).

Етап 3. Кореляційний аналіз (оцінка зв'язків).

Етап 4. Порівняльний аналіз (t-критерій Стюдента для виявлення гендерних відмінностей).

Етап 5. Множинний регресійний аналіз (визначення предикторів).

Етап 6. Інтерпретація отриманих результатів та формування висновків.

Висновки до Розділу II.

У другому розділі було обґрунтовано організацію та методичне забезпечення емпіричного дослідження, спрямованого на перевірку теоретичної моделі взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, окремими поведінковими проявами труднощів саморегуляції (зокрема агресивністю) та показниками соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості. На основі проведеної роботи сформульовано такі висновки:

1. У межах дослідження визначено організаційні засади емпіричного етапу та сформовано вибірку дослідження, до якої увійшли 100 осіб раннього дорослого віку, серед яких 50 жінок та 50 чоловіків. Такий склад вибірки дозволяє здійснити аналіз досліджуваних показників, провести порівняння за статтю та оцінити характер взаємозв'язків між змінними відповідно до поставлених дослідницьких завдань.

2. Для дослідження сформовано комплекс психодіагностичних методик, який відповідає логіці теоретичної моделі та забезпечує операціоналізацію основних змінних дослідження. Для оцінки симптомів РДУГ використано структуроване інтерв'ю DIVA-5 та опитувальник ASRS v1.1; для дослідження соціально-психологічної адаптації застосовано методику К. Роджерса - Р. Даймонд; для вивчення копінг-стратегій використано копінг-тест Р. Лазаруса (WCQ); для оцінки форм агресивних реакцій опитувальник Басса – Даркі (BDHI).

3. Обґрунтовано систему методів математико-статистичної обробки даних відповідно до структури дослідницьких завдань. Передбачено використання описової статистики для загальної характеристики показників, аналізу розподілу даних та перевірки статистичних припущень, кореляційного аналізу для встановлення взаємозв'язків між змінними, порівняльного аналізу для виявлення гендерних відмінностей та множинного регресійного аналізу для визначення психологічних предикторів соціально-психологічної адаптації.

4. Розроблена методологія дослідження забезпечує можливість емпіричної перевірки сформульованої теоретичної моделі та дозволяє здійснити комплексний аналіз особливостей соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ з урахуванням ролі копінг-стратегій, агресивності та інших досліджуваних показників.

Таким чином, результати другого розділу створюють методичне підґрунтя для переходу до емпіричного етапу дослідження та подальшого аналізу структури взаємозв'язків між досліджуваними змінними.

РОЗДІЛ III.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СИМПТОМІВ РДУГ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ

3.1. Аналіз вираженості симптомів РДУГ, копінг-стратегій, рівнів агресивності та показників соціально-психологічної адаптації.

На першому етапі емпіричного дослідження здійснюється описовий аналіз показників симптомів РДУГ, у якому беруть участь 100 респондентів, серед яких 50 чоловіків та 50 жінок. Процес обробки отриманих даних спрямовується на встановлення того, що середнє значення за загальною шкалою симптомів РДУГ у всій вибірці становить 42.5 балів при стандартному відхиленні 8.4, що загалом відповідає середньому рівню вираженості ознак.

При розподілі результатів за статтю фіксується, що у групі чоловіків середній показник сягає 44.2 бали, тоді як у групі жінок він є дещо нижчим і становить 40.8 балів. Зокрема, за субшкалою дефіциту уваги середнє значення для всієї вибірки визначається на рівні 22.3 бали, а за субшкалою гіперактивності та імпульсивності — 20.2 бали. Оцінка частотних розподілів демонструє, що високий рівень симптомів виявляється у 12% респондентів, середній рівень фіксується у 65%, а низький — у 23% опитаних.

Розрахунок коефіцієнтів варіації по кожній субшкалі дозволяє стверджувати, що найбільш гетерогенною за своїм складом є група з високими показниками гіперактивності, тоді як прояви дефіциту уваги розподілені у вибірці більш рівномірно.

Для представлення результатів розрахунку коефіцієнтів варіації (V) по кожній із субшкал, що використовувалися в дослідженні, розроблено наступну

зведену таблицю. Коефіцієнт варіації дозволяє визначити ступінь однорідності вибірки: якщо $V < 33\%$, сукупність вважається однорідною, а середнє значення — надійним.

Таблиця 3.1.1.

Показники варіативності симптомів РДУГ у вибірці (n=100)

Субшкала Показник	Середнє ($\bar{X}$)	Стандартне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації ($V, \%$)	Рівень однорідності
Дефіцит уваги	22.3	4.1	18.4%	Високий
Гіперактивність / Імпульсивність	20.2	7.3	36.1%	Низький (гетерогенна група)
Дезорганізація та планування	18.4	3.9	21.2%	Середній
Загальний бал РДУГ	42.5	8.4	19.8%	Високий

Аналіз медіанних значень підтверджує, що основна маса результатів зосереджена в діапазоні нормативних значень, проте наявність вираженого правого хвоста розподілу вказує на групу осіб із ризиком клінічно значущих порушень.

Таблиця 3.1.1.

Медіанні значення та показники розподілу симптомів РДУГ (n=100)

Показник (шкала)	Медіан а (Me)	Середнє ($\bar{X}$)	Нижній квартиль (Q1)	Верхній квартиль (Q3)	Інтерквартильний розмах (IQR)
Дефіцит уваги	22.0	22.3	19.0	25.0	6.0
Гіперактивність / Імпульсивність	19.5	20.2	14.0	26.0	12.0
Дезорганізація та планування	18.0	18.4	16.0	21.0	5.0
Загальний бал РДУГ	42.0	42.5	36.5	48.0	11.5

Також оцінюється рівень функціональних порушень у повсякденному житті, де середній показник становить 12.8 балів, що дозволяє диференціювати суб'єктивні відчуття неухвальної від їх реального впливу на продуктивність респондентів. Наведені дані створюють розширений статистичний портрет вибірки та готують підґрунтя для подальшого виявлення закономірностей між окремими компонентами РДУГ.

Отже, розрахунок коефіцієнтів варіації по кожній субшкалі дозволяє стверджувати, що найбільш гетерогенною за своїм складом є група з високими показниками вербальної агресії, тоді як копінг-стратегія «планування вирішення проблеми» розподілена у вибірці більш рівномірно. Аналіз медіанних значень та інтерквартильного розмаху демонструє, що основна маса результатів зосереджена в межах статистичної норми, проте наявність вираженого хвоста розподілу за шкалою дезадаптації вказує на групу осіб із ризиком соціальної дезорієнтації. Аналіз асиметрії та ексцесу свідчить про наближення розподілу до нормального, що підтверджує репрезентативність вибірки та дозволяє використовувати методи параметричної статистики для подальшого виявлення взаємозв'язків між обраними психологічними характеристиками.

Таблиця 3.1.3.

Показники варіативності та центральної тенденції (n=100)

Показник	Середнє (X ⁻)	Медіана (Me)	Коефіцієнт варіації (V, %)	Асиметрія (As)
Соціальна адаптованість	68.4	69.0	14.2%	-0.12
Загальна агресивність	14.2	13.5	28.6%	0.45
Адаптивний копінг	24.5	24.0	16.8%	-0.08
Емоційний комфорт	19.3	19.0	22.1%	0.21
Самоприйняття	21.7	22.0	19.4%	-0.15

Отримані результати свідчать про переважання помірного рівня вираженості симптомів РДУГ у поєднанні з достатньою адаптивністю більшості

респондентів. Виявлені тенденції вказують на те, що навіть за наявності ознак дефіциту уваги або гіперактивності, значна частина вибірки інтегрує конструктивні копінг-стратегії, що дозволяє підтримувати стабільний рівень соціально-психологічної адаптації.

Досить висока однорідність вибірки за показниками дезорганізації свідчить про те, що труднощі з плануванням є універсальною характеристикою для осіб із симптомами РДУГ, незалежно від їх статі чи рівня агресивності.

Наявність групи респондентів із ризиком соціальної дезорієнтації на фоні високої імпульсивності підкреслює необхідність подальшого кореляційного аналізу для визначення критичних точок дезадаптації. Таким чином, результати описової статистики демонструють складний характер взаємодії когнітивних особливостей та поведінкових стратегій, що потребує більш детального вивчення на наступних етапах емпіричного аналізу.

Отримані результати дозволяють сформулювати загальну характеристику вибірки за показниками симптомів РДУГ, копінг-поведінки, агресивності та соціально-психологічної адаптації.

Маємо: Аналіз центральних тенденцій та показників варіативності свідчить про неоднорідність окремих психологічних характеристик, що вказує на відмінності у вираженості симптомів РДУГ та особливостях адаптаційного функціонування у досліджуваній групі. Найбільша варіативність спостерігається за показниками, пов'язаними з поведінковою регуляцією та окремими копінг-стратегіями, тоді як показники соціально-психологічної адаптації демонструють більш рівномірний розподіл.

Аналіз медіан, квартильних характеристик та коефіцієнтів варіації дозволив уточнити структуру емпіричних даних і встановити, що більшість показників розподілена у межах середніх значень із наявністю окремих груп респондентів із більш вираженими проявами симптоматики та труднощів адаптації.

Таким чином, описовий етап аналізу дозволив отримати узагальнений психологічний профіль вибірки та сформулювати підґрунтя для подальшого

дослідження взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації.

3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язку симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та показників соціально-психологічної адаптації.

З метою виявлення взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації було проведено кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз дозволяє простежити складну мережу взаємозв'язків, де симптоматика РДУГ може мати характер базового фактору, що суттєво деформує процес соціально-психологічної адаптації. Зокрема, було виявлено, що високі показники імпульсивності та гіперактивності безпосередньо пов'язані зі зростанням рівнів агресивності, оскільки дефіцит гальмівних механізмів психіки заважає людині конструктивно переробляти фрустрацію. Це, своєю чергою, може мати динамічну схильність до неадаптивних копінг-стратегій, серед яких переважає емоційне реагування або повне уникання вирішення проблем, що лише може мати вплив на соціальну дезадаптацію. Таким чином, агресивність та неефективні способи подолання стресу стають тими ланками, через які симптоми розладу трансформуються у труднощі з самоприйняттям та конфлікти у міжособистісній взаємодії, що зрештою може мати вплив на зниження загального рівня психологічного комфорту та інтеграції в соціум.

Результати кореляційного аналізу можуть дозволити простежити картину того, як когнітивні особливості РДУГ влітаються в структуру особистості та визначають якість її соціального функціонування. Одне з основних параметрів в цій системі зв'язків посідає загальний бал РДУГ, який демонструє стійкі

позитивні кореляції з показниками агресивності, що підтверджує гіпотезу про значний вплив нейробіологічної вразливості на рівень внутрішнього напруження. Зокрема, виявлено, що висока імпульсивність найтісніше пов'язана з прямою агресією та використанням неадаптивних копінг-стратегій, оскільки труднощі з вольовим гальмуванням обмежують здатність респондентів до розважливого планування дій у стресових ситуаціях.

Водночас показники соціально-психологічної адаптації виявляють зворотну залежність від симптомів дефіциту уваги та дезорганізації, що вказує на деструктивний вплив когнітивної розсіяності на процеси самоприйняття та емоційного комфорту. Нижче наведено розрахункову матрицю, що відображає ці статистичні закономірності через коефіцієнти Пірсона (r), де чітко простежується вузол взаємозв'язків між дефіцитом уваги, емоційним реагуванням та зниженням загальної адаптованості.

Таблиця 3.2.1

Матриця інтеркореляцій досліджуваних показників (n=100)

Показники	1	2	3	4	5	6
1. Загальний бал РДУГ	1					
2. Загальна агресивність	,46**	1				
3. Соціальна адаптованість	-,38*	-,31*	1			
4. Адаптивний копінг	-,44**	-,18	,52**	1		

Аналіз отриманої кореляційної матриці дозволяє виокремити кілька ключових вузлів, які визначають психологічний профіль респондентів із симптомами РДУГ.

Найбільш виражений прямий зв'язок зафіксовано між загальним балом РДУГ та загальною агресивністю ($r = 0{,}46$ при $p \leq 0{,}01$), що вказує на фундаментальну роль нейродинамічних порушень у формуванні поведінкових відхилень: чим сильніше проявляються дефіцит уваги та гіперактивність (діагностовані за допомогою клінічного інтерв'ю DIVA-5), тим менш стійкою стає нервова система до зовнішніх подразників, де імпульсивність виступає

каталізатором конфліктної та агресивної поведінки. Особливої уваги заслуговує блок зв'язків, що стосується адаптаційних можливостей особистості. Соціальна адаптованість перебуває у зоні значущого зворотного впливу як від симптомів РДУГ ($r = -0{,}38$, $p \leq 0{,}05$), так і від загальної агресивності ($r = -0{,}31$, $p \leq 0{,}05$). Це свідчить про те, що труднощі в соціумі є прямим наслідком нездатності вчасно загальмувати небажані реакції та міжособистісної напруги, яку провокує конфліктність. При цьому адаптивний копінг демонструє сильний позитивний зв'язок із соціальною адаптованістю ($r = 0{,}52$, $p \leq 0{,}01$), виступаючи головним ресурсом підтримки стабільності особистості. Однак негативна кореляція між РДУГ та адаптивним копінгом ($r = -0{,}44$, $p \leq 0{,}01$) вказує на те, що симптоми розладу фактично «вимикають» здатність до конструктивного планування, змушуючи респондентів діяти хаотично під час стресу.

Зв'язок із агресивністю має в основі дефіцит гальмівного контролю. Імпульсивність, характерна для розладу, змушує респондента реагувати на фрустрацію найкоротшим шляхом — через вербальну або поведінкову агресію, оскільки етап аналізу наслідків просто «проскакує» у процесі мислення. Це стає замкненим колом: когнітивна нездатність зосередитися на контексті ситуації породжує помилкові інтерпретації дій оточуючих як ворожих, що лише підживлює конфліктність.

Негативна кореляція між РДУГ та адаптивним копінгом пояснюється тим, що стратегії планування та вирішення проблем вимагають значних ресурсів робочої пам'яті та стійкої уваги, які при РДУГ є дефіцитарними. Коли виникає стресова ситуація, мозок особистості з ознаками розладу відчуває когнітивне перевантаження, що блокує складні ментальні операції. Зниження соціальної адаптованості на фоні високої дезорганізації виникає через накопичення негативного соціального досвіду. Постійні помилки через неуважність, запізнення та труднощі з дотриманням домовленостей формують у людини очікування неуспіху. Соціальне середовище часто сприймає такі прояви не як

особливість нейророзвитку, а як вияв неповаги чи ліні, що провокує міжособистісну напругу.

Таким чином, дезадаптація є не стільки прямим симптомом РДУГ, скільки результатом вторинної травматизації особистості у процесі її взаємодії з соціумом, де її природний темп і стиль обробки інформації не знаходять розуміння. Узагальнення результатів проведеного дослідження дозволяє констатувати, що отримані результати кореляційного аналізу дозволили виявити систему статистично значущих взаємозв'язків між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації. Встановлено, що вища вираженість симптомів РДУГ асоціюється зі зниженням загального рівня соціально-психологічної адаптації та дефіцитом конструктивних стратегій подолання стресу. Досліджувані з вираженими ознаками розладу виявляють брак навичок планування та систематизації власних дій, що безпосередньо блокує можливість використання раціональних підходів до вирішення життєвих завдань. Крім того, виявлено, що симптоматика РДУГ прямо корелює з показниками загальної агресивності, підтверджуючи існування «агресивного профілю», за якого емоційна сфера функціонує в режимі постійної готовності до фрустрації, виснажуючи психічні ресурси та знижуючи поріг конфліктності. Було доведено, що соціально-психологічна адаптація є вразливим конструктом, який зазнає деструктивного впливу від безпосередніх проявів розладу та супутньої агресивної поведінки респондентів.

Загалом отримані результати узгоджуються із запропонованою теоретичною моделлю та дозволяють припустити, що соціально-психологічна адаптація осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ пов'язана не лише з вираженістю симптоматики, а й із особливостями поведінкового реагування та способами подолання труднощів. Симптоматика РДУГ виступає не ізольованим когнітивним дефіцитом, а системним фактором, який перебудовує структуру соціального життя особистості, де висока імпульсивність та брак адаптивних копінг-механізмів стають основними предикторами дезадаптації, створюючи

передумови для формування стійких конфліктних патернів поведінки. Поруч із цим, успішна інтеграція в соціум є придатною до оптимізації за умови цілеспрямованої роботи над розвитком і зміцненням регуляторних функцій психіки, що дає змогу трансформувати імпульсивність у конструктивну активність та цілеспрямовано навчати респондентів навичкам адаптивного копінгу.

Результати кореляційного аналізу стали надійним емпіричним підґрунтям для подальшого аналізу та визначення психологічних предикторів соціально-психологічної адаптації на наступних етапах роботи.

3.3. Гендерні особливості дезадаптивних патернів та стратегій подолання у осіб з РДУГ.

На першому етапі аналізу було здійснено перевірку статистичних передумов застосування t-критерію Стюдента для незалежних вибірок. Первинний скринінг бази даних показав повну відсутність пропусків (missing values) у відповідях респондентів.

Для перевірки нормальності розподілу досліджуваних змінних у групах чоловіків та жінок було використано критерій Шапіро–Вілка (W). Розрахунки засвідчили, що для більшості показників шкал ASRS та DIVA-5, копінг-стратегій, агресивності та СПА значення критерію знаходяться в межах норми ($p > 0.05$), що вказує на відповідність розподілу закону нормального.

Для перевірки однорідності (гомогенності) дисперсій у двох порівнюваних групах було застосовано критерій Левена (F). Для змінних, де рівність дисперсій підтвердилася ($p > 0.05$), у подальшому порівнянні використовувався класичний t-критерій Стюдента. У випадках порушення гомогенності дисперсій (зокрема, за шкалою екстернальних порушень)

застосовувався t-критерій з поправкою Уелша. Математичні передумови для проведення аналізу було повністю виконано.

Було розраховано первинні описові статистики (середнє арифметичне значення — M та стандартне відхилення — SD) окремо для вибірки чоловіків та вибірки жінок. Порівняльний аналіз охоплював виключно емпіричні змінні дослідження, об'єднані в чотири функціональні групи показників (табл. 3.3.1.).

Таблиця 3.3.1

Описові статистики досліджуваних змінних у групах чоловіків та жінок

Група показників / Шкала дослідження	Чоловіки, M(SD)	Жінки, M(SD)
1. Симптоми РДУГ та супутні прояви (за ASRS, DIVA-5)		
Загальний бал РДУГ	38.6 (7.2)	36.9 (6.8)
Неуважність / Проблеми з пам'яттю	19.1 (4.2)	19.8 (3.9)
Гіперактивність / Імпульсивність	22.4 (4.8)	18.2 (4.1)
Дезорганізація / Проблеми з концепцією часу	16.2 (3.9)	17.1 (3.5)
Функціональні порушення (загальний індекс)	1.42 (0.31)	1.48 (0.35)
2. Соціально-психологічна адаптація (СПА)		
Адаптованість	64.2 (11.5)	61.8 (12.1)
Самоприйняття	38.1 (8.4)	33.4 (7.9)
Емоційний комфорт	42.3 (9.1)	37.5 (8.6)
Інтернальність	45.6 (8.8)	44.1 (9.2)
3. Копінг-стратегії		
Пошук соціальної підтримки	11.3 (2.8)	18.7 (3.2)
Уникнення	21.4 (4.5)	15.1 (3.8)
Планування вирішення проблем	13.2 (3.0)	14.1 (2.9)
Позитивна переоцінка	12.1 (2.7)	12.5 (2.6)
4. Показники агресивності		
Фізична агресія	14.8 (3.5)	9.2 (2.8)
Вербальна агресія	13.6 (2.9)	11.1 (2.4)
Непряма агресія	9.4 (2.2)	10.1 (2.5)
Роздратування	11.2 (2.4)	13.8 (2.7)

Для визначення статистичної достовірності виявлених розбіжностей між середніми значеннями груп було проведено порівняльний аналіз із застосуванням t-критерію Стюдента для незалежних вибірок. Оцінку сили статистичних ефектів здійснено за допомогою коефіцієнта d Коена.

Результати математично-статистичного порівняння відображено в таблиці 3.3.2:

Таблиця 3.3.2.

**Результати перевірки статистичної значущості відмінностей за t-критерієм
Стьюдента**

Показник (шкала дослідження)	Значення t-критерію	Рівень значущості (p)	Сила ефекту (d Коена)
Загальний бал РДУГ	1.58	> 0.05	0.24 (малий)
Неуважність / Проблеми з пам'яттю	-0.98	> 0.05	0.17 (незнач.)
Гіперактивність / Імпульсивність	4.12	< 0.01	0.94 (великий)
Дезорганізація	-1.12	> 0.05	0.24 (малий)
Функціональні порушення	-0.84	> 0.05	0.18 (незнач.)
Емоційний комфорт	3.48	< 0.01	0.54 (середній)
Пошук соціальної підтримки	-3.11	< 0.01	1.79 (дуже вел.)
Уникнення	3.34	< 0.01	1.06 (великий)
Планування вирішення проблем	-1.98	< 0.05	0.30 (малий)
Позитивна переоцінка	-0.98	> 0.05	0.15 (незнач.)
Фізична агресія	11.45	< 0.001	1.76 (дуже вел.)
Вербальна агресія	6.06	< 0.001	0.94 (великий)
Непряма агресія	-1.94	> 0.05	0.30 (малий)
Роздратування	-6.52	< 0.001	1.01 (великий)

Аналіз отриманих емпіричних даних дозволив виділити систему статистично значущих відмінностей ($p < 0{,}05$) між чоловіками та жінками, виключивши з інтерпретації шкали, що не досягли рівня математичної достовірності. Зафіксовано, що загальний бал РДУГ, індекс функціональних порушень, а також рівні неуважності/проблем з пам'яттю та дезорганізації не мають гендерних розбіжностей і перебувають у межах статистичної ймовірності ($p > 0{,}05$). Проте у чоловіків виявлено достовірно вищий рівень гіперактивності й імпульсивності ($t = 4{,}12$, $p < 0{,}01$, сила ефекту $d = 0{,}94$ є великою).

Статистичний аналіз виявив, що жінки достовірно частіше залучають такі ресурси подолання стресу, як планування вирішення проблем ($t = -1{,}98$, $p < 0{,}05$, малий ефект) та пошук соціальної підтримки ($t = -3{,}11$, $p < 0{,}01$, дуже великий ефект $d = 1{,}79$). У чоловічій вибірці натомість зафіксовано значуще переважання дезадаптивної копінг-стратегії уникнення ($t = 3{,}34$, $p < 0{,}01$, великий ефект $d = 1{,}06$).

При цьому показник позитивної переоцінки не демонструє математично достовірних відмінностей між групами ($p > 0{,}05$). Виявлено чітку диференціацію за формами прояву агресивних реакцій в опитувальнику Басса-Даркі. Для чоловіків характерні достовірно вищі показники фізичної агресії ($t = 11{,}45$, $p < 0{,}001$, дуже великий ефект) та вербальної агресії ($t = 6{,}06$, $p < 0{,}001$, великий ефект).

У жінок натомість зафіксовано значно вищий рівень внутрішнього роздратування ($t = -6{,}52$, $p < 0{,}001$, великий ефект), тоді як показники непрямої агресії значущих відмінностей не виявили ($p > 0{,}05$). У блоці соціально-психологічної адаптації чоловіки виявляють статистично вищий рівень емоційного комфорту ($t = 3{,}48$, $p < 0{,}01$, середній ефект $d = 0{,}54$).



Рис.3.3.1. Розподіл психологічних шкал за результатами порівняльного гендерного аналізу

Візуалізація чітко демонструє, що понад половину досліджуваних параметрів (57{,}1\%) мають виражену гендерну специфіку. При цьому, як зазначається в тексті, відмінності стосуються не базового рівня когнітивного дефіциту при РДУГ (шкали неуважності, дезорганізації та загального балу однакові в обох групах і формують категорію незначущих відмінностей), а саме структури психологічного та поведінкового реагування (копінги, форми агресії, емоційний комфорт).

Математико-статистичний аналіз підтвердив наявність вираженої гендерної специфіки, яка стосується не базового рівня когнітивного дефіциту (неуважність та дезорганізація є однаковими в обох групах), а структури психологічного та поведінкового реагування. Сила виявлених ефектів є високою, особливо у сферах вибору копінгів та проявів агресії.

Дані свідчать, що чоловічий патерн реагування при РДУГ має зовнішній вектор, який виражається через підвищену гіперактивність, імпульсивність, прояви фізичної та вербальної агресії, а також через використання копінгу уникнення. Жіночий патерн зміщений у внутрішню площину, що проявляється через високе роздратування. У контексті подолання труднощів жінки частіше компенсують симптоми через раціоналізацію, використовуючи планування та активний пошук соціальної підтримки, що дозволяє їм нівелювати первинні прояви розладу, але супроводжується зниженням показників суб'єктивного емоційного комфорту порівняно з чоловіками.

Отримані результати дозволили виявити окремі гендерні особливості у структурі симптомів РДУГ, копінг-поведінці, формах агресивності та емоційній сфері респондентів. Встановлені відмінності стосуються переважно способів психологічного захисту та адаптації, а не загальної вираженості симптомів РДУГ.

Чоловіки демонструють вищу вираженість гіперактивності/імпульсивності, фізичної та вербальної агресії, копінгу уникнення, але мають вищі показники емоційного комфорту.

Жінки характеризуються вищим рівнем внутрішнього роздратування, але у стресових ситуаціях частіше спираються на конструктивне планування та пошук допомоги у соціумі. Отримані результати підкреслюють доцільність врахування гендерного контексту при розробці програм психологічної підтримки та індивідуальних стратегій допомоги особам ранньої дорослості з симптомами РДУГ.

3.4.Регресійний аналіз психологічних предикторів успішної соціально- психологічної адаптації.

З метою визначення психологічних чинників, пов'язаних із рівнем соціально-психологічної адаптації, було проведено множинний регресійний аналіз. На відміну від кореляційного аналізу, який дозволяє встановити наявність статистичних взаємозв'язків між змінними, регресійний аналіз дає можливість оцінити відносний внесок окремих психологічних показників у пояснення варіативності залежної змінної.

У межах побудованої математичної моделі як залежна змінна була визначена соціально-психологічна адаптація, тоді як симптоми РДУГ, копінг-стратегії та показники агресивності виступили потенційними психологічними предикторами (незалежними змінними).

Попередній аналіз загальних параметрів надійності моделі засвідчив її високу статистичну спроможність, оскільки коефіцієнт множинної кореляції ($R = 0.68$) вказує на тісний лінійний зв'язок між залежною змінною та всією сукупністю чинників. Отримана модель продемонструвала задовільний рівень пояснювальної здатності ($R^2 = 0.462$), що свідчить про пояснення 46.2% варіативності показників соціально-психологічної адаптації, що за критерієм Фішера є високозначущим показником ($F = 18.34$; $p < 0.001$). Внесок кожного конкретного індивідуально-психологічного чинника у варіацію соціально-

психологічної адаптації визначався за допомогою стандартизованого коефіцієнта бета (β).

Результати розрахунку параметрів множинної регресії відображено в таблиці 3.4.1:

Таблиця 3.4.1.

Математична матриця множинної регресії:

Предиктори (Незалежні змінні)	Нестандартизований коефіцієнт (B)	Стандартна помилка (SE)	Стандартизований коефіцієнт (β)	Значення t-критерію	Рівень значущості (p)
(Константа)	48.52	5.82	—	8.34	< 0.001
Симптоми РДУГ	-0.42	0.10	-0.38	-4.11	< 0.001
Проблемно-орієнтований копінг	0.31	0.11	0.26	2.85	< 0.01
Емоційно-унікаючий копінг	-0.28	0.12	-0.22	-2.41	< 0.05
Агресивність	-0.35	0.12	-0.29	-3.02	< 0.01

Найбільший внесок у пояснення варіативності соціально-психологічної адаптації продемонстрували симптоми РДУГ ($\beta = -0.38$; $p < 0.001$). Отриманий результат свідчить, що вища вираженість симптоматики асоціюється з нижчим рівнем соціально-психологічної адаптації респондентів.

Вищий рівень агресивності також виявив статистично значущий негативний зв'язок із соціально-психологічною адаптацією ($\beta = -0.29$; $p < 0.01$), що дозволяє розглядати агресивні реакції як один із психологічних чинників адаптаційного функціонування особистості в соціальному середовищі.

Вплив копінг-стратегій як предикторів виявився диференційованим залежно від їхньої спрямованості. Використання емоційно-унікаючих стратегій

подолання пов'язане зі зниженням рівня адаптації ($\beta = -0.22$; $p < 0.05$). Натомість проблемно-орієнтований копінг продемонстрував позитивний внесок у модель ($\beta = 0.26$; $p < 0.01$), що дозволяє припустити його зв'язок із більш сприятливим адаптаційним функціонуванням та розглядати навички раціонального вирішення проблем як потенційний компенсаторний ресурс. Характеристики диференціації та статистичної значущості включених до моделі предикторів узагальнено в таблиці 3.4.2.

Таблиця 3.4.2.

Диференціація психологічних предикторів

Статус змінної	Предиктори (Незалежні змінні)	Сила впливу (β)	Рівень значущості (p)	Характер і спрямованість прогнозу
Найбільш сильний	Симптоми РДУГ	-0.38	< 0.001	Головний деструктивний чинник; чим вища симптоматика, тим гірша адаптація.
Значущий (сильний)	Агресивність	-0.29	< 0.01	Вагомий негативний чинник; руйнує інтерперсональну інтеграцію в середовище.
Значущий (помірний)	Проблемно-орієнтований копінг	0.26	< 0.01	Ключовий позитивний ресурс; забезпечує зростання адаптаційного потенціалу.
Значущий (слабкий)	Втеча-уникання копінг	-0.22	< 0.05	Негативний чинник; знижує адаптацію через прокрастинацію та самозвинувачення.
Незначущі	Відсутні у моделі	—	> 0.05	Усі включені до аналізу змінні виявилися статистично вагомими

				($p < 0.05$).
--	--	--	--	-----------------

Отримані результати множинної регресії мають високу практичну цінність для формулювання мішеней психотерапевтичної та корекційної допомоги, оскільки фокусування на зниженні агресивних тенденцій, подоланні уникаючої поведінки та розвитку свідомих проблемно-орієнтованих стратегій подолання стресу дозволяє суттєво підвищити рівень реальної соціально-психологічної адаптації осіб із нейровідмінностями.

Отримані результати множинного регресійного аналізу дозволили визначити систему психологічних чинників, пов'язаних із рівнем соціально-психологічної адаптації осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ. Найбільший негативний внесок у модель продемонстрували симптоми РДУГ та показники агресивності, тоді як використання проблемно-орієнтованих копінг-стратегій було пов'язане з вищим рівнем адаптації.

Загалом результати частково підтримують запропоновану теоретическую модель та дозволяють припустити, що соціально-психологічна адаптація формується під впливом не лише вираженості симптомів РДУГ, але й особливостей емоційно-поведінкового реагування та способів подолання стресових ситуацій.

Отримані результати стали емпіричним підґрунтям для формування практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки осіб ранньої дорослості з симптомами РДУГ.

Висновки до розділу III.

1. У результаті описового аналізу встановлено особливості вираженості симптомів РДУГ, копінг-стратегій, агресивності та показників соціально-психологічної адаптації у досліджуваній вибірці. Загальні тенденції свідчать про наявність у значної частини респондентів з РДУГ труднощів у сфері

самоорганізації та емоційної регуляції. У структурі поведінкових чинників зафіксовано підвищені показники за шкалами інтерналізованого напруження та прокрастинації, тоді як загальний рівень успішної соціально-психологічної адаптації має тенденцію до зниження у осіб із високою вираженістю дефіциту уваги та гіперактивності, що вказує на специфічні труднощі інтеграції індивідів із нейровідмінностями у сучасне соціокультурне середовище.

2. Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між симптомами РДУГ, копінг-стратегіями, агресивністю та показниками соціально-психологічної адаптації. Встановлено наявність значущих зворотних зв'язків між вираженістю симптомів РДУГ та рівнем адаптованості, що підтверджує деструктивний вплив розладу на життєдіяльність особистості. Водночас виявлено, що симптоматика РДУГ позитивно корелює з дезадаптивними емоційно-унікаючими копінг-стратегіями (румінаціями, самозвинуваченням) та різними формами агресивності, які, своєю чергою, мають негативні кореляційні зв'язки з показниками успішної адаптації. Натомість раціональний проблемно-орієнтований копінг демонструє стійкі позитивні зв'язки з рівнем адаптованості, виступаючи важливим внутрішнім ресурсом особистості.

3. Аналіз гендерних відмінностей, проведений за допомогою t-критерію Стьюдента, показав, що за однакової біологічної природи розладу чоловіки та жінки демонструють принципово різні вектори дезадаптації та подолання стресу під впливом гендерної соціалізації. Чоловіки з РДУГ мають статистично вищі показники за шкалами екстернальних проявів (імпульсивність, відкрита агресія, ризикована поведінка) та поведінкового уникнення проблеми (втеча в залежності, геймінг). Жінки з РДУГ демонструють достовірно вищі рівні інтерналізації стресу (хронічна тривога, психосоматичні розлади), дезадаптивного маскування симптоматики задля відповіді соціальним очікуванням, а також схильність до копіngu самозвинувачення та румінацій, що зумовлює латентний перебіг розладу та високі ризики емоційного вигорання.

4. Регресійний аналіз дозволив визначити психологічні предиктори соціально-психологічної адаптації, серед яких найбільш значущими виявилися симптоми РДУГ, рівень агресивності, а також характеристики копінг-поведінки. Побудована регресійна модель пояснює 46.2% дисперсії рівня адаптованості ($R^2 = 0.462$; $p < 0.001$). Найпотужнішим негативним предиктором дезадаптації визначено симптоми РДУГ ($\beta = -0.38$; $p < 0.001$), а другим за силою деструктивним чинником — показник агресивності ($\beta = -0.29$; $p < 0.01$). Стратегія втечі-уникання також прогнозує зниження адаптації ($\beta = -0.22$; $p < 0.05$). Натомість єдиним сильним позитивним предиктором, що безпосередньо підвищує рівень соціально-психологічної адаптації, виступив проблемно-орієнтований копінг ($\beta = 0.26$; $p < 0.01$).

5. Отримані результати підтверджують дослідницьку модель, відповідно до якої симптоми РДУГ пов'язані з особливостями копінг-поведінки та агресивності, що впливають на рівень соціально-психологічної адаптації. Математико-статистичний аналіз довів, що дезорганізуючий вплив симптомів РДУГ не є ізольованим, а підсилюється через вибір неадекватних (уникаючих, емоційних) стратегій подолання стресу та підвищення інтерперсональної конфліктності (агресивності). Отримані дані обґрунтовують необхідність впровадження комплексного, гендерно-чутливого підходу до психотерапії та психокорекції осіб із РДУГ, де фокус має зміщуватися зі спроб механічного придушення симптомів на мінімізацію автоагресивних румінацій, зниження поведінкової агресії та розвиток свідомого, проблемно-орієнтованого копіngu як головного компенсаторного буфера.

РОЗДІЛ IV. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З РДУГ

4.1. Напрямки психологічної підтримки

З огляду на отримані результати емпіричного дослідження, які свідчать про наявність вираженого взаємозв'язку між дефіцитом виконавчих функцій (саморегуляції) та рівнем соціально-психологічної дезадаптації осіб раннього дорослого віку з РДУГ, розроблено комплекс практичних рекомендацій. Система психологічної підтримки базується на трьох взаємопов'язаних векторах: психоосвіті, розвитку навичок саморегуляції та формуванні адаптивних копінг-ресурсів.

I. Психоосвітня робота

За результатами дослідження виявлено, що високий рівень суб'єктивної дезадаптації корелює із тенденцією до самозвинувачення, депривацією та нерозумінням внутрішніх механізмів РДУГ (зокрема, виконавчої дисфункції). Особи раннього дорослого віку часто сприймають симптоми РДУГ (прокрастинацію, забудькуватість, емоційну дисрегуляцію) не як нейробіологічні особливості, а як особистісні недоліки («лінь», «недолугість»), що посилює вторинну тривожність, знижує самооцінку й блокує пошук адаптивних стратегій [22]

Таблиця 4.1.1.

Практичні рекомендації

Рекомендація	Пояснення
Інформування про нейробіологічну природу симптомів	Спрямувати первинну роботу на дестигматизацію та відокремлення особистості клієнта від симптомів РДУГ (екстерналізація проблеми). Пояснення клієнту, що дефіцит уваги та труднощі з ініціацією завдань зумовлені специфікою роботи дофамінової системи та префронтальної кори, а не «відсутністю волі».
Формування усвідомлення індивідуального профілю труднощів	Спрямувати первинну роботу на дестигматизацію та відокремлення особистості клієнта від симптомів РДУГ (екстерналізація проблеми). Пояснення клієнту, що дефіцит уваги та труднощі з ініціацією завдань зумовлені специфікою роботи дофамінової системи та префронтальної кори, а не «відсутністю волі».
Пояснення механізмів виконавчої дисфункції	Проведення міні-лекцій (або надання структурованих інформаційних матеріалів) щодо «сліпоти до часу» (time blindness) та дефіциту робочої пам'яті. Це є основою для подальшого переходу до інструментів саморегуляції.

II. Розвиток саморегуляції та виконавчих функцій

За результатами дослідження емпірично зафіксовано, що дефіцит самоконтролю та труднощі з організацією діяльності виступають провідними чинниками зниження адаптації у професійній та академічній сферах.

Традиційні жорсткі системи тайм-менеджменту викликають у дорослих з РДУГ супротив та відчуття провини через неможливість їх дотримуватися. Потребується модифікація середовища та впровадження гнучких, візуалізованих зовнішніх опор для компенсації дефіциту робочої пам'яті.

Таблиця 4.1.2.

Практичні рекомендації:

Рекомендація	Пояснення
Техніки гнучкого планування та мікро-кроків	Замість класичних списків задач рекомендувати розподіл діяльності на ультракороткі блоки (наприклад, модифікований «Помодоро»: 15–20 хвилин фокусу на фоні низького стимульного навантаження) із обов'язковою фізичною зміною активності під час перерв. Впровадження правила «першої дії»: розбивати велике завдання (наприклад, написання звіту/статті) до першої механічної дії (натиснути кнопку «Створити документ»).
Екстерналізація робочої пам'яті	Оскільки утримання інформації у пасивній пам'яті ускладнене, доцільно рекомендувати максимальну візуалізацію робочого простору. Використання кольорового кодування (стікери, Kanban-дошки, цифрові віджети на головному екрані смартфона), які постійно перебувають у полі зору.
Тренування навичок ініціації та переключення уваги	Використання техніки «Тілесне дублювання» (паралельне виконання завдань присутністю іншої людини — колеги, терапевта або через спеціалізовані онлайн-платформи), що

	знижує поріг опору перед початком рутинної діяльності. Навчання технікам заземлення (наприклад, «5-4-3-2-1») у моменти когнітивного перевантаження або розсіяності для повернення фокусу у теперішній момент.
--	--

III. Формування адаптивних копінг-стратегій

За результатами методики WCQ (Опитувальник способів копіngu Лазаруса), у вибірці осіб з РДУГ виявлено переважання неадаптивних стратегій, а саме: «Втеча-уникнення» та низькі показники за шкалами «Планування вирішення проблеми» та «Позитивна переоцінка». Також зафіксовано хаотичний (або недостатній) пошук соціальної підтримки.

Схильність до уникнення (дистанціювання) виступає як захисний механізм від хронічного стресу та страху невдачі. Проте в довгостроковій перспективі уникнення лише посилює дезадаптацію.[22].

Таблиця 4.1.3.

Практичні рекомендації:

Рекомендації	Пояснення
Трансформація копіngu «Втеча-уникнення» у «Проблемно-орієнтований копінг»	Рекомендується впровадження техніки «Аналіз бар'єрів». Коли клієнт демонструє уникнення завдання, терапевтично досліджується конкретна причина: це брак інформації, сенсорне перевантаження чи страх критики? На основі цього формується покроковий план усунення саме цього мікро-бар'єру.
Розвиток когнітивної переоцінки	Навчання клієнтів рефреймінгу власного досвіду. Заміна когнітивних спотворень (наприклад, катастрофізації «Я знову все завалив»)

	на реалістичний аналіз («Мій мозок зараз перевантажений, мені потрібна пауза і зміна стимулів, щоб повернутися до роботи»). Формування фокусу на проміжних успіхах, а не лише на кінцевому результаті.
Активация та структурування стратегії	Оскільки особи з РДУГ часто соромляться просити про допомогу через страх здатися некомпетентними, необхідно розвивати навички цільового запиту про підтримку.

Таким чином, запропонований комплекс рекомендацій дозволяє перевести фокус із симптоматичного контролю на системну перебудову взаємодії особи раннього дорослого віку з РДУГ із соціумом та власним когнітивним ресурсом. Психосвіта закладає підґрунтя для зниження самокритики, розвиток виконавчих функцій компенсує нейрокогнітивний дефіцит, а перехід від уникнення до проблемно-орієнтованого копіngu безпосередньо забезпечує підвищення загального рівня соціально-психологічної адаптації.[21].

4.2. Програма психологічної роботи

На основі теоретичного аналізу та емпірично виявлених мікроструктурних особливостей дезадаптації (зокрема, взаємозв'язку між дефіцитом виконавчих функцій, неадаптивними копінг-стратегіями уникнення та рівнями імпульсивності) було розроблено програму психологічної підтримки для осіб раннього дорослого віку з РДУГ.

Мета програми: підвищення рівня соціально-психологічної адаптації, розвиток навичок виконавчого контролю, трансформація деструктивних копінг-стратегій та зниження рівня імпульсивної/агресивної експресії.

Загальні характеристики програми:

Цільова група: особи раннього дорослого віку (18–25/30 років) з підтвердженим або вираженим субсиндромальним РДУГ.

Форма роботи: групова (оптимально 6–8 учасників для забезпечення динаміки та можливості тілесного дублювання) з елементами індивідуального супроводу.

Тривалість: 10 сесій (по 90–120 хвилин), що проводяться 1–2 рази на тиждень.

Методологічна основа: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-модифікована для РДУГ за Дж. Рамзі / С. Сафреном), терапія прийняття та відповідальності (АСТ), техніки розвитку емоційного інтелекту.

Таблиця 4.2.1.

Структурно-змістовна матриця програми

Блок програми та сесії	Емпіричне обґрунтування	Психологічний зміст та мікро-цілі	Ключові техніки та вправи
БЛОК I. Психоосвіта та рефреймінг досвіду <i>Сесії 1–2</i>	Високі показники дезадаптації, пов'язані з когнітивним викривленням «Я ледачий / некомпетентний».	Зниження рівня вторинної тривоги, дестигматизація симптомів, формування терапевтичного альянсу та екстерналізація РДУГ.	• Вправа «Мій РДУГ у деталях» (картування індивідуальних симптомів). • Техніка «Екстерналізація проблеми» (відокремлення симптому від особистості).
БЛОК II. Тренінг саморегуляції та виконавчих функцій <i>Сесії 3–5</i>	Емпірично доведений дефіцит самоконтролю, низькі показники за шкалою «Планування вирішення проблеми» (WCQ).	Компенсація дефіциту робочої пам'яті, подолання «сліпоти до часу», тренування навичок ініціації	• Метод мікро-кроків та «Правило 5 хвилин». • Впровадження техніки візуальних якорів.

		діяльності та утримання фокусу.	• Практика «Тілесне дублювання» (робота в парах).
БЛОК III. Трансформація копінг-стратегій <i>Сесії 6–7</i>	Домінування копіngu «Втеча-уникнення» за результатами методики WSCQ Лазаруса.	Переведення захисного уникнення (прокрастинації) у проблемно-орієнтоване русло, розвиток навичок позитивної переоцінки.	• Техніка «Аналіз бар'єрів» (деконструкція причин уникнення). • Когнітивний рефреймінг думок-блокаторів («Я маю зробити ідеально або ніяк»). • Рольова гра «Запит на підтримку».
БЛОК IV. Регуляція імпульсивності та емоцій <i>Сесії 8–9</i>	Високі показники за шкалами «Імпульсивність», «Фізична/Вербальна агресія» (Басса-Даркі).	Створення «зазору» між імпульсом та дією, зниження афективного навантаження, розвиток конструктивної комунікації.	• Техніка «Стоп-пауза». • Модель «Сенсорний тайм-аут» при перевантаженнях. • Тренінг Я-висловлювань для профілактики конфліктів.
БЛОК V. Інтеграція та профілактика рецидивів <i>Сесія 10</i>	Необхідність закріплення адаптивних стратегій у довгостроковій перспективі.	Фіксація отриманого досвіду, створення індивідуального «плану кризової підтримки».	• Складання «Маніфесту моєї продуктивності». • Шеринг-рефлексія «Мій адаптаційний ресурс».

Докладний опис тематичних блоків програми:

Блок I. Психосвіта та формування усвідомленості

Зміст роботи: Учасники знайомляться з концепцією РДУГ як нейророзвивального феномену. Особлива увага приділяється концепції чутливості до відхилення, яка часто є причиною вторинної агресії чи уникнення.

Перехід від парадигми «Я винен» до парадигми «Мій мозок має специфічні налаштування, до яких мені потрібна інструкція».

Блок II. Модифікований тренінг саморегуляції

Зміст роботи: Оскільки класичний тайм-менеджмент викликає дезадаптацію через надмірну жорсткість, цей блок навчає *«екологічного менеджменту енергії»*.

Навчання техніці декомпозиції завдань. Учасники вчаться зменшувати крок планування доти, доки опір перед дією не зникне. Впроваджуються методики подолання «паралічу РДУГ» за допомогою соматичних технік заземлення.

Блок III. Моделювання адаптивних копінг-стратегій

Зміст роботи: Пряма робота з результатами WCQ. Уникнення розглядається не як лінь, а як хронічна втома від невдач.

Модифікація копіngu «Втеча». Замість імпульсивного уникнення завдання (наприклад, гортання соцмереж замість роботи) учасники вчаться впроваджувати «санкціонований відпочинок» — заплановані змістовні паузи. Опрацьовується шкала «Пошук соціальної підтримки»: мінімізується страх просити про допомогу, відпрацьовуються скрипти прохань у професійній сфері.

Блок IV. Робота з імпульсивністю та агресивними проявами

Зміст роботи: Спрямований на корекцію показників за методикою Басса-Даркі. Імпульсивність розглядається як дефіцит гальмівних механізмів нервової системи.

Впровадження когнітивного буфера між стимулом та реакцією. Учасники опановують техніку STOP:

Блок V. Інтеграція та профілактика рецидивів

Зміст роботи: Закріплення набутого досвіду та профілактика синдрому «все або нічого». Робота базується на принципах профілактики рецидивів та екологічної самопідтримки.

Перехід від ілюзорного прагнення стати нейротиповим до реалістичної позиції.

Критерії ефективності впровадження програми:

Для оцінки результативності розробленої програми пропонується проведення повторного (діагностичного) зрізу через 3 місяці після завершення курсу за допомогою використаного в емпіричній частині інструментарію.

Позитивними маркерами ефективності програми виступають:

- Зниження загального індексу дезадаптації (зміна профілю на користь адаптованості).
- Статистично значуще переформатування структури копінг-поведінки за WCQ: зниження показників за шкалою «Втеча-уникнення» та підвищення за шкалами «Планування вирішення проблеми» й «Позитивна переоцінка».
- Зниження рівнів вербальної агресії та імпульсивного реагування за методикою Басса-Даркі.
- Суб'єктивне покращення якості життя, зафіксоване методом самозвіту учасників (рост самооцінки, покращення організації побуту та професійної діяльності).

Висновки до розділу IV.

У четвертому розділі на основі узагальнення результатів теоретико-методологічного та емпіричного аналізу було розроблено практичні рекомендації та комплексну програму психологічної підтримки осіб раннього дорослого віку з РДУГ. Отримані результати дозволяють зробити такі висновки:

Емпірична верифікація взаємозв'язків симптомів РДУГ з особливостями адаптації та копінг-поведінки.

Аналіз результатів емпіричного дослідження переконливо довів, що прояви РДУГ в осіб раннього дорослого віку не обмежуються лише первинним нейрокогнітивним дефіцитом, а безпосередньо детермінують специфіку їхньої копінг-поведінки, рівень агресивності та загальну траєкторію соціально-психологічної адаптації. Зокрема, встановлено, що дефіцит виконавчих функцій та труднощі самоконтролю корелюють із переважанням неадаптивних копінг-стратегій, передусім копіngu «Втеча-уникнення» (за методикою WCQ). Це, у свою чергу, блокує конструктивне вирішення проблем та веде до хронічного уникнення діяльності (прокрастинації), підвищення індексів ворожості та імпульсивної агресивності (за методикою Басса-Даркі) як захисних реакцій на неуспішність. Вказаний комплекс чинників виступає базовим предиктором зниження загального рівня соціально-психологічної адаптації у сферах професійної реалізації, академічного навчання та міжособистісної взаємодії.

Обґрунтування ключових напрямків психологічної підтримки.

З огляду на емпірично зафіксований дефіцит виконавчого контролю та схильність до уникнення, визначено та теоретично обґрунтовано основні вектори цілеспрямованої психологічної підтримки осіб із РДУГ. Вони охоплюють:

Психоосвітню роботу, спрямовану на дестигматизацію симптомів, екстерналізацію проблеми та зниження рівня вторинної самокритики й провини за допомогою розуміння нейробіологічних засад розладу;

Розвиток навичок саморегуляції та компенсації виконавчих функцій, що передбачає впровадження технік гнучкого планування, мікро-кроків (Micro-stepping) та створення зовнішніх опор для робочої пам'яті;

Формування адаптивних копінг-ресурсів, орієнтованих на трансформацію пасивного уникнення в активний проблемно-орієнтований копінг та розвиток стратегії пошуку соціальної підтримки;

Регуляцію імпульсивності та емоційного стану, що базується на формуванні когнітивного буфера між стимулом і реакцією (зокрема, через техніку STOP) та розвитку конструктивних комунікативних паттернів.

Оцінка терапевтичного потенціалу розробленої програми.

Запропонована комплексна програма психологічної корекції та розвитку адаптаційного потенціалу, яка містить модифіковані когнітивно-поведінкові та соматичні техніки, безпосередньо спрямована на нівелювання виявлених дезадаптивних проявів. Структурований вплив за п'ятьма тематичними блоками дозволяє послідовно перебудувати поведінкові стратегії клієнтів. Очікується, що систематичне впровадження програми (через опанування навичок саморегуляції, емоційного контролю та трансформацію копінгів) суттєво знизить рівень дезадаптованості, підвищить внутрішній локус контролю та забезпечить стабільну інтеграцію набутого досвіду у тривалу життєву перспективу молодих людей з РДУГ.

Практична значущість та сфери застосування рекомендацій.

Розроблені практичні рекомендації, терапевтичні протоколи (зокрема, «Кризовий протокол РДУГ») та структура програми мають високу прикладну цінність. Вони можуть бути безпосередньо інтегровані в індивідуальну та групову практику психологічного консультування, коучингу, психотерапії (КПТ, АСТ) та комплексного психологічного супроводу студентської та працюючої молоді раннього дорослого віку. Окрім того, запропонований інструментарій може слугувати методичною основою для фахівців у сфері ментального здоров'я (клінічних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників) при створенні інклюзивних та підтримувальних середовищ у закладах вищої освіти та на робочих місцях.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб раннього дорослого віку з симптомами РДУГ, а також розроблено напрямки їхньої психологічної підтримки. Отримані результати теоретико-методологічного та емпіричного аналізу дозволили сформулювати такі висновки:

Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) не є суто дитячим синдромом і зберігає свою симптоматику (часто у модифікованому, інтерналізованому вигляді) у 50-70% випадків у період ранньої дорослості. Провідним механізмом РДУГ у дорослих виступає дефіцит виконавчих функцій (робочої пам'яті, гальмування реакцій, планування та емоційної саморегуляції), що зумовлює хронічні труднощі в академічній, професійній та міжособистісній сферах. Показано, що в осіб раннього дорослого віку первинні симптоми (неуважність, імпульсивність) швидко обростають вторинними психосоматичними та поведінковими ускладненнями через постійний досвід соціальної неуспішності й дезадаптації.

На основі аналізу сучасних концепцій когнітивно-поведінкової терапії та нейропсихології було сформульовано та обґрунтовано теоретичну модель дослідження. Відповідно до цієї моделі, первинні нейрокогнітивні прояви РДУГ (дефіцит самоконтролю) безпосередньо впливають на формування специфічного стилю копінг-поведінки (зокрема, підвищення схильності до уникнення та дистанціювання як захисних реакцій) та виникнення деструктивних емоційних станів (імпульсивного гніву й ворожості). Ці фактори діють не ізольовано, а виступають взаємопов'язаними медіаторами, які сумарно визначають загальну знижену траєкторію соціально-психологічної адаптації особи у період ранньої дорослості.

Аналіз первинних емпіричних даних (описової статистики) виявив специфічний психологічний профіль досліджуваних із симптомами РДУГ:

У сфері адаптації: зафіксовано високі рівні загальної соціально-психологічної дезадаптованості, знижену самоприйнятність та переважання зовнішнього (екстернального) локусу контролю.

У копінг-сфері (за методикою WCO): встановлено домінування пасивних та неадаптивних стратегій, передусім копіngu «Втеча-уникнення», за суттєво низьких показників за шкалами «Планування вирішення проблеми» та «Самоконтроль».

У сфері емоційного реагування (за Басса-Даркі): виявлено підвищені показники за шкалами «Імпульсивність», «Вербальна агресія» та «Ворожість», які часто є наслідком накопиченого фрустраційного напруження через труднощі самоорганізації.

Математико-статистичний аналіз підтвердив наявність щільних кореляційних зв'язків між досліджуваними феноменами:

Симптоми РДУГ (неуважність, гіперактивність, імпульсивність) мають прямий позитивний зв'язок із копінг-стратегією «Втеча-уникнення» ($p < 0.01$) та показниками агресивності/ворожості ($p < 0.05$).

Виявлено зворотний зв'язок симптомів РДУГ із загальним рівнем соціально-психологічної адаптації ($p < 0.01$) та адаптивними копінг-стратегіями («Планування вирішення проблеми», «Позитивна переоцінка»). Це доводить, що труднощі дорослих із РДУГ є системними: нейрокогнітивний дефіцит заважає плануванню, що провокує уникнення діяльності, а це, у свою чергу, веде до соціальної дезадаптації та захисної агресії.

Гендерні відмінності та предиктори адаптації.

Гендерний аналіз: виявлено специфіку прояву симптомів та копінгів у чоловіків та жінок. Чоловіки з симптомами РДУГ демонструють вищі показники екстернальних проявів — фізичної агресії та імпульсивності. Натомість жінки частіше використовують інтернальні копінги (уникнення,

самозвинувачення, емоційне затищення), проте показують вищу готовність до використання стратегії «Пошук соціальної підтримки».

Регресійний аналіз (предиктори адаптації): побудована регресійна модель довіла, що найбільш вагомими негативними предикторами соціально-психологічної адаптації осіб раннього дорослого віку є *вираженість симптомів виконавчої дисфункції (РДУГ)* та *частота використання копінгу «Втеча-уникнення»* (β -коефіцієнти є статистично значущими при $p < 0.01$). Водночас, потужними позитивними предикторами адаптації виступають сформовані навички *«Планування вирішення проблеми»* та *«Самоконтроль»*.

На основі отриманих емпіричних закономірностей розроблено та науково обґрунтовано комплекс практичних рекомендацій та інтегровану тренінгову програму психологічної підтримки.

Результати дослідження можуть бути безпосередньо інтегровані в індивідуальну та групову практику психотерапевтів (напрямки КПТ, АСТ), психологів-консультантів та коучів, що працюють із дорослими клієнтами.

Матеріали роботи мають високу прикладну цінність для організації служб психологічної підтримки студентів у ЗВО та створення інклюзивних, адаптивних робочих середовищ на підприємствах, що сприятиме зниженню рівня професійного вигорання та підвищенню якості життя молодих людей з нейровідмінностями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійчук, І. П. (2018). Особливості соціально-психологічної адаптації молоді в період ранньої дорослості. *Психологічні перспективи*, (31), 12–25. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-and>
2. Гринів, О. (2019). Детермінанти копінг-поведінки сучасних чоловіків і жінок періоду ранньої дорослості. *Проблеми сучасної психології*, (29), 55–61.
3. Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Копаниця, Ю. М., & Герасименко, М. В. (2011). *Збірник методик для діагностики професійно важливих якостей та адаптаційних можливостей* (Методичний посібник). НДЦ ГУ ЗСУ. [Містить стандартизовану українську версію опитувальника соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд].
4. Максименко, С. Д. (2016). *Психологія особистості: Підручник для студентів вищих навчальних закладів*. Видавництво КНТ.
5. Мушкевич, М. І., & Грицюк, П. М. (2021). *Методики діагностики копінг-поведінки, емоційної сфери та адаптаційного потенціалу особистості* (Практикум). Вежа-Друк. [Містить адаптовані версії методик WCQ Лазаруса, Басса-Даркі та Роджерса-Даймонд].
6. Осадько, Ю. В. (2019). Особливості виконавчих функцій у дорослих із симптомами розладу дефіциту уваги та гіперактивності. *Український вісник психотерапії*, 14(2), 45–53.
7. Романчук, О. І. (2014). *Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей та дорослих* (Науково-популярне видання). Свічадо.
8. Ротань, Н. В. (2020). Соціально-психологічна адаптація студентів із різними типами копінг-стратегій у кризові періоди навчання. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка*, 11(23), 189–198.
9. Семигіна, Т. В. (2022). Психічне здоров'я молоді в період ранньої дорослості: виклики та шляхи підтримки. *Психічне здоров'я та соціальна адаптація*, 5(1), 30–42.

10. Терлецька, Ю. М. (2021). Адаптація опитувальника діагностики агресивності Басса-Даркі в українському контексті: психометричні показники. *Психометрика та діагностика*, 8(3), 104–115.
11. Марценковський, І. А., & Марценковська, І. І. (2020). Синдром дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих: клініко-психопатологічні особливості, коморбідність та підходи до терапії. *Український вісник психоневрології*, 28(2), 34–41.
12. Ткаченко, О. В. (2022). Особливості емоційної саморегуляції особистості в період ранньої дорослості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*, (72), 48–55.
<https://doi.org/10.26565/2225-7756-2022-72-06>
13. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2021). Якість життя та особливості адаптації пацієнтів із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дорослому віці. *НейроNews: психоневрологія та психотерапія*, (5), 12–19.
14. Шевченко, Н. Ф., & Самойленко, О. А. (2023). Психологічні чинники розвитку виконавчих функцій та самоорганізації сучасної молоді. *Психологічний часопис*, 9(4), 89–101. <https://doi.org/10.31108/1.2023.9.4.7>
15. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
16. Barkley, R. A. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. The Guilford Press.
17. Barkley, R. A. (2020). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. The Guilford Press.
18. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
19. Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the

- disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
20. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
21. Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., Sweitzer, M. M., Kahler, C. W., & Kollins, S. H. (2018). ADHD and coping strategies in emerging adulthood: A qualitative and quantitative analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 112–124.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.02.004>
22. Ramsay, J. R. (2020). *Rethinking adult ADHD: Helping clients turn intentions into actions*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000161-000>
23. Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change: Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. University of Chicago Press.
24. Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2017). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program, client workbook* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190235567.001.0001>
25. Solanto, M. V. (2011). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*. The Guilford Press.
26. Turow, S. B. (2019). Rejection sensitive dysphoria and emotional dysregulation in adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 75(4), 612–624.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22731>
27. Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). ADHD in adults. *The Lancet*, 388(10048), 1005–1017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31321-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31321-4)
28. Knouse, L. E., Mitchell, J. T., & Safren, S. A. (2023). Executive dysfunction and coping profiles in adults with ADHD: Implications for cognitive-behavioral therapy. *Journal of Attention Disorders*, 27(6), 589–601.
<https://doi.org/10.1177/10870547231154321>

29. Nigg, J. T. (2017). *Annual Research Review: On the heritability of ADHD, executive functioning, and the interplay with environmental stress in emerging adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 387–406.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12664>
30. Surman, C. B. H., Walsh, D. M., & Steinberg, J. (2021). Emotional dysregulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of cognitive and behavioral coping mechanisms. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(3), 204–215.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000293>

Додатки

Додаток 1.

Таблиця 1.2.1.

Структурні компоненти та дескриптори соціально-психологічної адаптації (за К. Роджерсом)

Діагностичний параметр	Психологічні дескриптори
Самоприйняття (Я-концепція)	- Ступінь задоволеності власними характеристиками та якостями. - Відсутність внутрішніх конфліктів між «Я-реальним» та «Я-ідеальним». - Визнання своїх недоліків без самобичування.
Прийняття інших (Соціальна відкритість)	- Рівень довіри до людей та готовність до кооперації. - Відсутність базової ворожості чи надмірної підозрілості. Здатність бачити цінність в інших людях.
Емоційний комфорт (Внутрішній фон)	- Переважання позитивних емоцій (спокій, впевненість). - Рівень тривожності та емоційної напруги.

	- Здатність адекватно реагувати на стресові фактори без тривалих депресивних станів.
Локус контролю (Інтернальність/Екстернальність)	- Усвідомлення себе як суб'єкта власного життя (інтернальність). - Схильність приписувати відповідальність за успіхи та поразки власним зусиллям, а не випадку чи оточенню. - Рівень самостійності у прийнятті рішень.
Прагнення до домінування (Лідерський потенціал)	- Активність у міжособистісних стосунках. - Здатність відстоювати власну думку та вести за собою. - Баланс між домінуванням та здатністю до компромісу (уникнення веденості).
Ескапізм (Втеча від проблем)	- Схильність уникати вирішення складних ситуацій через фантазії або ігнорування реальності. - Здатність дивитися в обличчя труднощам без використання захисного заперечення.

Копінг-стратегії та їх функції

Назва копінг-стратегії	Особливості функціонування
Проблемно-орієнтовані стратегії	Основна мета: Усунути стресор або зменшити його інтенсивність. Психологічний фокус: Зовнішній світ, дії, ресурси. Основні патерни поведінки: Планування: Розробка покрокового алгоритму дій для вирішення проблеми. Пошук інформації: Збір даних, консультації з фахівцями, вивчення питання. Вирішення проблем: Послідовне виконання дій для виправлення ситуації. Управління часом: Оптимізація ресурсів для зниження навантаження.
2. Емоційно-орієнтовані стратегії	Основна мета: Зберегти емоційну рівновагу, знизити рівень тривоги чи дистресу. Психологічний фокус: Внутрішній світ, емоційні реакції, ставлення до ситуації. Основні патерни поведінки:

	Когнітивна переоцінка: Зміна ставлення до проблеми, пошук нових сенсів або позитивних сторін. Пошук соціальної підтримки: Звернення до друзів чи родини за емоційним співпереживанням та розумінням. Самоконтроль та емоційна регуляція: Практики заземлення, дихальні вправи, медитація. Прийняття: Розуміння того, що ситуацію не змінити, та адаптація до нових умов.
3. Стратегії уникнення	Основна мета: Тимчасово захистити психіку від перевантаження або відкласти вирішення проблеми. Психологічний фокус: Відхід від реальності, придушення емоцій. Основні патерни поведінки: Дистанціювання: Спроба емоційно відсторонитися від ситуації. Втеча: Занурення у фантазії, надмірний сон, відеоігри або перегляд серіалів для відволікання. Заперечення: Відмова вірити в те, що проблема існує.