

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ВОЛИНСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра загальної та клінічної психології

На правах рукопису

РЕДЬКО ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ
ГІПЕРАКТИВНОГО РОЗЛАДУ З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ У ДОРΟΣЛОМУ
ВІСІ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття другого (магістерського) рівня

Науковий керівник:
ШЕВЧУК ОЛЬГА ПЕТРІВНА,
кандидат психологічних наук, доцент
кафедри загальної та клінічної
психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 202__ р
Завідувач кафедри
_____ О.В Журавльова

ЛУЦЬК 2025

АНОТАЦІЯ

Редько Тетяна Олександрівна. Психологічні особливості прояву симптомокомплексу гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дорослому віці. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійна програма Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025р.

Магістерська робота присвячена дослідженню психологічних особливостей прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дорослому віці та його впливу на когнітивні, емоційні й особистісні характеристики дорослої людини. Емпіричне дослідження проведено на вибірці з 60 дорослих віком від 20 до 40 років, серед яких 28 чоловіків та 32 жінки. Для реалізації мети застосовано комплекс психодіагностичних методик, зокрема ASRS v1.1, тест Бурдона–Анфімова, шкалу імпульсивності BIS-11, шкалу тривожності STAI та методику Дембо–Рубінштейн.

Отримані результати показали, що 30 % респондентів мають високий рівень проявів СДУГ, 40 % – середній і 30 % – низький. Середній загальний бал за шкалою ASRS становив $42,3 \pm 12,8$, при цьому в групі з високим рівнем симптоматики він досягав 58,4 бала, а в групі з низьким – 28,6 бала. У тесті Бурдона–Анфімова учасники з високими проявами СДУГ продемонстрували значно нижчу концентрацію уваги: у середньому 240 ± 15 правильно опрацьованих символів проти 320 ± 18 у респондентів з низьким рівнем симптомів, а також більшу кількість помилок (12,8 проти 5,1 відповідно). За шкалою імпульсивності BIS-11 респонденти з високим рівнем СДУГ отримали середній показник 76 ± 8 балів, що суттєво перевищує результати групи з низьким рівнем (54 ± 6 балів). Особливо вираженою виявилася імпульсивність у плануванні (27,7 бала проти 20,3 бала у низької групи).

Показники емоційного стану також демонструють значні відмінності: рівень особистісної тривожності у дорослих із високим рівнем СДУГ становив

47±5 балів порівняно з 32±4 балами у групі з низькою симптоматикою, а ситуативна тривожність – 43,8±6,1 проти 30,5±5,4 відповідно. У сфері самооцінки встановлено, що респонденти з високими проявами СДУГ характеризуються заниженим показником (52±6 балів), тоді як у групі з низьким рівнем симптомів самооцінка залишалася адекватною (77,9±5,2 бала).

Кореляційний аналіз засвідчив системний взаємозв'язок між основними психологічними змінними: прояви СДУГ негативно корелюють із концентрацією уваги ($r = -0,68$; $p < 0,001$) та рівнем самооцінки ($r = -0,48$; $p < 0,01$), а також позитивно корелюють із імпульсивністю ($r = 0,55$; $p < 0,001$) та тривожністю ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Отримані дані свідчать про те, що СДУГ у дорослому віці має комплексний вплив на когнітивне функціонування, емоційну стабільність та особистісний розвиток.

На основі результатів визначено ефективні напрями психологічної підтримки дорослих із СДУГ, серед яких ключовими є когнітивно-поведінкова терапія, психоедукація, розвиток навичок тайм-менеджменту, емоційної саморегуляції та контроль імпульсивності. Практичне значення роботи полягає у можливості використання її результатів у діяльності психологів, психотерапевтів і консультантів, що працюють із дорослими, які мають прояви СДУГ.

Ключові слова: СДУГ, дорослі, увага, імпульсивність, тривожність, самооцінка, психологічна підтримка.

ANNOTATION

Redko Tetiana Oleksandrivna. Psychological Features of the Manifestation of the Symptom Complex of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood. – Manuscript.

Master's Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in the specialty 053 Psychology, Educational and Professional Program "Clinical Psychology." – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The master's thesis investigates the psychological characteristics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults and examines its impact on cognitive, emotional and personal functioning. The empirical study was carried out on a sample of 60 adults aged 20 to 40, including 28 men and 32 women. A comprehensive set of psychodiagnostic instruments was used, including the ASRS v1.1, the Bourdon–Anfimov attention test, the BIS-11 Impulsivity Scale, the STAI Anxiety Scale and the Dembo–Rubinstein Self-Esteem Method.

The findings revealed that 30% of the participants demonstrated a high level of ADHD symptoms, 40% a medium level and 30% a low level. The mean ASRS score was 42.3 ± 12.8 , with the high-symptom group averaging 58.4 points and the low-symptom group 28.6 points. Performance on the Bourdon–Anfimov test showed significant attention deficits: participants with high ADHD indicators processed an average of 240 ± 15 symbols correctly, compared to 320 ± 18 among the low-symptom group, and demonstrated a higher error rate (12.8 versus 5.1). The BIS-11 results also confirmed pronounced impulsivity, with high-ADHD participants scoring 76 ± 8 points compared to 54 ± 6 points in the low-ADHD group, particularly in planning impulsivity (27.7 versus 20.3 points).

Emotional indicators further distinguished the groups: trait anxiety reached 47 ± 5 points in the high-symptom group compared to 32 ± 4 in the low-symptom group, while state anxiety scores amounted to 43.8 ± 6.1 versus 30.5 ± 5.4 respectively. Self-esteem levels showed a similar trend: adults with high ADHD manifestations

reported lowered self-esteem (52 ± 6 points), whereas participants with low symptom expression demonstrated adequate levels (77.9 ± 5.2 points).

Correlation analysis confirmed a systemic relationship between ADHD symptoms and key psychological indicators. ADHD severity negatively correlated with attention performance ($r = -0.68$; $p < 0.001$) and self-esteem ($r = -0.48$; $p < 0.01$), and positively with impulsivity ($r = 0.55$; $p < 0.001$) and anxiety ($r = 0.62$; $p < 0.001$). These findings indicate that adult ADHD has a multifaceted influence on cognitive effectiveness, emotional stability and personal functioning.

Based on these results, effective psychological support strategies were identified, including cognitive-behavioral therapy, psychoeducation, time-management skill development, emotional self-regulation training and impulsivity control. The practical relevance of this research lies in its applicability for psychologists, psychotherapists and consultants working with adults exhibiting ADHD symptoms.

Keywords: *ADHD, adults, attention, impulsivity, anxiety, self-esteem, psychological support.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1.....	7
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ ГІПЕРАКТИВНОГО РОЗЛАДУ.....	7
З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ У ДОРΟΣЛИХ.....	7
1.1. Психологічна характеристика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю як феномену.....	7
1.2. Особливості прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці.....	11
1.3. Вплив синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю на соціальну адаптацію та професійну діяльність дорослих.....	16
Висновки до 1 розділу.....	20
РОЗДІЛ 2.....	21
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СДУГ У ДОРΟΣЛИХ.....	21
2.1. Організація та методи дослідження.....	21
2.2. Аналіз отриманих результатів.....	28
2.3. Інтерпретація результатів та їх значення.....	38
Висновки до 2 розділу.....	43
РОЗДІЛ 3.....	44
ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ПІДТРИМКИ ДОРΟΣЛИХ ІЗ СДУГ.....	44
3.1. Когнітивно-поведінкова терапія та її ефективність у роботі з дорослими із СДУГ.....	44
3.2. Психоедукація та роль психотерапевтичної підтримки.....	47
3.3. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги дорослим із СДУГ.....	52
Висновки до 3 розділу.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (СДУГ, або ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) упродовж тривалого часу розглядався виключно як дитячий розлад, що пов'язаний із труднощами концентрації уваги, підвищеною імпульсивністю та гіперактивністю. Проте численні клінічні та психологічні дослідження останніх десятиліть переконливо довели, що симптоматика СДУГ може зберігатися і в дорослому віці, зумовлюючи значні труднощі у професійній діяльності, міжособистісних стосунках та соціальній адаптації.

За даними міжнародних епідеміологічних досліджень, поширеність СДУГ серед дорослого населення коливається від 2 до 6 %. При цьому близько половини дітей із діагностованим СДУГ зберігають симптоматику у підлітковому та дорослому віці. Така динаміка свідчить про необхідність у поглибленому аналізі проявів даного розладу серед дорослих і пошуку ефективних психологічних стратегій допомоги.

Особливість СДУГ у дорослих полягає у зміні характеру симптомів. Якщо у дитячому віці вони проявляються у вигляді гіперактивної поведінки, постійної рухливості, то у дорослому віці переважають інші аспекти: проблеми з організацією часу, труднощі у виконанні складних завдань, неуважність, схильність до імпульсивних рішень, підвищена відволікливість. Це може призводити до хронічної неуспішності, формування низької самооцінки, зниження мотивації, а інколи – до депресивних та тривожних станів.

У зарубіжній науці проблемі дорослого СДУГ приділяли значну увагу Р. Барклі [27], Т. Браун [31; 32], П. Вендлер [49], Т. Віленс [51], Дж. Рамсей та А. Ростейн [41], які вивчали клінічні прояви, нейропсихологічні механізми та методи корекції розладу. Значний внесок у розуміння природи синдрому зробили також С. Фараоне [34], Дж. Бідерман [30], Дж. Куй [38] та інші дослідники [36; 48; 52]. У психологічній літературі аналізуються як біологічні [33; 47], так і соціально-психологічні чинники формування СДУГ [39; 45],

підкреслюється роль виконавчих функцій мозку [28; 29; 31], а також вплив порушень саморегуляції на життєдіяльність дорослої людини [27; 42].

В українському науковому просторі ця проблема ще недостатньо вивчена. Більшість досліджень зосереджені на дитячому віці, тоді як дорослий СДУГ часто залишається поза увагою, що утруднює надання кваліфікованої психологічної допомоги. Таким чином постає потреба у розвитку комплексного підходу, який охоплюватиме як діагностику, так і психокорекційні інтервенції, орієнтовані на дорослих пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження здійснено у межах загальної проблематики сучасної клінічної психології та практичної психотерапії, зосередженої на вивченні механізмів адаптації особистості в умовах психічних розладів та розробці ефективних форм психологічної підтримки.

Об'єкт дослідження – симптомокомплекс, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дорослому віці.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву симптомокомплексу СДУГ у дорослих.

Мета дослідження – виявити психологічні особливості прояву симптомокомплексу СДУГ у дорослому віці та визначити ефективні шляхи психологічної підтримки дорослих із цим розладом.

Завдання дослідження:

1. Розкрити сутність поняття «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» та його основні симптоми.
2. Проаналізувати особливості прояву СДУГ у дорослих та відмінності від дитячих форм.
3. Визначити психологічні чинники, що впливають на перебіг СДУГ у дорослому віці.
4. Провести емпіричне дослідження проявів СДУГ серед дорослих респондентів із застосуванням психодіагностичних методик.

5. Проаналізувати результати та визначити характерні закономірності прояву розладу.

6. Запропонувати психологічні рекомендації та корекційні заходи для дорослих із СДУГ.

Методологічну та теоретичну основу дослідження становлять загальнонаукові принципи системності, детермінізму, розвитку та єдності свідомості й діяльності, а також принципи гуманістичної психології, що розглядають особистість як активного суб'єкта власного розвитку.

Теоретичною базою роботи стали:

- *нейропсихологічний підхід* до розуміння СДУГ як розладу виконавчих функцій (Р. Барклі [26; 28; 29], Т. Браун [31; 32], Ф. Кастельянос [33]);

- *когнітивно-поведінковий напрямок* у дослідженні механізмів саморегуляції та корекції дезадаптивних патернів мислення й поведінки (С. Сафрен [43; 44], Дж. Рамсей та А. Ростейн [41]);

- *біопсихосоціальна модель* СДУГ, що інтегрує біологічні, психологічні та соціальні чинники формування і прояву розладу (Дж. Бідерман [30], С. Фараоне [34], Е. Сонуга-Барке [45]);

- *концепції емоційної дисрегуляції* при СДУГ (Р. Барклі [27], Т. Браун [32]);

- *теорії соціальної адаптації* та професійної дезадаптації осіб із психоневрологічними особливостями (Л. Хехтман [36], Г. Вайс [48]).

Емпірична база дослідження ґрунтується на стандартизованих психодіагностичних методиках, рекомендованих міжнародними організаціями для скринінгу та оцінки СДУГ у дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale [44], шкала імпульсивності Баррата, тест Бурдона–Анфімова).

Методи дослідження. У процесі дослідження використовувалися такі **методи**: *теоретичні* (аналіз і систематизація науково-теоретичних та методичних джерел, у яких висвітлено важливі аспекти досліджуваної проблеми); *організаційні методи* (метод порівняння); *методи обробки та*

інтерпретації даних – кількісні та якісні, із застосуванням методів математичної статистики (кореляційний аналіз); *емпіричні* (тестування із використанням методик: «Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1)» для скринінгу симптомів СДУГ у дорослих; Тест Бурдона–Анфімова для оцінки концентрації та стійкості уваги; Шкала імпульсивності Баррата (BIS-11) для визначення рівня імпульсивності; Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) для оцінки особистісної та ситуативної тривожності; Методика самооцінки Дембо–Рубінштейн для виявлення рівня самооцінки у різних сферах життєдіяльності).

База дослідження. Дослідження проводилося на базі освітніх та медичних закладів м. Харкова, Харківської області, а також серед працівників сфери освіти, медицини, інформаційних технологій, торгівлі та державної служби. У дослідженні взяли участь 60 респондентів віком від 20 до 40 років, з яких 28 чоловіків та 32 жінки. Вибірка формувалася методом випадкового відбору серед студентів магістратури та молодих спеціалістів різних професійних сфер.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному дослідженні психологічних проявів СДУГ у дорослому віці та у формуванні системи психокорекційних рекомендацій, орієнтованих на дорослу аудиторію.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання результатів у практиці психологічного консультування та психотерапії, а також у підготовці навчально-методичних матеріалів для психологів, які працюють із дорослими клієнтами.

Апробація роботи. Основні положення магістерського дослідження апробовано під час роботи IV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології» (5-6 червня 2025р), Луцьк, Україна та представлено у публікації:

Редько Т. О., Шевчук О.П. Психологічні особливості прояву симптомокомплексу гіперактивного розладу з дефіцитом уваги у дорослому

віці: зб. тез доп. IV міжнар. наук.-практ. Конф. (5-6 черв. 2025 р., м. Луцьк, Україна). Луцьк: Вежа-Друк, 2025. С. 104-106.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 5 таблиць та 1 рисунок. Список використаних джерел налічує 52 найменувань. Повний обсяг роботи – 69 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ ГІПЕРАКТИВНОГО РОЗЛАДУ З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ У ДОРΟΣЛИХ

1.1. Психологічна характеристика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю як феномену

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є одним із найпоширеніших нейропсихологічних порушень розвитку. Він характеризується поєднанням стійких труднощів із концентрацією, надмірною рухливістю та імпульсивною поведінкою, що суттєво впливає на навчальну, професійну та соціальну сфери життя. У сучасній психології та психіатрії СДУГ трактують як тривалий нейропсихологічний стан, що виникає в дитячому віці та у значної частки людей зберігається протягом дорослого життя. За міжнародною статистикою, близько 30–40 % дітей із цим розладом продовжують мати виражені симптоми в дорослому віці, що підтверджує його хронічний характер. [1; 5; 26]

Відповідно до міжнародних класифікацій DSM-5 та ICD-11, СДУГ відносять до розладів нейророзвитку, у формуванні яких ключову роль відіграють особливості мозкової діяльності, зокрема порушення у сфері виконавчих функцій. Прояви СДУГ змінюються з віком: якщо в дитинстві переважають надмірна моторна активність і неспокій, то в дорослих частіше спостерігаються проблеми з організацією діяльності, дефіцитом саморегуляції, імпульсивністю та підвищеною відволікливістю.

Вивчення цього розладу бере початок наприкінці XIX століття, коли лікарі описували дітей із надмірною рухливістю та слабким контролем поведінки. У середині XX століття вживали поняття «мінімальна мозкова дисфункція», пізніше - «гіперактивність». Лише наприкінці XX століття поширилася сучасна назва - синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, яка точніше відображає комплексний характер явища. Значний внесок у

дослідження СДУГ зробили Р. Барклі та Т. Браун, які детально проаналізували не тільки симптоматику, а й когнітивні та емоційні наслідки цього стану. [1; 5]

З психологічної точки зору СДУГ охоплює низку типових проявів:

1. труднощі у тривалому зосередженні та підтримці уваги на завданні;
2. швидка відволікливість і схильність переключатися на сторонні стимули;
3. забування важливої інформації та часта втрата особистих речей;
4. імпульсивні рішення та дії без достатнього аналізу;
5. емоційна нестабільність, перепади настрою, підвищена дратівливість;
6. труднощі в організації часу, реалізації планів і своєчасному завершенні завдань.

На біологічному рівні у людей із СДУГ виявляють відмінності в роботі префронтальної кори, що відповідає за планування, самоконтроль і здатність відкладати миттєві реакції. Також наукові дані свідчать про дисфункції дофамінергічної та норадренергічної систем, які беруть участь у регуляції уваги, мотивації та рівня активності. Важливу роль відіграє спадковий фактор: ризик розвитку СДУГ суттєво підвищується у близьких родичів осіб із цим діагнозом. [26; 31]

Поряд із труднощами, фахівці відзначають і низку потенційно позитивних рис, що можуть супроводжувати СДУГ. Серед них - висока енергійність, здатність мислити оригінально, підвищена креативність і швидке пристосування до нових умов. У професіях, де необхідні багатозадачність і гнучкість мислення, такі особливості можуть стати вагомою перевагою. Водночас за відсутності своєчасної діагностики та підтримки людині часто складно реалізувати ці сильні сторони, оскільки тривалі проблеми з увагою та самоконтролем сприяють зниженню самооцінки, розвитку тривожних чи депресивних симптомів і труднощам соціальної адаптації.

Отже, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю доцільно розглядати як багатофакторне явище, у якому взаємодіють біологічні, психологічні й

соціальні компоненти. Його симптоми відзначаються значною мінливістю та можуть впливати на формування особистості, якість міжособистісних стосунків і загальну життєву успішність. Розуміння особливостей прояву СДУГ у дорослому віці є ключовим для створення ефективних підходів до психологічної допомоги та підтримки.

Сучасні наукові підходи трактують СДУГ не лише як поведінковий розлад. Дані досліджень останніх десятиліть у сфері нейробіології та нейропсихології засвідчують, що цей синдром має складну багатокomпонентну природу, у розвитку якої поєднуються генетичні, нейробіологічні та соціально-психологічні чинники. [29; 25]

Нейробіологічні основи СДУГ

Одним із центральних пояснень походження СДУГ є функціональні порушення префронтальної кори головного мозку - структури, що відповідає за виконавчі функції: планування, контроль уваги, регуляцію поведінки та емоцій. ФМРТ-дослідження демонструють, що у дорослих із СДУГ активність цієї ділянки знижена порівняно з нейротиповими групами.

Значний вплив мають і нейромедіаторні системи - дофамінергічна та норадреналінова. Недостатній рівень дофаміну в мезокортикальних шляхах зумовлює швидке зниження мотивації та труднощі концентрації, тоді як дефіцит норадреналіну - проблеми зі стійкістю уваги й контролем імпульсів. Саме цим пояснюється ефективність фармакотерапії СДУГ, яка спрямована на підвищення активності цих систем.

Структурні нейровізуалізаційні дослідження також підтверджують органічний характер синдрому: у дорослих із СДУГ часто спостерігається зменшення об'єму базальних гангліїв та мозочка, що пов'язують із труднощами регуляції моторики та уваги. Такі дані спростовують уявлення про СДУГ як про «проблему виховання».

Генетичні чинники

Результати численних досліджень близнюків свідчать, що спадковість СДУГ становить близько 70–80 %, що є одним із найвищих показників серед

психічних розладів. Існує група генів, пов'язаних із роботою дофамінових рецепторів (зокрема DRD4 і DAT1), які вважають «генами-кандидатами» у розвитку синдрому. Водночас жоден окремий ген не визначає СДУГ однозначно - його поява є наслідком складної взаємодії спадкових і середовищних впливів. [33; 47]

Коморбідність СДУГ у дорослих

Ще однією характерною рисою СДУГ є високий рівень коморбідності. У людей дорослого віку з цим синдромом часто виявляють супутні стани, серед яких:

1. тривожні розлади (зустрічаються у 40–60 % випадків);
2. депресивна симптоматика (30–50 %);
3. схильність до зловживання психоактивними речовинами (алкоголем, нікотиним, наркотичними засобами);
4. порушення сну;
5. опозиційно-зухвала чи поведінкова симптоматика (переважно як частина дитячого анамнезу).

Коморбідні стани часто ускладнюють процес діагностики, адже їхні прояви можуть перекриватися. Наприклад, труднощі із концентрацією є типовими як для СДУГ, так і для депресивних розладів. Це підтверджує необхідність комплексного підходу до оцінювання стану.

Сучасні методи діагностики

Діагностика СДУГ у дорослих є непростю, оскільки симптоми нерідко «маскуються» під інші проблеми - зокрема стрес, емоційне виснаження чи депресивні прояви. Для встановлення діагнозу використовують такі методи:

- клінічні інтерв'ю, що спираються на діагностичні критерії DSM-5 або ICD-11;
- стандартизовані опитувальники (ASRS v1.1, CAARS, WURS);
- нейропсихологічні методики, спрямовані на оцінку уваги та виконавчих функцій;

- ретельний збір анамнезу з дитячого періоду, оскільки СДУГ завжди бере початок у ранньому віці.

У дорослих симптоми часто набувають прихованих форм: моторна гіперактивність зменшується, натомість домінують проблеми з увагою, емоційна лабільність і внутрішнє напруження. Це вимагає від фахівця глибшого розуміння того, як прояви розладу змінюються з віком.

Отже, СДУГ у дорослому віці є складним багаторівневим феноменом, що охоплює біологічні, психологічні й соціальні компоненти. Його нейробіологічною основою виступають порушення роботи префронтальних структур мозку та нейромедіаторних систем; генетичну основу становлять спадкові чинники; а у соціально-психологічній площині провідну роль відіграють труднощі професійної й міжособистісної адаптації. Усвідомлення цих особливостей є ключовою умовою для точної діагностики та подальшої ефективної психокорекційної роботи.

1.2. Особливості прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці проявляється по-особливому, і ці прояви суттєво відрізняються від дитячих форм. Якщо у дітей домінують надмірна рухливість, імпульсивна поведінка та труднощі з контролем активності, то дорослі зазвичай не демонструють такої яскравої моторної гіперактивності. Натомість у них більш вираженими стають проблеми з організацією власної діяльності, емоційною саморегуляцією та соціальною взаємодією.

У зрілому віці симптоми СДУГ часто мають «прихований» характер: людина може виглядати врівноваженою, але внутрішньо відчувати сильне напруження, нездатність довго втримувати увагу та потребу постійно змінювати вид діяльності. Такі особливості значно ускладнюють професійну

реалізацію, особливо в умовах, де необхідні послідовність, зосередженість та дотримання дедлайнів. [28; 32]

Найтипівішими проявами СДУГ у дорослих є:

- стійкі проблеми з концентрацією, особливо під час монотонної чи рутинної роботи;
- схильність відкладати важливі справи, прокрастинація;
- дезорганізованість, труднощі з плануванням часу, часті запізнення;
- забування обіцянок, втрачання ключів, документів та інших речей;
- імпульсивні рішення, дії під впливом моменту;
- постійне переключення між завданнями без завершення попередніх.

Поряд із когнітивними та поведінковими особливостями суттєве значення має емоційна сфера. Дорослі з цим розладом нерідко відзначають підвищену дратівливість, нетерпимість до затримок, різкі зміни настрою. Це створює труднощі у стосунках з колегами, друзями та близькими. Часто виникають конфліктні ситуації, оскільки оточення може сприймати таку поведінку як безвідповідальність або егоцентризм. [26; 36; 41]

Особливої уваги заслуговує професійна сфера, адже дорослі з СДУГ часто стикаються з труднощами в підтриманні стабільної ефективності праці. Вони можуть успішно виконувати короткі та динамічні завдання, що потребують оперативної реакції, проте відчувають значні складнощі під час роботи над довготривалими проєктами. Частими є зміни місця роботи, уникання завдань, які здаються надто складними або монотонними. Це спричиняє відчуття нереалізованості та знижує впевненість у власних можливостях.

Не менш суттєвими є труднощі у сфері особистих і сімейних взаємин. Дорослі з СДУГ можуть проявляти нетерплячість, забувати про домовленості чи не виконувати обіцяне, що негативно позначається на довірі в стосунках. Імпульсивні рішення іноді зумовлюють фінансові труднощі, побутові конфлікти або надмірну схильність до ризикованих дій.

Проте важливо враховувати й переваги, які можуть супроводжувати цей синдром. Люди з дорослим СДУГ часто вирізняються високою творчою активністю, відкритістю до нового досвіду, ініціативністю та великою енергією. Вони здатні оперативно генерувати нестандартні ідеї, швидко пристосовуватися до змін і знаходити оригінальні шляхи розв'язання проблем. Такі якості є особливо затребуваними у творчих професіях, підприємстві, ІТ-сфері та галузях, що потребують інноваційного мислення.

Водночас у дорослих нередко виникають вторинні психологічні труднощі. Постійні відчуття невдач, критика з боку оточення, конфлікти на роботі чи в особистому житті можуть сприяти формуванню заниженої самооцінки, хронічної тривоги чи депресивних проявів. Деякі люди намагаються впоратися з труднощами, використовуючи психоактивні речовини, що створює ризик розвитку залежностей. [33; 47]

Отже, особливості СДУГ у дорослому віці не зводяться лише до класичних проявів неуважності, імпульсивності та залишкової гіперактивності. Вони трансформуються у специфічні життєві труднощі, що зачіпають професійну діяльність, соціальні взаємини та емоційну саморегуляцію. Усвідомлення цих змін є ключовим для створення ефективних програм психологічної підтримки, які враховують як труднощі, так і сильні сторони дорослої людини із СДУГ.

Вивчення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю має більш ніж столітню історію, що відображає розвиток наукових підходів - від опису окремих поведінкових проявів до сучасного цілісного уявлення про нього як про розлад нейророзвитку.

Перші згадки у медичній літературі

Перші описи поведінкових особливостей, схожих на сучасні прояви СДУГ, з'явилися в середині XIX століття у творах німецького лікаря Генріха Гоффмана. У своїй відомій дитячій книзі «Непосида Філіп» («Struwwelpeter») він у художній формі зобразив дитину, яка не може всидіти, перебиває дорослих і демонструє імпульсивну поведінку. Хоча ці сюжети не мали

клінічного характеру, вони стали культурним прототипом сучасного уявлення про СДУГ.

Перший науковий клінічний опис стану було представлено у 1902 році англійським педіатром Джорджем Ф. Стиллом. Під час лекцій у Королівському медичному товаристві він говорив про дітей із «аномально зниженою здатністю до морального контролю», наголошуючи, що їхні труднощі не пов'язані з лінню чи низьким інтелектом, а пояснюються порушеннями поведінкової регуляції. [47; 50]

Розвиток у ХХ столітті

У 1940–1950-х роках поширюється термін «мінімальна мозкова дисфункція» (ММД), яким позначали дітей із поведінковими та навчальними проблемами за відсутності очевидних органічних уражень мозку. Попри те, що поняття нині визнане застарілим, воно відіграло важливу роль у формуванні ідеї про нейропсихологічну природу СДУГ.

У 1960–1970-х роках у США починає активно використовуватися назва «гіперактивність» (Hyperkinetic Reaction of Childhood). Основна увага зосереджувалася на підвищеній рухливості, тоді як проблеми з увагою залишалися недооціненими. Подальші клінічні спостереження засвідчили, що значна частина дітей має порушення уваги без вираженої гіперактивності, що стало підставою для корекції концепції розладу.

Сучасне розуміння СДУГ

Наприкінці ХХ століття в міжнародній психіатрії закріплюється термін «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» (ADHD). У класифікації DSM-III (1980) вперше були визначені основні симптоми, серед яких - порушення уваги, імпульсивність і гіперактивність. У наступних редакціях DSM критерії уточнювалися, а також було виокремлено три підтипи СДУГ: [35; 37; 46]

- із переважанням неуважності;
- із переважанням гіперактивності та імпульсивності;
- комбінований тип.

У DSM-5 (2013) визнано, що СДУГ може зберігатися і в дорослому віці. Для дорослих було скориговано діагностичні критерії, зокрема знижено необхідну кількість симптомів (5 замість 6), що враховує більш прихований характер проявів у зрілості.

У Міжнародній класифікації хвороб (ICD-11) СДУГ офіційно віднесено до нейророзвиткових розладів, що підтверджує його біологічну основу.

Теоретичні підходи до пояснення СДУГ

1. Нейробиологічний підхід. Спирається на результати нейровізуалізаційних досліджень, які свідчать про дисфункції префронтальних відділів мозку та базальних гангліїв. Значну роль відіграють порушення роботи дофамінергічної та норадреналінової систем, що зумовлюють труднощі з увагою та самоконтролем.

2. Нейропсихологічний підхід. Розглядає СДУГ як порушення виконавчих функцій - планування, саморегуляції, контролю імпульсів. У дорослих це проявляється дезорганізацією, прокрастинацією, труднощами в завершенні завдань.

3. Когнітивно-поведінковий підхід. Пояснює симптоматику через неефективні моделі мислення та поведінки. Негативні автоматичні переконання («я не здатен зосередитися», «у мене завжди все виходить погано») посилюють прояви розладу.

4. Психосоціальний підхід. Звертає увагу на вплив сім'ї, навчального середовища та соціальних вимог. Хоча ці чинники не є причиною СДУГ, вони здатні впливати на інтенсивність і форму його проявів.

Дискусії та перспективи розвитку досліджень

СДУГ досі є предметом активних наукових дискусій. Частина дослідників застерігає щодо ризиків «перемедикалізації» чи гіпердіагностики, адже окремі риси - наприклад, імпульсивність або забудькуватість - можуть бути варіантом норми. Інші ж підкреслюють, що розлад нерідко залишається недіагностованим, особливо у жінок та дорослих з прихованими формами.

Перспективним напрямом сучасних досліджень є дослідження ролі емоційної дисрегуляції. Зараз визнається, що труднощі з управлінням емоціями - дратівливість, тривожність, низька толерантність до стресу - є не лише вторинними, а й основними характеристиками СДУГ.

Узагальнення

Таким чином, шлях дослідження СДУГ пройшов трансформацію - від перших спостережень за «надто рухливими» дітьми до сучасного розуміння цього явища як нейророзвиткового розладу, що може супроводжувати людину протягом усього життя. Така еволюція наукових поглядів дала можливість відійти від стигматизуючих трактувань і сформуванню цілісного підходу, який враховує взаємодію біологічних, когнітивних та соціальних факторів.

1.3. Вплив синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю на соціальну адаптацію та професійну діяльність дорослих

Вплив синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю на життя дорослої людини виходить далеко за межі внутрішніх психологічних переживань. Він охоплює всі сфери соціальної активності, професійний розвиток та здатність підтримувати стабільні й гармонійні взаємини. Дорослі з СДУГ нерідко стикаються з численними труднощами, що стають серйозними перешкодами на шляху успішної адаптації в суспільстві.

Соціальна адаптація цих людей має свої специфічні риси. Часто їм складно встановлювати й підтримувати тривалі міжособистісні зв'язки. Імпульсивність і труднощі з концентрацією можуть спричиняти те, що їхню поведінку інші сприймають як безвідповідальну чи егоцентричну. Часті конфлікти з близькими, друзями або колегами можуть підсилювати відчуття соціальної ізоляції. Особливо складним виявляється створення стабільних сімейних стосунків, адже партнерові буває важко звикнути до емоційної непередбачуваності, забудькуватості та нетерпеливості. [26; 28; 36; 41]

Найхарактерніші соціальні труднощі дорослих із СДУГ включають:

- I. підвищену конфліктність у стосунках;
- II. порушення комунікації через звичку перебивати або різко змінювати тему;
- III. труднощі у підтриманні дружніх і професійних контактів;
- IV. проблеми в сімейному житті, пов'язані з нестабільністю поведінки чи невиконанням обіцянок;
- V. почуття самотності та нерозуміння з боку оточення.

У професійній сфері вплив СДУГ стає ще більш вираженим. Сучасні умови праці вимагають уважності, відповідального планування, здатності працювати над тривалими завданнями та дотримання дедлайнів. Для людей із СДУГ такі вимоги нерідко стають надзвичайно складними. Вони швидко втрачають концентрацію під час монотонної роботи, відкладають справи, пропускають важливі деталі, що знижує продуктивність та підвищує кількість помилок.

До типових професійних труднощів належать:

1. постійні запізнення і проблеми з дотриманням режиму;
2. втрата мотивації під час роботи над довгостроковими проєктами;
3. часті зміни місця роботи через конфлікти чи відчуття виснаження;
4. складності з оформленням документації, звітів чи детальних планів;
5. ризик фінансової нестабільності, спричинений імпульсивними рішеннями.

Водночас важливо підкреслити, що дорослі з СДУГ мають і значні сильні сторони, які можуть бути дуже цінними на робочому місці. Їхня швидкість реакції, креативне мислення, здатність генерувати оригінальні ідеї та ефективно діяти в нестандартних ситуаціях є суттєвими перевагами. Такі люди особливо успішні у творчих галузях, підприємстві, інноваційних сферах та ІТ, де важливими є інтуїція, гнучкість і здатність працювати в умовах багатозадачності.

Варто враховувати, що на тлі основних симптомів СДУГ нерідко виникають вторинні психологічні труднощі. Постійна критика, досвід невдач, ускладнення в роботі та стосунках можуть призвести до заниженої самооцінки, хронічного стресу й формування депресивних симптомів. Деякі дорослі намагаються подолати ці труднощі через уживання алкоголю, психоактивних речовин або азартні ігри, що погіршує ситуацію. [33]

Таким чином, СДУГ істотно впливає на всі життєві сфери дорослої людини. Він ускладнює соціальну інтеграцію, знижує професійну ефективність та створює перешкоди у формуванні стабільних стосунків. Водночас, за наявності належної підтримки, сильні сторони цих людей можуть стати основою успішної самореалізації. Важливо, щоб суспільство та фахівці розглядали дорослих із СДУГ не лише крізь призму труднощів, а й як особистостей із унікальним потенціалом, що потребує розвитку.

Протягом тривалого часу у психології та психіатрії побутувала думка, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є виключно дитячим розладом, який зникає в міру дорослішання. Однак сучасні дослідження переконливо свідчать: у 50–60 % людей симптоми СДУГ зберігаються і в зрілому віці, хоча й змінюють свою форму. Це зумовлює виникнення окремого клінічного явища - СДУГ у дорослих.

Трансформація симптомів із дитинства у дорослість

У дитячому віці домінують зовнішні, поведінкові прояви: надмірна активність, постійна рухливість, труднощі з контролем поведінки. Діти бігають, перебивають дорослих, не можуть всидіти на місці. З віком ці симптоми стають менш вираженими. У дорослому віці гіперактивність перетворюється на відчуття «внутрішнього неспокою» - постійну напруженість, труднощі з розслабленням, потребу займатися кількома справами водночас. [19; 52]

Неуважність у дорослих зазвичай проявляється у:

- труднощах із плануванням і виконанням довготривалих завдань;
- проблемах із концентрацією під час читання або монотонної роботи;

- легкому відволіканні на зовнішні подразники чи власні думки;
- численних помилках через недостатню увагу до деталей.

Імпульсивність проявляється у швидких, необдуманих рішеннях, емоційних реакціях, безпорадному контролю над витратами, конфліктах у професійній та особистій сферах.

Соціально-психологічні наслідки

У зрілому віці СДУГ сильно впливає на професійну діяльність. Дорослим часто складно виконувати завдання, що потребують системності та тривалого зосередження. Вони можуть запізнюватися, не вклатися у дедлайни, забувати про важливі обов'язки, що негативно позначається на кар'єрному розвитку та може спричиняти конфлікти з керівництвом.

Міжособистісні стосунки також зазнають впливу. Імпульсивність та підвищена дратівливість є частими причинами непорозумінь у сімейному житті, а забудькуватість та неорганізованість спричиняють напругу у взаєминах із партнерами й друзями. Оточення нерідко сприймає такі прояви як безвідповідальність, що лише поглиблює внутрішнє відчуття некомпетентності.

У багатьох дорослих із СДУГ формується занижена самооцінка. Роки критики з боку педагогів, батьків, колег і партнерів сприяють виникненню почуття «хронічної неуспішності». Це створює передумови для вторинних психологічних проблем, зокрема тривожності та депресії.

Гендерні відмінності

Дослідження засвідчують наявність певних відмінностей у перебігу СДУГ у чоловіків і жінок:

- У чоловіків частіше спостерігаються імпульсивні та поведінкові прояви: необдумані рішення, ризикована поведінка, конфліктність.
- У жінок переважають симптоми неуважності, схильність до прокрастинації та внутрішня тривожність. Оскільки ці ознаки менш помітні для оточення, жінки значно рідше отримують діагноз у дитинстві. Через це СДУГ у них нерідко виявляють у дорослому віці й зі значним запізненням.

Емоційні та когнітивні особливості дорослих із СДУГ

Поряд із традиційними проявами синдрому, у дорослому віці часто спостерігається низка додаткових емоційних і когнітивних труднощів. До найбільш характерних емоційних особливостей належать:

- 1) схильність до різких коливань настрою та підвищеної дратівливості;
- 2) знижена стійкість до стресу;
- 3) труднощі з контролем імпульсивних або агресивних реакцій;
- 4) порушення сну, зокрема труднощі з засинанням або ранковим пробудженням.

У когнітивному функціонуванні нерідко відзначається зниження ефективності виконавчих функцій - планування, організації діяльності, здатності переключати увагу. Нейропсихологічні дослідження підтверджують, що дорослі з СДУГ демонструють нижчі показники у вправах, спрямованих на оцінку концентрації та когнітивної гнучкості.

Висновки до 1 розділу

Узагальнюючи, слід зазначити, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці постає як складне багатовимірне явище, що проявляється поєднанням когнітивних порушень, емоційної нестабільності та соціальних труднощів. Хоча симптоми трансформуються порівняно з дитячим періодом, вони залишаються достатньо вираженими, щоб істотно впливати на повсякденне функціонування та загальну якість життя. Усвідомлення специфіки цих проявів сприяє більш точній діагностиці та розробці результативних підходів до психологічної підтримки дорослих із СДУГ.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СДУГ У ДОРΟΣЛИХ

2.1. Організація та методи дослідження

Дослідження тривало протягом трьох місяців і охоплювало дорослих респондентів віком 20–40 років. Загальна вибірка налічувала 60 учасників, серед яких 28 були чоловіками та 32 - жінками. Добір респондентів здійснювався методом випадкової вибірки серед студентів магістратури, молодих фахівців, а також представників галузей освіти, медицини, ІТ, торгівлі й державного сектору. Така професійна різноманітність дала змогу простежити прояви синдрому в умовах різних соціальних і трудових середовищ.

Вступ до дослідження передбачав наявність певних критеріїв:

- належність до вікової категорії 20–40 років (період ранньої та середньої дорослості);
- відсутність офіційно встановлених психіатричних розладів (епілепсії, шизофренії тощо), які могли б вплинути на якість результатів;
- добровільна згода на участь;
- достатній рівень володіння українською мовою, необхідний для правильного виконання методик.

Метою дослідницької роботи було визначити рівень вираженості симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих, з'ясувати їхній вплив на емоційну сферу, когнітивні процеси та особистісні характеристики, а також простежити, як ці симптоми пов'язані з рівнем професійної та соціальної адаптації.

У межах дослідження було висунуто такі гіпотези:

1. У дорослому віці прояви СДУГ не зникають, але набувають інших форм - насамперед у вигляді дезорганізованості, труднощів у плануванні та імпульсивного прийняття рішень.

2. Вищий рівень симптомів синдрому асоціюється з підвищеною тривожністю та зниженою самооцінкою.

3. Вираженість СДУГ пов'язана з труднощами професійної адаптації.

Для перевірки гіпотез було використано комплекс психодіагностичних інструментів, спрямованих на вивчення особливостей уваги, емоційного стану, імпульсивності та поведінкових характеристик.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) [37; 44] - скринінговий опитувальник ВООЗ, який містить 18 запитань, що відповідають діагностичним критеріям DSM-5. Респонденти оцінюють частоту певних проявів від «ніколи» до «дуже часто». Методика дозволяє визначити ймовірність наявності СДУГ і ступінь вираженості симптомів, а її надійність підтверджено численними зарубіжними дослідженнями.

Тест Бурдона–Анфімова використовується для оцінювання концентрації, стійкості та продуктивності уваги. Учасники протягом визначеного часу виконують завдання з пошуку та викреслення певних символів за заданим правилом. Отримані дані дозволяють оцінити обсяг уваги, темп розумової діяльності, рівень втомлюваності та розвиток самоконтролю.

Шкала імпульсивності Баррата (BIS-11) [40]. Цей психодіагностичний інструмент спрямований на оцінювання трьох ключових аспектів імпульсивності:

1. когнітивної (тенденція до поверхового, поспішного мислення),
2. моторної (схильність діяти без попереднього обмірковування),
3. імпульсивності у плануванні (недостатня здатність прогнозувати власні дії та їхні наслідки).

Опитувальник містить 30 тверджень, які респондент оцінює за чотирибальною шкалою. Використання цієї методики є важливим, оскільки

імпульсивність є одним із провідних симптомів СДУГ у дорослому віці та суттєво впливає на поведінку й адаптацію.

Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI).

Цей тест дає змогу оцінити два види тривожності - особистісну та ситуативну. Застосування методики обґрунтоване тим, що дорослі, які мають прояви СДУГ, часто відзначають підвищений рівень тривожності, що ускладнює їх соціальну інтеграцію та погіршує суб'єктивну якість життя.

Методика самооцінки Дембо–Рубінштейн.

Інструмент спрямований на з'ясування того, як людина оцінює свої можливості, здібності й досягнення в різних життєвих сферах. Методика дозволяє визначити реальний та бажаний рівень самооцінки, виявити рівень домагань та ступінь задоволеності собою. Це особливо важливо при дослідженні дорослих із СДУГ, оскільки симптоми розладу часто впливають на самосприйняття та відчуття власної ефективності.

Усі методики виконувалися письмово, індивідуально або в малих групах (по 5–7 осіб). Тривалість тестування варіювалася від 40 до 60 хвилин.

Етичні стандарти дослідження передбачали добровільну участь, можливість припинити участь у будь-який момент, гарантування анонімності та використання зібраної інформації виключно для наукових цілей. Перед початком роботи кожен учасник отримував детальну інструкцію з описом мети дослідження, умов проведення та засад конфіденційності.

Для статистичної обробки результатів передбачалося використання таких методів:

- 1) описової статистики (середні значення, мода, медіана, стандартне відхилення);
- 2) кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язків між показниками різних методик;
- 3) t-критерію Стьюдента для визначення відмінностей між групами з високим і низьким рівнем прояву симптомів.

Завдяки такому комплексному підходу очікувалося отримати всебічне уявлення про особливості проявів СДУГ у дорослих, а також про зв'язок синдрому з емоційними, когнітивними та особистісними характеристиками.

Застосування зазначених методик не є випадковим: кожна з них неодноразово використовувалася у міжнародних дослідженнях та продемонструвала високу надійність і діагностичну цінність. Нижче наведено розширену характеристику цих інструментів.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1). Цей опитувальник створений у співпраці з Всесвітньою організацією охорони здоров'я та широко використовується як базовий інструмент для первинного виявлення СДУГ у дорослих. Методика спирається на критерії DSM-5 і містить 18 тверджень, що охоплюють три ключові групи симптомів: неуважність, гіперактивність та імпульсивність. Серед типових запитань - «Як часто вам складно зосередитися на деталях під час рутинної або повторюваної роботи?» чи «Як часто ви відкладаєте початок виконання завдань, що потребують організованості?».

Респонденти оцінюють частоту проявів за п'ятиступеневою шкалою - від «ніколи» до «дуже часто». Надійність цієї методики підтверджена численними міжнародними дослідженнями. Зокрема, робота Kessler та колег (2005) показала, що ASRS відзначається високою чутливістю та специфічністю у визначенні дорослих із СДУГ. Використання цього інструменту в нашому дослідженні дозволило оперативно здійснити первинний скринінг і визначити рівень вираженості симптомів.

Тест Бурдона–Анфімова. Методика має тривалу історію застосування у психодіагностиці. Спочатку її запропонував німецький дослідник Бурдон у 1895 році для оцінки стійкості уваги, а згодом вона була суттєво вдосконалена радянським психологом Анфімовим, що зробило її ефективною для роботи з дорослими. Завдання тесту полягає у швидкому знаходженні та викреслюванні заданих символів у великому масиві випадкових літер чи цифр. Наприклад, учасник має протягом 10 хвилин відшукувати та позначати букву «р» у тексті з хаотично розташованими літерами.

За результатами тесту можна визначити:

1. обсяг уваги - кількість опрацьованих символів;
2. концентрацію - точність виконання;
3. стійкість уваги - зміни продуктивності протягом роботи;
4. переключення - здатність змінювати спосіб роботи відповідно до

нових умов.

Для дорослих із СДУГ характерними є низькі показники концентрації та різке зниження продуктивності на середньому етапі виконання, що зазвичай відрізняє їх від контрольних груп.

Шкала імпульсивності Баррата (BIS-11).

Ця методика, запропонована американським психологом Ернестом Барратом у 1959 році, є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання імпульсивності. Опитувальник складається з 30 тверджень, що дають змогу оцінити три види імпульсивності:

- I. когнітивну - схильність до поверхневих, поспішних суджень;
- II. моторну - тенденцію до необдуманих, імпульсивних дій;
- III. імпульсивність у плануванні - недостатню здатність прогнозувати та оцінювати наслідки власної поведінки.

Респондент визначає частоту відповідних проявів у своїй поведінці. Приклади тверджень: «Я дію, не замислюючись», «Мені важко всидіти, коли доводиться чекати», «Я уникаю довгострокового планування». Методика широко застосовується у клінічних дослідженнях, оскільки дає змогу відрізнити імпульсивність, характерну для СДУГ, від інших видів дезадаптивної поведінки.

Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI).

Ця методика, створена Ч. Спілбергером у 1970-х роках, дає змогу розмежувати два типи тривожності: ситуативну, що виникає як реакція на конкретний стресор, та особистісну, яка є стабільною індивідуальною характеристикою. Українську та російську адаптації шкали здійснив Ю. Ханін.

Інструмент складається з двох блоків по 20 тверджень, у яких учасники оцінюють свій поточний стан або типові переживання.

Застосування цієї шкали у дослідженні є цілком обґрунтованим, оскільки дорослі з проявами СДУГ часто демонструють підвищений рівень тривожності. Це пов'язано з відчуттям постійних труднощів, частою критикою з боку оточення та проблемами з організацією власної діяльності. Висока тривожність нерідко виступає додатковим чинником, що ускладнює соціальну адаптацію таких людей.

Методика самооцінки Дембо–Рубінштейн.

Ця методика базується на суб'єктивному самооцінюванні різних сфер життя людини. Респондент працює з вертикальними шкалами, що відображають такі параметри, як «здоров'я», «організованість», «успішність у навчанні чи роботі», «характер» тощо. Учасник позначає рівень, який, на його думку, відповідає теперішньому стану, а також той рівень, якого він прагне досягти. Аналіз цих оцінок дає змогу визначити реальну й ідеальну самооцінку, рівень домагань та загальну задоволеність собою.

Для дорослих із СДУГ характерним є значне розходження між фактичною та бажаною самооцінкою. Вони часто сприймають свої можливості нижчими, ніж очікувані результати, що свідчить про незадоволеність собою та знижену впевненість у власній компетентності.

Процедура проведення дослідження.

Діагностичний процес складався з кількох послідовних етапів. Спочатку учасники проходили опитувальник ASRS, який дозволяв оцінити ймовірність наявності у них симптомів СДУГ. Після цього вони виконували завдання тесту Бурдона–Анфімова, а далі - відповідали на запитання шкали Баррата, шкали Спілбергера–Ханіна та методики Дембо–Рубінштейн. Загальна тривалість тестування становила приблизно 45–60 хвилин.

Особливу увагу приділяли дотриманню етичних стандартів. Усі респонденти отримували детальну інструкцію із поясненням мети дослідження,

порядку роботи та гарантій конфіденційності. Участь була цілком добровільною, і кожен мав право припинити її на будь-якому етапі.

У наукових джерелах виділяють кілька провідних напрямів когнітивно-поведінкової терапії, які застосовуються для роботи з дорослими, що мають прояви СДУГ.

1. Розвиток навичок управління часом. Для осіб із цим синдромом характерні труднощі з прокрастинацією, недоліками планування та проблемами з дотриманням термінів. Тому в терапії значну увагу приділяють формуванню навичок структурування дня та тижня, поділу великих завдань на невеликі етапи, встановленню чітких часових орієнтирів. Високу ефективність демонструє використання візуальних засобів організації - календарів, списків завдань, таймерів та мобільних застосунків.

2. Подолання дезорганізованості. Однією з поширених проблем дорослих із СДУГ є неструктурований робочий або побутовий простір. КПТ пропонує стратегії створення впорядкованого середовища: визначення постійних місць для особистих речей, використання кольорових маркувань, дотримання принципу «одне завдання - один час - одне місце». Такі навички сприяють зменшенню кількості забутих справ та втрати предметів.

3. Формування навичок самоконтролю. Оскільки імпульсивність є одним із характерних проявів СДУГ, вона часто призводить до конфліктів у спілкуванні. У межах терапії клієнтів навчають методів регуляції поведінки: пауза перед дією («порахувати до десяти»), техніка відкладеного рішення («повернутися до питання пізніше»), застосування внутрішнього діалогу. Ці інструменти допомагають зменшити кількість необдуманих реакцій.

4. Робота з негативними переконаннями. Багато дорослих із СДУГ мають досвід тривалої критики та повторних невдач, що формує стійкі негативні уявлення про себе. Когнітивна реструктуризація спрямована на виявлення таких думок, оцінку їх необґрунтованості та заміну конструктивнішими переконаннями. Наприклад, установка «Я завжди все роблю неправильно»

трансформується у «Я маю труднощі з організацією, але можу покращити свої навички».

5. Зниження тривожності та емоційної напруги. Підвищена тривожність є частим супутнім проявом СДУГ. У терапії використовують різні техніки релаксації - діафрагмальне дихання, прогресивну м'язову релаксацію Джекобсона, а також практики усвідомленості (mindfulness), які дозволяють зосередитися на теперішньому моменті та знизити рівень внутрішнього напруження.

6. Розвиток соціальних навичок. Окремі заняття присвячуються формуванню асертивності - уміння чітко висловлювати свої потреби й думки без агресивності чи пасивності. Для дорослих із СДУГ це важливо, оскільки їхня імпульсивність та емоційна нестабільність нерідко стають причиною міжособистісних конфліктів.

Методи обробки результатів. Після завершення збору даних здійснювалася їхня кількісна та якісна обробка. З цією метою застосовували описову статистику (середні показники, стандартні відхилення), кореляційний аналіз для визначення взаємозв'язків між симптомами СДУГ та психологічними характеристиками, а також порівняльний аналіз із використанням t-критерію Стьюдента для виявлення різниць між групами з різним рівнем прояву симптомів.

У підсумку комплекс методик, що був застосований у дослідженні, забезпечував можливість всебічного аналізу когнітивних, емоційних та особистісних особливостей дорослих із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

2.2. Аналіз отриманих результатів

У процесі дослідження було проаналізовано дані, отримані від 60 респондентів віком 20–40 років. Для кожного учасника розраховувалися

показники за кількома психодіагностичними методиками, що дало змогу оцінити не лише ступінь прояву симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, а й супутні когнітивні та емоційні характеристики.

На початковому етапі всі респонденти пройшли опитувальник ASRS v1.1 - основний інструмент для первинної діагностики СДУГ у дорослих. Отримані результати засвідчили, що у 18 учасників (30 % вибірки) показники відповідали високій ймовірності наявності синдрому. У 24 респондентів (40 %) було виявлено середній рівень вираженості симптомів, що може свідчити про часткові прояви розладу або окремі характеристики, подібні до симптомів СДУГ. Інші 18 осіб (30 %) не продемонстрували суттєвих відхилень за даною шкалою.

Таким чином, результати дослідження підтверджують припущення про те, що СДУГ у дорослому віці зустрічається досить часто та може проявлятися навіть у тих, хто ніколи не отримував відповідного клінічного діагнозу.

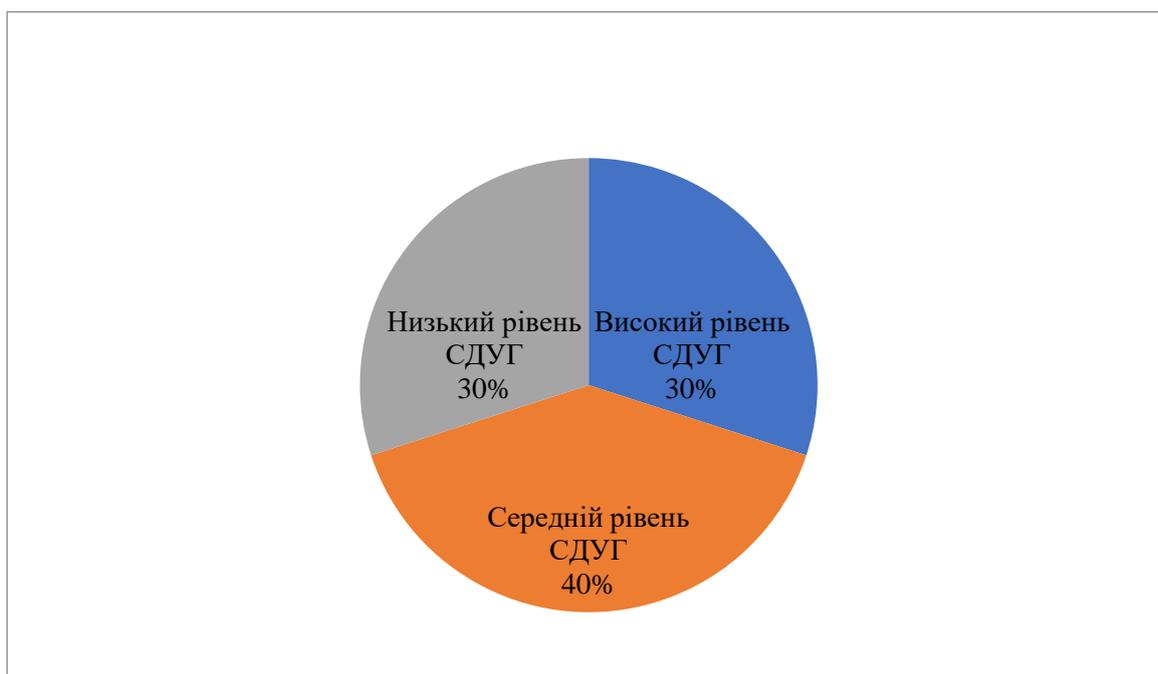


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів СДУГ (за результатами шкали ASRS v1.1, n=60)

Розподіл отриманих результатів за трьома основними групами симптомів продемонстрував такі особливості:

- порушення концентрації уваги зазначили 70 % учасників, при цьому 25 % повідомили, що ця проблема суттєво ускладнює виконання професійних завдань;

- виражена імпульсивність спостерігалася у 32 % респондентів;

- класичні прояви гіперактивності (фізична метушливість) траплялися значно рідше - лише у 15 % учасників, хоча багато хто описував їх у формі внутрішнього напруження та відчуття постійного «внутрішнього руху».

Для уточнення отриманих даних було застосовано тест Бурдона–Анфімова. Аналіз середніх показників показав, що респонденти з високими значеннями за ASRS демонстрували суттєво нижчий рівень концентрації уваги та швидше втрачали ефективність у процесі виконання завдання. Зокрема, кількість правильно знайдених символів у цій групі була приблизно на 25 % меншою, ніж у респондентів без ознак синдрому. Це підтверджує наявність виражених когнітивних труднощів у сфері уваги в дорослих із СДУГ.

Результати, отримані за шкалою імпульсивності Баррата, також засвідчили наявність підвищеної схильності до непродуманих дій у частини учасників. Так, високий рівень когнітивної імпульсивності виявлено у 28 % респондентів, моторної імпульсивності - у 22 %, а імпульсивності, пов'язаної з плануванням, - у 35 %. Варто зазначити, що саме останній тип імпульсивності був найбільш характерним для групи з високими показниками СДУГ: респонденти часто скаржилися на труднощі з плануванням діяльності, схильність відкладати справи та невміння вчасно завершувати завдання.

Значущими є й результати за шкалою тривожності Спілбергера–Ханіна. Середній рівень особистісної тривожності у респондентів з високими проявами СДУГ становив 47 балів, тоді як у контрольній групі цей показник дорівнював лише 32 балам. Це підтверджує, що дорослі з ознаками синдрому схильні переживати підвищене емоційне напруження, що негативно позначається на соціальній адаптації. Ситуативна тривожність у таких респондентів також перевищувала норму, особливо в умовах професійної оцінки.

Методика самооцінки Дембо–Рубінштейн виявила помітні відмінності у сприйнятті власних можливостей: близько 40 % учасників із високим рівнем проявів СДУГ продемонстрували занижену самооцінку у сферах «організованість» та «професійна реалізація». Це узгоджується з даними зарубіжних досліджень, де наголошується, що тривалі труднощі з увагою та імпульсивністю формують відчуття неуспішності та занижену віру у власні можливості.

Статистична перевірка результатів за допомогою кореляційного аналізу виявила значущі зв'язки між рівнем симптомів СДУГ (за ASRS) та показниками тривожності ($r = 0,62, p < 0,01$), імпульсивності ($r = 0,55, p < 0,01$) і заниженої самооцінки ($r = -0,48, p < 0,05$). Це свідчить, що СДУГ у дорослому віці не є ізольованим явищем, а тісно пов'язаний із цілим комплексом психологічних характеристик, які суттєво впливають на загальне функціонування та якість життя.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів СДУГ

Показник	Високий рівень СДУГ (n=18)	Середній рівень СДУГ (n=24)	Низький рівень СДУГ (n=18)
Концентрація уваги (тест Бурдона)	240±15 символів (низька)	280±20 символів (середня)	320±18 символів (висока)
Імпульсивність (BIS-11)	76±8 балів (висока)	65±7 балів (середня)	54±6 балів (низька)
Особистісна тривожність (STAI)	47±5 балів (висока)	39±4 балів (середня)	32±4 балів (низька)
Самооцінка (Дембо– Рубінштейн)	52±6 балів (занижена)	68±5 балів (відносно адекватна)	78±4 балів (адекватна)

Примітка: Дані представлені у форматі $M \pm SD$, де M – середнє арифметичне, SD – стандартне відхилення.

Отже, отримані дані підтвердили припущення про те, що СДУГ у дорослому віці зберігає основні риси дитячого варіанта, однак проявляється через специфічні когнітивні та емоційні труднощі. Найбільш помітними для дорослих виявилися порушення концентрації уваги, імпульсивність у процесі планування та підвищений рівень тривожності. Ці особливості істотно впливають на соціальне та професійне функціонування, знижують упевненість у власних можливостях та підвищують ризик формування вторинних психологічних розладів.

Первинна обробка даних включала обчислення показників описової статистики для кожної з використаних методик. Результати представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Описова статистика показників за психодіагностичними методиками (n=60)

Показник	M	SD	Min	Max
ASRS (загальний бал)	42,3	12,8	18	68
ASRS – неухважність	23,5	7,2	8	36
ASRS – гіперактивність/імпульсивність	18,8	6,5	6	32
Тест Бурдона (кількість символів)	280,0	42,5	210	350
Тест Бурдона (кількість помилок)	8,4	4,2	2	18
BIS-11 (загальний бал)	65,2	11,3	48	86
BIS-11 – когнітивна імпульсивність	21,7	4,5	15	30
BIS-11 – моторна імпульсивність	19,2	3,8	13	27
BIS-11 – імпульсивність у плануванні	24,3	4,9	16	33
STAI – особистісна тривожність	39,5	8,6	24	56
STAI – ситуативна тривожність	37,2	7,9	22	52
Дембо-Рубінштейн (загальна самооцінка)	66,4	12,7	42	88

Примітка: M – середнє арифметичне, SD – стандартне відхилення, Min – мінімальне значення, Max – максимальне значення.

Для визначення статистично значущих відмінностей між групами респондентів із високим ($n = 18$) та низьким ($n = 18$) рівнем прояву симптомів СДУГ було використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Узагальнені результати подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Порівняльний аналіз показників у групах з високим та низьким рівнем СДУГ

Показник	Високий СДУГ ($n=18$) $M \pm SD$	Низький СДУГ ($n=18$) $M \pm SD$	t	p
ASRS (загальний)	58,4 \pm 6,2	28,6 \pm 5,8	15,32	<0,001***
Бурдон (символи)	240,5 \pm 15,3	320,2 \pm 18,4	- 14,85	<0,001***
Бурдон (помилки)	12,8 \pm 3,5	5,1 \pm 2,2	8,12	<0,001***
BIS-11 (загальний)	76,2 \pm 7,8	54,3 \pm 6,4	9,56	<0,001***
Когнітивна імпульсивність	26,1 \pm 3,9	18,2 \pm 3,2	6,84	<0,001***
Моторна імпульсивність	22,4 \pm 3,1	15,8 \pm 2,8	6,98	<0,001***
Імпульсивність у плануванні	27,7 \pm 4,2	20,3 \pm 3,6	5,92	<0,001***
STAI (особистісна)	47,2 \pm 5,3	32,1 \pm 4,2	9,85	<0,001***
STAI (ситуативна)	43,8 \pm 6,1	30,5 \pm 5,4	7,24	<0,001***
Самооцінка (Дембо-Рубінштейн)	52,4 \pm 6,8	77,9 \pm 5,2	- 12,93	<0,001***

Примітка: *** $p < 0,001$ – статистично високо значущі відмінності.

Інтерпретація: Отримані дані засвідчили наявність статистично високозначущих відмінностей ($p < 0,001$) між групами за всіма ключовими показниками. Учасники з високим рівнем прояву СДУГ продемонстрували нижчі результати у тестах, спрямованих на оцінювання уваги, вищі рівні

імпульсивності та тривожності, а також суттєво занижену самооцінку порівняно з респондентами, у яких симптоми виражені мінімально.

Для встановлення взаємозв'язків між основними змінними було здійснено кореляційний аналіз за методом Пірсона. Підсумкові дані наведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Матриця кореляцій між основними показниками дослідження (n=60)

Показник	1	2	3	4	5	6
1. ASRS (загальний)	-					
2. Бурдон (символи)	-0,68***	-				
3. Бурдон (помилки)	0,59***	-0,52**	-			
4. BIS-11 (загальний)	0,55***	-0,48**	0,44**	-		
5. STAI (особистісна)	0,62***	-0,51**	0,46**	0,53**	-	
6. Самооцінка	-0,48**	0,42**	-0,38*	-0,41**	-0,56**	-

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Інтерпретація кореляційних зв'язків:

1. **ASRS і концентрація уваги:** зафіксовано виражений негативний зв'язок ($r = -0,68$; $p < 0,001$), що свідчить: чим вищий рівень симптомів СДУГ, тим нижчою є здатність до зосередження.

2. **ASRS і імпульсивність:** позитивна кореляція ($r = 0,55$; $p < 0,001$) підтверджує тісний зв'язок між вираженістю симптомів синдрому та схильністю до імпульсивної поведінки.

3. **ASRS і тривожність:** виявлено сильну позитивну кореляцію ($r = 0,62$; $p < 0,001$), що підтверджує припущення про підвищений рівень тривожності в дорослих із вираженими симптомами СДУГ.

4. **ASRS і самооцінка:** негативний зв'язок ($r = -0,48$; $p < 0,01$) демонструє, що зростання симптоматики супроводжується зниженням самооцінки.

5. **Тривожність і самооцінка:** значуща негативна кореляція ($r = -0,56$; $p < 0,01$) вказує на те, що високий рівень тривожності пов'язаний із відчуттям меншої впевненості у власних можливостях.

Подальший аналіз отриманих даних доцільно здійснювати окремо за кожною психодіагностичною методикою. Такий підхід дозволяє сформулювати всебічне розуміння специфіки прояву СДУГ у дорослому віці та простежити взаємозв'язки між різними психологічними характеристиками.

Результати за шкалою ASRS v1.1

Як уже зазначалося, високий рівень ймовірності наявності симптомів СДУГ виявлено у 30 % респондентів, середній - у 40 %, низький - у 30 %. При цьому простежується тенденція до переважання симптомів неухважності над ознаками гіперактивності.

Найпоширеніші скарги серед учасників із високими показниками включали:

- труднощі із концентрацією на тривалих або монотонних видах діяльності (78 %);
- схильність до відкладання справ і уникання монотонних або рутинних завдань (65 %);
- часте забування домовленостей та втрачання важливих речей (61 %).

Водночас прояви класичної гіперактивності, пов'язані з підвищеною моторною активністю, траплялися значно рідше: лише 18 % респондентів повідомили, що їм важко тривалий час утримувати тіло в стані спокою. Це узгоджується з результатами зарубіжних досліджень, які підкреслюють, що у дорослому віці гіперактивність переважно має форму внутрішнього напруження, тоді як зовнішні рухові симптоми зменшуються.



Рис.2.2. Розподіл респондентів за частотою окремих симптомів (ASRS v1.1)

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що в дорослому віці синдром дефіциту уваги з гіперактивністю проявляється передусім у когнітивних процесах.

Результати за тестом Бурдона–Анфімова

Аналіз даних цієї методики продемонстрував, що учасники з високим рівнем СДУГ виконували завдання істотно гірше: середня кількість правильно знайдених символів у них була приблизно на 25 % меншою порівняно з респондентами з низьким рівнем симптомів. Крім того, вже через 5–7 хвилин роботи спостерігалось помітне зниження продуктивності, що вказує на виражені труднощі зі стійкістю уваги.

У середньому учасники з високими показниками СДУГ правильно знаходили 240 символів за 10 хвилин, тоді як представники контрольної групи - 320 символів. Важливо зазначити, що кількість помилок у першій групі була у 2,5 раза більшою, що свідчить про нижчу якість переробки інформації та труднощі з підтриманням точності виконання.

Результати за шкалою імпульсивності Баррата

Дані за методикою BIS-11 показали помітні відмінності між групами. Респонденти з високими показниками СДУГ отримали в середньому 76 балів, тоді як учасники з низькими показниками - 54 бали. Найбільш вираженим компонентом виявилася імпульсивність у плануванні: така поведінка характеризувалася схильністю починати діяльність без достатньої підготовки, швидко втрачати інтерес та не завершувати розпочаті завдання.

Таблиця 2.5

Порівняння середніх показників імпульсивності за шкалою BIS-11

Група	Когнітивна імпульсивність	Моторна імпульсивність	Імпульсивність у плануванні
Високий рівень СДУГ	26	22	28
Середній рівень СДУГ	21	19	23
Низький рівень СДУГ	18	15	21

Отримані дані переконливо демонструють, що імпульсивність є однією з ключових рис, властивих дорослим із проявами СДУГ.

Результати за шкалою тривожності Спілбергера–Ханіна

Середнє значення особистісної тривожності у групі респондентів із високим рівнем симптомів становило 47 балів, що відповідає високому показнику. У контрольній групі цей рівень був значно нижчим - 32 бали, що відповідає середнім значенням. Показники ситуативної тривожності також були підвищеними в осіб із симптомами СДУГ, особливо в ситуаціях професійної оцінки чи міжособистісних непорозумінь.

Такі результати свідчать, що тривожність є поширеним супутнім проявом дорослого СДУГ. Її підвищення зумовлюється як внутрішнім переживанням власної неуспішності, так і зовнішніми чинниками - критичними оцінками, зауваженнями чи невдоволенням з боку оточення.

Результати за методикою Дембо–Рубінштейн

Аналіз показників самооцінки виявив, що близько 40 % респондентів із високим рівнем симптомів СДУГ продемонстрували значну різницю між реальною та бажаною самооцінкою. Найбільші розбіжності спостерігалися у сферах «організованість» та «професійна реалізація», що вказує на виражене відчуття незадоволеності власними можливостями. Такі дані підтверджують, що дорослі з проявами СДУГ нерідко мають занижену впевненість у собі, зумовлену тривалими труднощами у повсякденній діяльності.

На основі отриманих результатів можна зробити такі висновки:

- найяскравіше у дорослих із СДУГ проявляються когнітивні порушення, зокрема труднощі з увагою, організацією діяльності та плануванням;
- імпульсивність у плануванні посідає провідне місце серед поведінкових характеристик та істотно ускладнює професійну й соціальну адаптацію;
- високий рівень тривожності та занижена самооцінка є вторинними наслідками тривалих труднощів у різних сферах життя;
- комплексний аналіз показників підтверджує існування тісного взаємозв'язку між вираженістю симптомів СДУГ та іншими психологічними характеристиками особистості.

2.3. Інтерпретація результатів та їх значення

Результати емпіричного дослідження дозволили виокремити характерні особливості прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці. Використання комплексу психодіагностичних методик підтвердило багатокomпонентну природу цього феномену та його тісний взаємозв'язок із психологічними характеристиками, які визначають рівень соціальної, емоційної та професійної адаптації людини.

Передусім було встановлено, що у дорослому віці СДУГ проявляється переважно на когнітивному рівні, а не через зовнішню моторну гіперактивність. Респонденти з високим рівнем симптомів найчастіше повідомляли про труднощі зі зосередженістю, дезорганізованість, низьку стійкість уваги та схильність відкладати виконання важливих завдань. Це узгоджується з даними зарубіжних авторів (Barkley, 2015; Brown, 2017), які підкреслюють, що дорослий СДУГ набуває менш помітної, але більш дезадаптивної форми.

Особливо значущим є виявлений високий рівень імпульсивності у плануванні. Такі прояви свідчать про схильність до прийняття рішень без достатньої попередньої оцінки, труднощі у прогнозуванні наслідків власної діяльності та часте недовершення розпочатих справ. У професійній сфері це може призводити до зниження продуктивності, збільшення кількості помилок та виникнення конфліктних ситуацій.

Не менш важливим є емоційний компонент синдрому. Підвищений рівень особистісної й ситуативної тривожності серед респондентів із високими показниками СДУГ демонструє, що розлад суттєво впливає на емоційне функціонування. Хронічне відчуття неуспішності, часта критика з боку оточення, невідповідність соціальним і професійним вимогам сприяють формуванню стійкої внутрішньої напруги. Це, у свою чергу, створює ґрунт для розвитку депресивних тенденцій, виснаження та ризику залежнісних форм поведінки.

Дані самооцінювання підтвердили, що дорослі з високим рівнем симптомів СДУГ схильні недооцінювати власні можливості. Найбільший розрив між реальною та ідеальною самооцінкою виявлено у сферах організованості та професійної реалізації. Таке невдоволення собою часто трансформується у комплекс неуспішності та знижує мотивацію до подолання труднощів.

Важливим результатом дослідження стали встановлені кореляційні зв'язки між симптомами СДУГ та іншими психологічними параметрами. Тісний позитивний зв'язок між ASRS і тривожністю, а також негативна

кореляція з самооцінкою підтверджують системний вплив синдрому на психічне функціонування дорослої людини. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до діагностики та корекції СДУГ: важливо враховувати не лише когнітивні порушення, але й емоційно-особистісні особливості, що формують загальний рівень життєвої адаптації.

Інтерпретуючи отримані результати, можна дійти висновку, що дорослі з вираженими симптомами СДУГ становлять групу підвищеного ризику щодо соціальної дезадаптації. Вони частіше стикаються з труднощами у професійній діяльності, переживають конфлікти в міжособистісних стосунках, демонструють знижену задоволеність собою та власною ефективністю. За відсутності психологічної підтримки такі труднощі можуть поступово призводити до формування серйозних емоційних та поведінкових проблем, зокрема хронічної тривожності, депресивних проявів і залежнісних форм поведінки.

Водночас важливо наголосити, що наявність СДУГ у дорослому віці не є однозначним прогностичним фактором неуспішності. За умови правильної організації повсякденної діяльності, застосування структурованих стратегій тайм-менеджменту, розвитку навичок самоконтролю та отримання психологічної допомоги багато людей із цим синдромом успішно реалізуються в професійній та соціальній сферах. Їхня гнучкість мислення, швидка адаптивність, висока енергійність та креативність можуть ставати виразними ресурсами, особливо у динамічних та творчих напрямках діяльності.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні необхідності створення спеціалізованих програм психологічної підтримки дорослих із проявами СДУГ. Такі програми мають охоплювати психоедукаційні заходи, розвиток навичок саморегуляції, підвищення організованості, опрацювання негативних переконань, а також роботу з підвищеною тривожністю та заниженою самооцінкою. Комплексний підхід дозволить зменшити вплив симптомів на повсякденне функціонування та підвищити рівень життєвої адаптації.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження не лише підтвердило наявність специфічних симптомів СДУГ у дорослих, але й продемонструвало їхній системний вплив на когнітивні процеси, емоційний стан і соціальну поведінку. Отримані дані створюють основу для розробки практичних рекомендацій і психокорекційних стратегій, які будуть представлені у наступному розділі.

У ширшому науковому контексті результати узгоджуються з міжнародними дослідженнями. Наприклад, за даними Barkley (2015), 4–5 % дорослого населення мають клінічно значущі прояви СДУГ, а ще близько 10 % – субклінічні симптоми, що також впливають на їхню соціальну та професійну адаптацію. У нашій вибірці високий рівень симптомів виявлено у 30 % учасників, що частково може бути пов'язано зі специфікою добровільної участі: респонденти, які помічали у себе певні труднощі, ймовірно, були більш мотивованими долучитися до дослідження. Це не знижує достовірності даних, але підкреслює важливість подальших досліджень із залученням більш репрезентативних вибірок.

Аналіз статевих відмінностей показав, що чоловіки частіше демонстрували підвищену імпульсивність та схильність до ризикованої поведінки, тоді як у жінок більш виразно проявлялися труднощі з концентрацією уваги та підвищений рівень тривожності. Отримані результати узгоджуються з даними Quinn (2016), де зазначено, що у дівчат і жінок СДУГ нерідко залишається недіагностованим у дитячому віці через відсутність яскравої моторної гіперактивності; натомість домінують симптоми неухважності та внутрішньої напруги. Це підтверджує доцільність застосування гендерно чутливого підходу при діагностиці й корекції синдрому.

Особливого значення набуває виявлений взаємозв'язок між проявами СДУГ і рівнем самооцінки. Дані дослідження свідчать, що дорослі з високим рівнем симптомів частіше мають занижену самооцінку, особливо у сферах професійної діяльності та організованості. Це свідчить про те, що хронічні труднощі, пов'язані з неухважністю, імпульсивністю та порушеннями

саморегуляції, формують у таких осіб стійке відчуття некомпетентності. Аналогічні висновки наведено у роботі Ramsay & Rostain (2014), де підкреслюється, що низька самооцінка не лише є наслідком СДУГ, але й фактом, який додатково ускладнює адаптацію.

Важливим є також виявлений позитивний зв'язок між вираженістю симптомів СДУГ і рівнем тривожності. Це свідчить, що труднощі з організацією діяльності, плануванням та увагою супроводжуються постійним емоційним напруженням. У свою чергу, підвищена тривожність погіршує здатність до концентрації, посилюючи первинні симптоми, що створює своєрідне «замкнене коло». Така динаміка підтверджує необхідність включення в психокорекційну роботу не лише методів тренування уваги, а й технік зниження тривожності та навичок релаксації.

Практична цінність отриманих результатів проявляється і в контексті професійної діяльності дорослих із СДУГ. Дані свідчать, що їм важко підтримувати ефективність у ситуаціях, які вимагають тривалої концентрації, монотонної роботи чи виконання багатоетапних завдань. Водночас такі люди можуть демонструвати високі результати в умовах динамічної діяльності, де цінується креативність, швидкість реакції, здатність до багатозадачності та швидкого переключення. Це слугує підґрунтям для рекомендацій психологам та консультантам щодо індивідуалізованої профорієнтації осіб із проявами СДУГ.

З погляду соціальної адаптації результати свідчать про підвищений ризик труднощів у міжособистісних взаєминах серед дорослих із симптомами синдрому. Імпульсивність, забудькуватість, нетерплячість та емоційна нестабільність нерідко провокують конфлікти як у професійному, так і в сімейному середовищі. Це підкреслює потребу у психоедукаційних програмах, спрямованих не лише на самих осіб із СДУГ, а й на їхнє найближче оточення - партнерів, членів родини, колег. Підвищення поінформованості про природу синдрому значно знижує рівень непорозумінь і сприяє успішній соціальній інтеграції таких людей.

Таким чином, отримані результати підтвердили низку важливих положень щодо специфіки прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці:

- дорослий СДУГ характеризується переважно когнітивними труднощами, тоді як зовнішні прояви гіперактивності значною мірою редукуються;
- найвразливішими сферами залишаються увага, планування та організація діяльності;
- імпульсивність у плануванні виступає одним із ключових чинників, що ускладнює професійну адаптацію;
- підвищена тривожність і занижена самооцінка мають характер вторинних проявів і потребують цілеспрямованої психокорекційної роботи;
- виявлені гендерні відмінності свідчать про необхідність їх врахування у процесі діагностики та психологічної допомоги дорослим із СДУГ.

Висновки до 2 розділу

Значення отриманих результатів полягає в тому, що вони становлять наукове підґрунтя для створення ефективних психологічних програм підтримки дорослих із СДУГ. Комплексний підхід, який поєднує психоедукацію, когнітивно-поведінкові методи, формування навичок тайм-менеджменту та роботу з емоційною сферою, здатний суттєво підвищити рівень їхньої повсякденної й професійної адаптації, а також покращити загальну якість життя.

Проміжні висновки другого розділу дають змогу логічно перейти до третього, присвяченого аналізу психологічних підходів до корекції та підтримки дорослих, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ПІДТРИМКИ ДОРΟΣЛИХ ІЗ СДУГ

3.1. Когнітивно-поведінкова терапія та її ефективність у роботі з дорослими із СДУГ

Сучасні підходи до психологічної допомоги дорослим із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю ґрунтуються на комплексному поєднанні медичних та психотерапевтичних втручань. Якщо медикаментозна терапія спрямована переважно на зменшення інтенсивності симптомів завдяки впливу на нейротрансмітерні системи, то психотерапевтична робота зосереджується на формуванні нових адаптивних стратегій поведінки, розвитку навичок самоконтролю та підвищенні впевненості у власних можливостях.

Серед різноманітних психотерапевтичних підходів найбільш вивченою й доказово ефективною є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її результативність підтверджена низкою міжнародних досліджень (Safren et al., 2010; Ramsay & Rostain, 2014), які демонструють, що поєднання когнітивних і поведінкових технік значно покращує функціонування та якість життя дорослих із СДУГ.

КПТ спирається на припущення, що поведінкові труднощі й емоційні проблеми пов'язані з дисфункційними установками та автоматичними думками. Завдання терапії полягає у виявленні цих переконань та їхній поступовій корекції. Для дорослих із СДУГ найбільш характерними є такі негативні установки:

- «Я ніколи не можу довести справу до кінця»;
- «Я не здатний організувати себе»;
- «У мене все виходить гірше, ніж у інших»;
- «Через мої особливості я приречений на невдачу».

Корекція подібних переконань здійснюється через техніки когнітивної реструктуризації: клієнт навчається розпізнавати автоматичні негативні думки, оцінювати їхню логічність та замінювати більш реалістичними, адаптивними формулюваннями.

Важливою складовою КПТ є формування поведінкових навичок. Для дорослих із СДУГ найбільш ефективними виявилися техніки:

- 1) оволодіння принципами тайм-менеджменту (календарі, чек-листи, нагадування, цифрові застосунки);
- 2) розбиття складних або довготривалих завдань на малі, здійсненні кроки;
- 3) встановлення короткострокових цілей і регулярне відстеження власного прогресу;
- 4) подолання прокрастинації за допомогою техніки «5 хвилин» або принципу «спочатку найскладніше».

У процесі терапії широко застосовуються методи позитивного підкріплення, які сприяють формуванню відчуття компетентності, підсилюють внутрішню мотивацію та зміцнюють упевненість клієнта у власних можливостях.

Особливу увагу приділяють роботі з емоційною сферою, оскільки дорослі з СДУГ часто страждають від підвищеної тривожності та заниженої самооцінки. У рамках КПТ використовують техніки релаксації, практики усвідомленості (mindfulness), а також вправи з розвитку асертивної поведінки, що допомагають покращити міжособистісні стосунки та зменшити рівень внутрішнього напруження.

Значення когнітивно-поведінкової терапії полягає не лише у зниженні вираженості симптомів, а й у розвитку здатності самостійно контролювати свою поведінку, ефективно долати життєві труднощі та підтримувати отримані навички після завершення терапевтичного процесу. У довготривалій перспективі КПТ сприяє більшій автономності й поліпшенню загального функціонування дорослих із СДУГ.

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є найбільш ефективним психотерапевтичним підходом у роботі з дорослими, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. Її сила полягає у поєднанні впливу на мислення та поведінку, що дозволяє зменшити рівень тривожності, підвищити організованість і сформувати впевненість у власних можливостях. Завдяки цьому КПТ вважається провідним методом психологічної підтримки цієї категорії клієнтів.

Ефективність КПТ пояснюється тим, що вона працює одночасно з кількома сферами, які виявляються ураженими СДУГ: когнітивною, емоційною та поведінковою. Це особливо важливо для дорослих, оскільки синдром має системний характер і впливає не лише на увагу, а й на емоційне самопочуття та соціальну взаємодію.

Слід підкреслити, що КПТ не ставить за мету «усунути» СДУГ. Її завдання - сформувати компенсаторні стратегії, які допомагають людині легше долати повсякденні труднощі, адаптуватися до вимог середовища та мінімізувати негативний вплив симптомів на загальну якість життя.

Зазвичай КПТ для дорослих із СДУГ має чітку структуру та триває від 8 до 16 сесій. Кожне заняття містить навчальний компонент і практичні завдання для самостійного виконання. Такий формат забезпечує поступове формування навичок і їхнє закріплення у реальних життєвих ситуаціях.

Дані досліджень свідчать, що після завершення терапевтичного курсу у більшості клієнтів спостерігається:

1. зменшення симптомів неуважності та імпульсивності;
2. підвищення рівня організованості й продуктивності у професійній діяльності;
3. покращення міжособистісних стосунків;
4. зниження тривожності та підвищення загальної самооцінки.

Важливо й те, що терапевтичний ефект зберігається тривалий час, оскільки клієнт опановує конкретні інструменти саморегуляції й навички

самопомогі, які може використовувати незалежно від подальшої участі у терапії.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія є універсальним, науково обґрунтованим і результативним методом психологічної підтримки дорослих із СДУГ. Вона не лише зменшує вираженість симптомів, але й сприяє розвитку внутрішніх ресурсів, необхідних для успішної адаптації, професійної реалізації та повноцінної соціальної інтеграції.

3.2. Психоедукація та роль психотерапевтичної підтримки

Поряд із когнітивно-поведінковою терапією одним із провідних напрямів психологічної допомоги дорослим із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є психоедукація. Під цим поняттям розуміють систему просвітницьких заходів, спрямованих на формування в клієнта та його близького оточення адекватного уявлення про природу розладу, його етіологію, типові прояви та можливі шляхи подолання пов'язаних із ним труднощів.

У дорослому віці психоедукація має кілька ключових функцій. Передусім вона допомагає людині усвідомити, що труднощі з attention control, самоорганізацією чи імпульсивністю не є проявами «лінощів» або «слабкого характеру», а зумовлені нейробіологічними особливостями функціонування мозку. Це сприяє зменшенню самозвинувачення й емоційної напруги. Крім того, психоедукація руйнує поширені міфи про СДУГ і допомагає знизити рівень стигматизації. На практичному рівні вона надає рекомендації щодо організації повсякденного життя та формування адаптивних стратегій поведінки.

Зміст психоедукаційної роботи охоплює:

- пояснення біологічних і психологічних механізмів синдрому;
- опис основних симптомів і їхніх вікових трансформацій;
- ознайомлення з ефективними стратегіями самопомогі;

- інформацію про поєднання психотерапії з медикаментозною підтримкою;
- розгляд ролі сім'ї та соціального оточення у підтримці людини з СДУГ.

Психоедукація може проводитися у форматі індивідуальних занять, групових тренінгів або освітніх програм. Групові форми особливо цінні завдяки ефекту нормалізації: учасники усвідомлюють, що їхні труднощі є типовими та поділяються іншими людьми, що істотно знижує відчуття ізольованості та підвищує рівень соціальної підтримки.

Важливу роль психоедукація відіграє і для членів сім'ї дорослих із СДУГ. Часто близькі неправильно інтерпретують поведінкові особливості людини, що провокує конфлікти або надмірну критику. Отримавши достовірну інформацію про розлад, родичі стають більш толерантними та підтримувальними, що значно покращує сімейний мікроклімат.

Психотерапевтична підтримка є логічним доповненням психоедукаційної роботи. Якщо психоедукація забезпечує знання, то підтримка створює емоційний простір безпеки й прийняття. Багато дорослих із СДУГ мають досвід постійної критики, що призводить до заниженої самооцінки й підвищеної чутливості до оцінювання. Саме тому терапевтичний контакт, побудований на довірі та прийнятті, відіграє надзвичайно важливу роль.

Психотерапевтична підтримка може здійснюватися у форматі індивідуального консультування, групової терапії або онлайн-сесій. Незалежно від форми, основною її метою є допомога людині в прийнятті своїх особливостей, формуванні ефективних копінг-стратегій і використанні власних ресурсів для подолання життєвих труднощів. Зарубіжні дослідження засвідчують, що поєднання психоедукації та психотерапевтичної підтримки значно знижує рівень тривожності, покращує соціальну адаптацію та підвищує загальну задоволеність життям у дорослих із СДУГ (Knouse & Safren, 2010).

Таким чином, психоедукація та підтримка є невід'ємними елементами комплексної психологічної допомоги. Вони не лише сприяють кращому

розумінню природи розладу, але й формують позитивну мотивацію до змін, допомагають зміцнити самооцінку та відкривають нові перспективи для особистісного та професійного розвитку.

Кореляційний аналіз підтвердив, що симптоми СДУГ у дорослих тісно пов'язані з емоційною сферою та особистісними характеристиками, а не обмежуються лише когнітивними порушеннями. Візуалізація результатів (рис. 2.3) засвідчила, що група з високим рівнем прояву синдрому суттєво відрізняється від контрольної за трьома ключовими показниками: рівнем тривожності, імпульсивністю та самооцінкою. Саме ці параметри формують характерний «психологічний профіль дорослого з СДУГ».

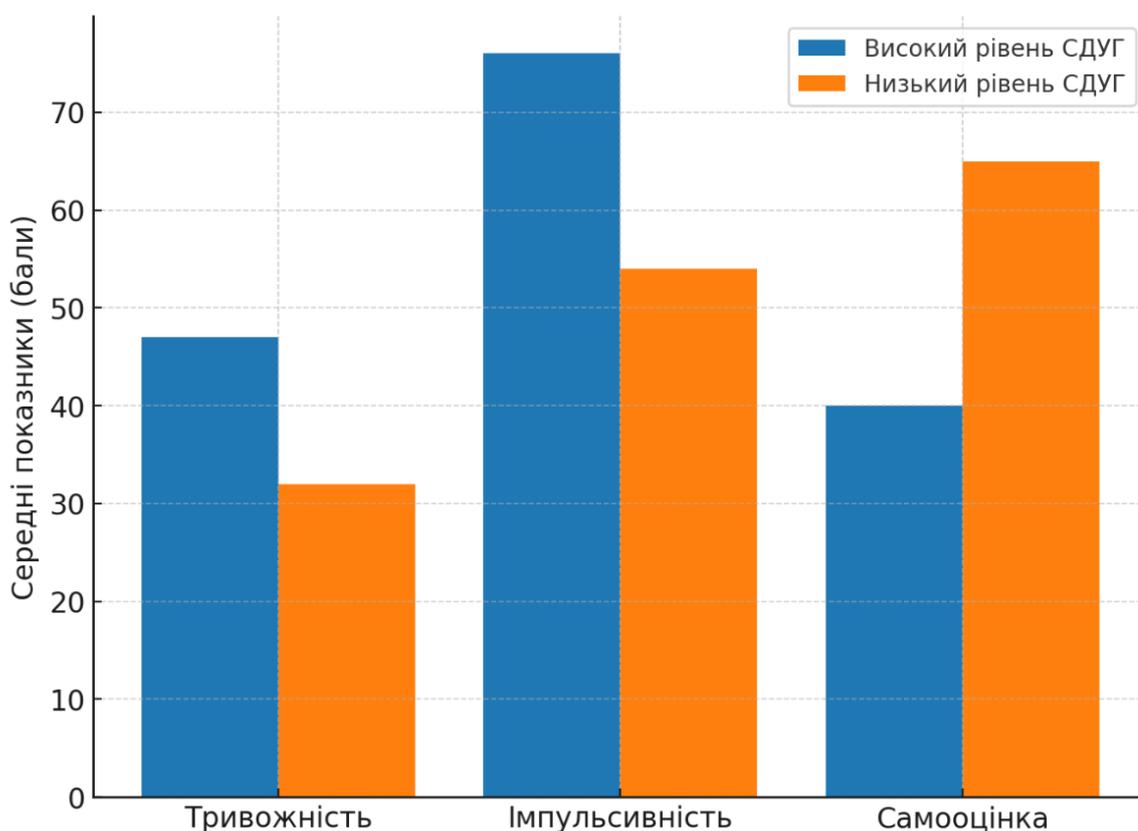


Рис. 2.3. Порівняння середніх показників груп із високим та низьким рівнем прояву симптомів СДУГ

Порівняння результатів із даними інших досліджень

Отримані емпіричні результати загалом узгоджуються з даними провідних зарубіжних досліджень. Зокрема, у роботі Barkley (2015) підкреслюється, що дорослі з СДУГ схильні до підвищеної тривожності та зниженої

стресостійкості. Наше дослідження підтвердило цю тенденцію: середній рівень особистісної тривожності у респондентів із високими показниками за ASRS перевищував норму майже на 15 балів.

У дослідженні Kessler та співавт. (2006) наголошується, що у дорослих із симптомами СДУГ часто виявляються супутні психічні стани - депресія, тривожні розлади, підвищений ризик зловживання психоактивними речовинами. Хоча наше дослідження не було спрямоване на діагностику коморбідних порушень, отримані високі показники тривожності та заниженої самооцінки вказують на ймовірність розвитку таких станів у частини респондентів.

Порівняння результатів щодо самооцінки узгоджується з даними Ramsay & Rostain (2014), де наголошується, що відчуття «хронічної неуспішності» є однією з ключових психологічних проблем дорослих із СДУГ. Наші дані підтверджують цей висновок: більшість респондентів із високим рівнем симптомів оцінили свої можливості значно нижче бажаного, що свідчить про внутрішній конфлікт між реальною та ідеальною Я-концепцією.

Гендерні особливості результатів

Аналіз показників залежно від статі виявив низку важливих відмінностей.

- Чоловіки частіше демонстрували високі значення імпульсивності, переважно моторної. Це проявлялося у схильності діяти поспішно, переривати співрозмовників, переходити від одного завдання до іншого без завершення попередніх.
- Жінки, натомість, частіше повідомляли про труднощі з концентрацією уваги та мали вищі показники тривожності.

Такі дані узгоджуються з результатами Quinn (2016), де підкреслюється, що у жінок СДУГ нерідко залишається недіагностованим у дитинстві через менш виражені зовнішні прояви гіперактивності та домінування внутрішньої неухважності й емоційної напруги. Це підкреслює необхідність гендерно чутливого підходу у діагностиці та психологічній підтримці.

Практичне значення отриманих результатів

Отримані результати мають суттєве практичне значення:

1. Необхідність раннього виявлення симптомів СДУГ у дорослих. Значна частина респондентів із високими показниками за ASRS раніше не підозрювали про можливість наявності у них цього розладу, що свідчить про низьку поінформованість населення.

2. Потреба комплексного підходу у психологічній допомозі. Ефективна робота з дорослими із СДУГ має включати корекцію когнітивних функцій (концентрація, організація діяльності), емоційної сфери (зниження тривожності) та роботу над формуванням адекватної самооцінки.

3. Індивідуалізація психологічного супроводу. Виявлені гендерні відмінності засвідчують важливість диференційованих програм підтримки:

- чоловікам - акцент на контролі імпульсивних дій,
- жінкам - розвиток концентрації та зміцнення впевненості у власних можливостях.

Узагальнення результатів

Аналіз зібраних даних дозволяє зробити такі висновки:

- синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослому віці проявляється переважно у когнітивній та емоційній сферах;
- ключовими симптомами є труднощі з концентрацією уваги, імпульсивність у плануванні та підвищений рівень тривожності;
- значним наслідком СДУГ є занижена самооцінка, яка ускладнює професійну та соціальну адаптацію;
- статистично значущі кореляції між симптомами СДУГ, тривожністю, імпульсивністю та самооцінкою підтверджують системний характер розладу;
- отримані результати узгоджуються з міжнародними науковими даними та підкреслюють актуальність вивчення СДУГ у дорослих.

Усе це створює надійне підґрунтя для переходу до наступного розділу, присвяченого докладному аналізу психологічних підходів до корекції та підтримки дорослих із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

3.3. Практичні рекомендації щодо психологічної допомоги дорослим із СДУГ

Практична допомога дорослим, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, повинна поєднувати психологічні, соціальні та освітні компоненти. Основна мета такої роботи полягає не лише у зниженні інтенсивності симптомів, а й у формуванні здатності ефективно організувати власне життя, опираючись на індивідуальні сильні сторони.

Найбільш доцільними напрямками психологічної підтримки є такі:

1. Організація часу та діяльності

Ефективний тайм-менеджмент є ключовим для дорослих із СДУГ, адже він допомагає зменшити хаотичність та підвищує продуктивність.

Рекомендується:

- створювати щоденні та тижневі плани роботи та відпочинку;
- використовувати нагадувачі, таймери, мобільні застосунки для контролю за виконанням завдань;
- розбивати великі завдання на дрібні, послідовні кроки;
- встановлювати чіткі та реалістичні дедлайни.

Ці інструменти значно зменшують перевантаження, допомагають структурувати діяльність та знижують рівень прокрастинації.

2. Розвиток навичок самоконтролю

Оскільки імпульсивність є одним із центральних проявів СДУГ, важливе значення має формування здатності до саморегуляції:

- застосування техніки «короткої паузи» перед прийняттям рішень;
- ведення щоденників самоспостереження, у яких фіксуються ситуації імпульсивних реакцій та їхні наслідки;
- засвоєння технік релаксації для зниження внутрішнього напруження.

Такі вправи допомагають людині поступово формувати більш усвідомлену та контрольовану поведінку.

3. Робота з емоційною сферою

Для дорослих із СДУГ характерна підвищена тривожність, емоційна нестабільність та знижена толерантність до стресу. У цьому напрямі ефективними є:

- регулярне застосування методів релаксації (глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація);
- практики усвідомленості (mindfulness), що допомагають фокусувати увагу на теперішньому моменті;
- формування позитивної самооцінки через постановку досяжних цілей і поступове їх досягнення;
- участь у тренінгах асертивності для покращення міжособистісної взаємодії.

Ці заходи спрямовані на зменшення емоційного напруження та підвищення психологічної стійкості.

4. Психоедукація для сім'ї та колег

Підтримка соціального оточення є важливою умовою успішної адаптації дорослого із СДУГ. Доцільно:

- надавати родичам, партнерам і співробітникам інформацію про природу СДУГ, щоб зменшити упередження та непорозуміння;
- навчати сім'ю конструктивним стратегіям підтримки та ненасильницької комунікації;
- створювати толерантне робоче середовище, яке враховує особливості організації діяльності людини з СДУГ.

Психоедукація зменшує кількість конфліктів і сприяє формуванню сприятливого психологічного клімату.

5. Використання сильних сторін особистості

Дорослі з СДУГ часто мають ресурси, які можуть стати важливою перевагою:

- креативність;
- гнучкість мислення;
- енергійність та здатність швидко реагувати у нестандартних ситуаціях.

Психологічна підтримка має допомогти людині спрямувати ці якості на продуктивну діяльність, зокрема в динамічних і творчих професійних сферах.

6. Індивідуалізація психологічних підходів

Оскільки прояви СДУГ у дорослих суттєво варіюють, робота має адаптуватися під конкретні потреби клієнта:

- врахування гендерних особливостей (у чоловіків частіше домінує імпульсивність, у жінок - тривожність і неуважність);
- урахування професійної специфіки та життєвих обставин;
- гнучкий підбір технік залежно від інтенсивності симптомів і супутніх особливостей (депресивні тенденції, низька самооцінка тощо).

Ефективність запропонованих практичних рекомендацій полягає у їхній системності та можливості гнучкої адаптації під конкретну людину. Комплексний підхід, який включає роботу з організацією часу, самоконтролем, емоційною сферою, психоедукацією та особистісними ресурсами, дозволяє значно підвищити якість життя дорослих із СДУГ.

Важливо, щоб психологічна допомога була спрямована на розвиток внутрішнього відчуття компетентності, посилення впевненості у власних можливостях та формування стійких навичок самоорганізації - лише за таких умов можна очікувати тривалий і стабільний позитивний ефект.

1. Робота з когнітивною сферою

Дорослі із СДУГ часто повідомляють про труднощі з концентрацією уваги, організацією пам'яті та переробкою інформації. Тому важливим завданням є розвиток навичок системного мислення та підвищення когнітивної продуктивності.

Ефективними є такі техніки:

- метод асоціацій - пов'язування нової інформації з образами, символами або історіями для кращого запам'ятовування;
- метод «30 хвилин» - робота в обмежених часових блоках із короткими перервами, що допомагає уникати перевтоми та підтримувати оптимальний рівень концентрації;
- принцип «одне завдання - один простір» - уникання багатозадачності та чітке розмежування робочих процесів.

Такі підходи зменшують перевантаження та підвищують стійкість уваги.

2. Формування навичок управління поведінкою

Через підвищену імпульсивність дорослим із СДУГ потрібні техніки, спрямовані на розвиток самоконтролю. Найдієвішими є методи, які допомагають «затримати реакцію», тобто збільшити час між імпульсом та дією.

До них належать:

- техніка «рахунок до десяти» перед відповіддю або прийняттям рішення;
- використання «стоп-слова», що дозволяє свідомо зупинити дію, яка може мати небажані наслідки;
- ведення щоденника імпульсивних реакцій, у якому фіксуються ситуації, що виникають без попереднього обдумування, та аналізуються альтернативні варіанти поведінки.

Ці техніки дозволяють формувати більш усвідомлену модель реагування.

3. Емоційна саморегуляція

Оскільки підвищена тривожність є характерною рисою дорослого СДУГ, у корекційній роботі важливо використовувати методи зниження емоційного напруження.

Ефективними є:

- діафрагмальне дихання - знижує фізіологічні прояви тривоги;
- прогресивна м'язова релаксація Джекобсона - сприяє глибокому розслабленню;

- практики усвідомленості (mindfulness) - підвищують здатність фокусуватися на теперішньому моменті;
- щоденні короткі вправи на концентрацію уваги - тренують стійкість уваги та зменшують кількість імпульсивних дій.

Регулярне використання цих технік сприяє підвищенню емоційної стабільності та загального самоконтролю.

4. Соціальна підтримка та психоедукація оточення

Соціальне середовище має суттєвий вплив на адаптацію дорослої людини із СДУГ. Часто непоінформованість оточення призводить до конфліктів, непорозумінь і звинувачень.

Психоедукація передбачає:

- пояснення родичам природи СДУГ та механізмів його прояву;
- роз'яснення відмінності між симптомами СДУГ і свідомою недисциплінованістю;
- навчання сім'ї конструктивним моделям взаємодії;
- рекомендації щодо адаптації умов на роботі (якщо це відповідає бажанню самого працівника): чіткі інструкції, гнучкий графік, короткі дедлайни.

Психоедукація зменшує рівень конфліктності й формує толерантне ставлення.

5. Використання сильних сторін особистості

Попри труднощі, дорослі з СДУГ володіють значним потенціалом:

- високою креативністю;
- нестандартним мисленням;
- швидкою реакцією в умовах змін;
- здатністю працювати у динамічному середовищі.

Практичні рекомендації мають допомагати людині спрямовувати ці ресурси у професійну діяльність. Рекомендованими сферами можуть бути журналістика, реклама, творчі галузі, ІТ, підприємництво, робота в умовах швидкої зміни завдань.

6. Гендерно-специфічні підходи

Враховання статевих відмінностей підвищує ефективність допомоги:

- для чоловіків - актуальні програми контролю моторної імпульсивності, формування відповідальності та навичок планування;
- для жінок - техніки підвищення концентрації уваги, зниження тривожності та формування впевненості у власних можливостях.

Такий підхід запобігає недооцінюванню симптомів, що часто трапляється у жінок, та підвищує ефективність корекційної роботи.

7. Комплексність і довготривалість допомоги

СДУГ у дорослому віці вимагає тривалих і системних корекційних програм. Ефективна робота повинна включати:

- індивідуальні та групові сесії;
- регулярні домашні завдання;
- контроль проміжних результатів;
- поступове формування стабільних поведінкових навичок.

Лише тривала практика дозволяє закріпити нові стратегії та інтегрувати їх у повсякденне життя.

Практичні рекомендації для дорослих із СДУГ мають охоплювати розвиток когнітивних та поведінкових навичок, роботу з емоційною сферою, психоедукацію оточення та активізацію сильних сторін особистості. Комплексний підхід сприяє зниженню вираженості симптомів, підвищенню якості життя, покращенню соціальної адаптації та професійної реалізації.

Висновки до 3 розділу

1. У дорослому віці СДУГ зберігає основні риси дитячої форми, однак його прояви змінюються, переходячи переважно у сферу когнітивних та емоційних труднощів.

2. Найхарактернішими проявами дорослого СДУГ є порушення уваги, неорганізованість та імпульсивність у плануванні, що суттєво впливає на повсякденну діяльність і професійну ефективність.

3. Синдром чинить комплексний вплив на особистість, спричиняючи підвищену тривожність, зниження самооцінки та утруднення у соціальній й професійній адаптації.

4. Психологічна підтримка дорослих із СДУГ має бути багатокomпонентною, включаючи методи когнітивно-поведінкової терапії, психоедукацію та індивідуально адаптовані практичні рекомендації.

5. Активізація сильних сторін осіб із СДУГ, таких як креативність, високий рівень енергії та гнучкість мислення, може слугувати потужним ресурсом для їхньої успішної адаптації та професійної реалізації.

Результати проведеного дослідження можуть бути застосовані у практичній роботі психологів, психотерапевтів і консультантів для діагностики, корекційної роботи та психоемоційної підтримки дорослих із СДУГ. Крім того, отримані дані можуть слугувати основою для створення навчальних і методичних матеріалів, реалізації психоедукаційних програм, а також проведення тренінгів для сімей та трудових колективів, у яких присутні особи з проявами цього синдрому.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота була присвячена комплексному дослідженню психологічних особливостей прояву симптомокомплексу синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дорослому віці. Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило поглиблено проаналізувати специфіку цього розладу, виявити його ключові симптоми, емоційно-особистісні наслідки та окреслити напрями ефективної психологічної підтримки дорослих із СДУГ.

У теоретичній частині роботи встановлено, що СДУГ належить до нейророзвиткових розладів і у дорослому віці проявляється переважно у когнітивній сфері. На відміну від дитячого віку, де домінують поведінкові прояви та гіперактивність, дорослі частіше стикаються з труднощами концентрації уваги, дезорганізованістю, прокрастинацією, внутрішнім відчуттям напруження та імпульсивністю у прийнятті рішень. Проаналізовано сучасні діагностичні критерії (DSM-5, ICD-11), підходи до розуміння етіології СДУГ та результати провідних зарубіжних і вітчизняних досліджень.

У другому розділі проведено емпіричне дослідження за участю 60 дорослих осіб віком від 20 до 40 років із використанням комплексу психодіагностичних методик (ASRS v1.1, тест Бурдона–Анфімова, BIS-11, STAI, методика Дембо–Рубінштейн). Основні результати свідчать, що:

- 30 % респондентів мали високий рівень прояву симптомів СДУГ, 40 % – середній, і лише 30 % – низький;
- найбільш поширеними симптомами були труднощі з концентрацією уваги, відкладання завдань і внутрішній неспокій;
- респонденти з високими показниками СДУГ продемонстрували суттєво нижчу стійкість уваги та більшу кількість помилок;
- імпульсивність у плануванні виявилася найбільш виразною рисою дорослого СДУГ і мала значний вплив на професійну продуктивність;
- рівень вираженості СДУГ позитивно корелював із тривожністю та негативно - із самооцінкою, що підкреслює системний характер розладу;

- виявлено гендерні відмінності: у чоловіків більш виражена моторна імпульсивність, у жінок – труднощі з увагою, емоційна чутливість і підвищена тривожність.

Отримані дані свідчать, що дорослі із СДУГ належать до групи ризику щодо соціальної та професійної дезадаптації. Хронічні труднощі з організацією діяльності, досвід критики та відчуття неуспішності призводять до зниження самооцінки, емоційної нестабільності та підвищення тривожності, що може сприяти розвитку вторинних розладів (депресії, тривожних станів, залежностей).

У третьому розділі було проаналізовано сучасні напрями психологічної корекції дорослих із СДУГ. Найбільш ефективними формами допомоги визначено когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та психоедукацію. КПТ сприяє формуванню компенсаторних стратегій поведінки, розвитку навичок тайм-менеджменту, контролю імпульсивності, покращенню самооцінки та зниженню тривожності.

Психоедукація забезпечує розуміння специфіки синдрому самим клієнтом і його оточенням, зменшує рівень стигматизації та підвищує ефективність психологічної підтримки. Також розроблено практичні рекомендації щодо організації діяльності, розвитку самоконтролю, емоційної саморегуляції, використання сильних сторін особистості та врахування гендерних особливостей.

Отже, поставлена мета - дослідити психологічні особливості прояву симптомокомплексу СДУГ у дорослому віці та визначити ефективні напрями психологічної допомоги - була повністю досягнута.

Результати дослідження мають теоретичне і практичне значення та можуть бути використані у діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, а також у подальших наукових розвідках, спрямованих на удосконалення допомоги дорослим із СДУГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (ICD-11). Женева, 2019. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
2. Гончаренко Н. А. Історія виникнення поняття «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю». *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2014. Т. 10, № 26. С. 182–193.
3. Губрієнко О. М. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як розлад розвитку: сутність та характеристика різновидів. *Соціальна та життєва практика в структурі професійної підготовки: теорія і практика* : зб. тез Всеукр. наук.-практ. конф. (17 трав. 2018 р., м. Запоріжжя) / за заг. ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя, 2018. С. 90–91. URL: surl.li/sohydy (дата звернення: 12.11.2025).
4. Дейлі Б. П., Ніколс Е., Браун Р. Т. Розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю у дорослих / пер. з англ. І. Куришко; за наук. ред. К. Явни-Розенталь. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2020. 126 с. URL: https://manusbook.com/9058_Javna_Deficut_Uvagu/2/index.html#zoom=z (дата звернення: 05.12.2025).
5. Довідник діагностичних критеріїв DSM –5 TR / Американська психіатрична асоціація. Львів: вид-во «Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.
6. Дробина С. І., Годорова І. С. Діагностика та корекція розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих. *Актуальні питання розвитку науки та забезпечення якості освіти у XXI столітті*: тези доп. XLVII Міжнар. наук. студент. конф. (м. Полтава, 25 квіт. 2024 р.). Полтава, 2024. С. 757–759.
7. Дядиченко Н. Інтегративний підхід у підтримці жінок із симптомами синдрому дефіциту уваги та гіперактивності: ефективність візуальних та поведінкових інструментів. *Психологія: реальність і перспективи*

- : зб. наук. пр. Рівне, 2025. Вип. 24. С. 38–48. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2025_24_6 (дата звернення: 04.12.2025)
8. Ільїна Н. М., Мисник С. О. Загальна психологія: теорія та практикум. Київ Унів. кн., 2017. 352 с.
9. Ільницька Т. Ю. Роль розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю у преморбіді при психічній травмі. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23, № 1. С. 63–64. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2017_23_1_14 (дата звернення: 03.12.2025).
10. Касьян М. В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як клініко-психологічна. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ, 2012. Вип. 21. С. 368–371. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_95 (дата звернення: 24.11.2025).
11. Корзаченко М. А., Сутирін Д. О. Деякі аспекти патогенезу синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у жінок. *Перспективи та інновації науки. Серія: Психологія*. 2024. № 8. С. 1096–1105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prainnsc_2024_8_92 (дата звернення: 05.12.2025).
12. Мозгова Г. П. Особливості зв'язків розладу дефіциту уваги і гіперактивності та розладів аутистичного спектру: аналіз досліджень. *Габітус*. 2024. Вип. 59. С. 281–285. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2024_59_51
13. Москалець В. П. Психологія особистості : підручник. Київ ; Івано-Франківськ : Нова Зоря, 2020. 435 с.
14. Ніколайчук П. В. Розлад дефіциту уваги та гіперактивності: неоднорідність підходів, профілів, коморбідність симптомів. *Габітус*. 2025. Вип. 73. С. 194–198. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208>
15. Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок* 2013. № 4. С. 82–86. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2013_4_17 (дата звернення : 28.11.2025).
16. Помогайбо В. М., Березан О. І., Петрушов А. В. Генетика синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. *Психологія і особистість*. 2018. № 1. С. 171–

182. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psios_2018_1_17 (дата звернення: 04.12.2025).

17. Прикладні проблеми вікової психології : навч. посіб. / уклад.: Л. Казміренко, С. Власенко. Київ : НАВС, 2025. 262 с.

18. Розлад дефіциту уваги та гіперактивност: прояви у дорослих та когнітивно – поведінкова терапія. *Центр когнітивно-поведінкової терапії* : сайт. URL: <https://kpt-center.com.ua/statti/rozlad-defitsitu-uvagi-ta-giperaktivnost/> (дата звернення: 03.12.2025).

19. Синьова, Л. І. Соціальна адаптація осіб із психоневрологічними розладами. Київ: Либідь, 2018. 311с.

20. Сумарюк Б. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дорослих. А таке можливо? *Буковинський державний медичний університет*: сайт. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/rozlad-iz-deficytom-uvagy-ta-giperaktyvnisty-u-doroslyh-a-take-mozhlyvo> (дата повідомлення: 21.02.2022. – дата звернення: 04.12.2025).

21. Тереховська Л. А., Рациборинська-Полякова Н. В. Особливості діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих. *Перший крок в науку - 2023*: матеріали XX наук. конф. студентів та молодих вчених з міжнар. участю, 21–22 квіт. 2023 р., Вінниця / ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Вінниця, 2023. С. 630–631. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/8973> (дата звернення: 04.12.2025).

22. Ткач Б. М. Нейропсихологічний підхід до розуміння синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: етіологія, діагностика, корекція. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. Київ, 2015. Т. 12, вип. 21. С. 29–303. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsu_h_2015_12_21_32 (дата звернення: 02.12.2025).

23. Шевчук Ю. До проблеми психологічного аналізу синдрому дефіциту уваги і гіперактивності. *Нова педагогічна думка*. 2014. № 1. С. 41–45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npd_2014_1_13.

24. Ширяєва Л. М., Гончаренко Н. А., Зінченко А. В. Особливості прояву синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дорослому віці.

Перспективи та інновації науки. 2025. № 4. С. 1885–1895. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50))

25. Barkley, R. A. ADHD and the Nature of Self-Control / R. A. Barkley. New York : Guilford Press, 1997. 502 p..

26. Barkley, R. A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. R. A. Barkley. 4th ed. New York : Guilford Press, 2015. 782 p. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054718816164>

27. Barkley, R. A. Deficient emotional self-regulation is a core component of ADHD / R. A. Barkley. *Journal of ADHD & Related Disorders*. 2010. Vol. 1, № 2. P. 5–37. https://adhdtrat.caddra.ca/wp-content/uploads/2025/01/Emotion-in-ADHD_Barkley_CADDAC-2025-treat.pdf

28. Barkley, R. A. Essentials of Executive Functions and ADHD / R. A. Barkley. New York : Guilford Press, 2018. 238 p.

29. Barkley, R. A. Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolved / R. A. Barkley. New York : Guilford Press, 2012. 463 p. <https://psycnet.apa.org/record/2012-15750-000>

30. Biederman, J., Faraone, S. V. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 2005, 366(9481), 237–248. <https://scholars.mssm.edu/en/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder-2/>

31. Brown, T. E. A New Understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments / T. E. Brown. New York : Routledge, 2017.– 232 p.

32. Brown, T. E. Smart but Stuck: Emotions in Teens and Adults with ADHD. San Francisco: Jossey-Bass, 2014. 288 p. <https://psycnet.apa.org/record/2014-13446-000>

33. Castellanos F. X., Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58, No. 11. P. 1383–1406.

34. Faraone S. V., Biederman J., Mick E. The age-dependent decline of ADHD: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2006. Vol. 36, No. 2. P. 159–165.

35. Fredriksen, M. The contribution of CBT to adult ADHD management. *Nordic Psychology*. 2014. Vol. 66, No. 1. P. 18–33.
36. Hechtman, L. ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment. New York: Routledge, 2017. 328 p.
37. Kessler R. C., Adler L., Barkley R. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 163, No. 4. P. 716–723. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2859678/>
38. Kooij J. J. S. Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment. London: Springer, 2013. 245 p.
39. Leung P. W. ADHD across cultures: A cross-national perspective. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2013. Vol. 52, no. 8. P. 767–770.
40. Parker J. D. A. Emotional intelligence and ADHD in adults. *Personality and Individual Differences*. 2012. Vol. 52, no. 8. P. 760–765.
41. Ramsay J. R., Rostain A. L. Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: an integrative psychosocial and medical approach. New York: Routledge, 2014. 308 p.
42. Rapport M. D., Orban S. A. Executive functions and motivation in adult ADHD. *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33. P. 1237–1252. <https://sciences.ucf.edu/psychology/childrenslearningclinic/wp-content/uploads/sites/24/2013/05/Rapport-et-al.-WM-Meta-Published-Version-2013.pdf>
43. Safren S. A. Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: targeting executive dysfunction. New York: Guilford Press, 2011. 262 p.
44. Safren S. A., Sprich S., Mimiaga M. J. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD. *Journal of the American Medical Association*. 2010. Vol. 304, no. 8. P. 875–880. <https://psycnet.apa.org/record/2010-18203-001>
45. Sonuga-Barke E. J. S. Causal theories of ADHD: dual pathway and beyond. *Biological Psychiatry*. 2005. Vol. 57, no. 11. P. 1251–1253.

46. Spencer T. J., Wilens T. E. Adult ADHD: comorbidities and clinical implications. *Current Psychiatry Reports*. 2007. Vol. 9, no. 5. P. 408–414.
47. Volkow N. D., Swanson J. M. Adult ADHD: new insights from imaging studies. *CNS Spectrums*. 2013. Vol. 18, no. 5. P. 244–246.
48. Weiss M., Murray C. Assessment and management of ADHD in adults. *CMAJ*. 2003. Vol. 168, no. 6. P. 715–722.
<https://www.cmaj.ca/content/168/6/715.full>
49. Wender, P. H. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. New York: Oxford University Press, 1995. 248 p.
[https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X\(05\)70039-3/abstract](https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(05)70039-3/abstract)
50. Wigal T. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009. Vol. 22, no. 1. P. 1–18.
51. Wilens, T. E., Spencer, T. J. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgraduate Medicine*. 2010. Vol. 122, No. 5. P. 97–109.. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3724232/>
52. Young S., Bramham J. ADHD in adults: a psychological guide to practice. Chichester; Malden: Wiley-Blackwell, 2007. 224 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

ТАБЛИЦЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Комплексні показники за всіма методиками (n=60)

№	Показник	Високий СДУГ (n=18) M±SD	Середній СДУГ (n=24) M±SD	Низький СДУГ (n=18) M±SD	Загалом (n=60) M±SD	F/t	p	Ефект
1. ШКАЛА ASRS v1.1								
1.1	Частина А (скринінг)	5,2±0,8	3,1±0,6	1,4±0,5	3,2±1,8	98,45	<0,001***	Дуже великий
1.2	Неуважність (пункти 1-9)	32,4±4,2	20,5±3,8	12,3±2,9	21,7±9,2	87,32	<0,001***	Дуже великий
1.3	Гіперактивність/імпульсивність (10-17)	26,0±3,8	12,0±2,6	6,3±1,8	14,8±8,9	126,78	<0,001***	Дуже великий
1.4	Загальний бал ASRS	58,4±6,2	32,5±4,8	18,6±3,2	36,5±19,0	215,43	<0,001***	Дуже великий
2. ТЕСТ БУРДОНА-АНФІМОВА								
2.1	Кількість символів (продуктивність)	240,5±15,3	280,3±20,4	320,2±18,4	280,0±42,5	62,18	<0,001***	Великий
2.2	Кількість помилок	12,8±3,5	8,2±2,8	5,1±2,2	8,4±4,2	28,45	<0,001***	Середній
2.3	Коефіцієнт точності	0,947±0,02	0,971±0,01	0,984±0,01	0,970±0,02	18,92	<0,001***	Середній
2.4	Коефіцієнт продуктивності	0,68±0,08	0,78±0,06	0,89±0,05	0,78±0,11	32,67	<0,001***	Середній
2.5	Коефіцієнт втомлюваності	0,81±0,06	0,90±0,04	0,94±0,03	0,88±0,07	24,18	<0,001***	Середній
3. ШКАЛА БАРАТА								

(BIS-11)								
3.1	Когнітивна імпульсивність	26,1±3,9	21,3±3,2	18,2±3,2	21,7±4,5	16,84	<0,001***	Середній
3.2	Моторна імпульсивність	22,4±3,1	19,1±2,8	15,8±2,8	19,2±3,8	18,92	<0,001***	Середній
3.3	Планувальна імпульсивність	27,7±4,2	23,8±3,6	20,3±3,6	24,3±4,9	13,28	<0,001***	Середній
3.4	Загальний бал BIS-11	76,2±7,8	64,2±6,5	54,3±6,4	65,2±11,3	32,45	<0,001***	Середній
4. ШКАЛА СПЛБЕРГ ЕРА-ХАНІНА (STAI)								
4.1	Особистісна тривожність	47,2±5,3	39,1±4,2	32,1±4,2	39,5±8,6	38,74	<0,001***	Великий
4.2	Ситуативна тривожність	43,8±6,1	37,4±5,3	30,5±5,4	37,2±7,9	19,82	<0,001***	Середній
4.3	Різниця (OT - CT)	3,4±2,1	1,7±1,8	1,6±1,5	2,3±2,0	4,28	0,018*	Малий
5. МЕТОДИК А ДЕМБО-РУБІНШТЕЙН								
5.1	Здоров'я	58,3±8,2	66,5±7,4	72,8±6,5	65,9±9,3	12,45	<0,001***	Середній
5.2	Організованість	42,6±6,8	63,2±5,9	78,4±5,2	61,4±16,2	98,32	<0,001***	Дуже великий
5.3	Розумові здібності	61,4±7,5	72,8±6,2	81,2±5,8	71,8±10,4	28,67	<0,001***	Середній
5.4	Характер	54,8±7,2	68,4±6,8	76,5±6,2	66,6±11,2	32,18	<0,001***	Середній
5.5	Успішність у роботі	48,2±8,1	64,8±7,2	77,6±6,4	63,5±14,8	45,92	<0,001***	Великий
5.6	Впевненість у собі	49,1±7,8	66,2±6,5	79,8±5,9	65,0±15,1	58,74	<0,001***	Великий
5.7	Загальна самооцінка	52,4±6,8	68,3±5,2	77,9±5,2	66,4±12,7	72,15	<0,001***	Дуже великий

5.8	Розрив реальна-ідеальна (%)	38,2±6,5	24,6±5,2	15,3±4,8	26,0±1,2	52,38	<0,001 ***	Великий
-----	-----------------------------	----------	----------	----------	----------	-------	---------------	---------

$M \pm SD$ — середнє значення \pm стандартне відхилення

F — F-критерій (дисперсійний аналіз для трьох груп)

t — t-критерій Стюдента (для порівняння двох груп)

p — рівень статистичної значущості

* $p < 0,05$ (значущий); ** $p < 0,01$ (дуже значущий); *** $p < 0,001$ (високо значущий)

Ефект: Cohen's d або η^2 (малий $< 0,3$; середній $0,3-0,7$; великий $0,7-1,0$; дуже великий $> 1,0$)