

Хмельницький національний університет  
 Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
 Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)  
 Освітній рівень

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ДОРΟΣЛИХ З  
 РОЗЛАДОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 241096

номер ІНП

Виконала: здобувачка ІІ курсу, групи ППмз-24-1 Наталія ГРИГОРУК

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник кандидат психологічних наук, доцент Алла РУДЕНОК

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки  
 доктор психологічних наук, професор

10 12 2025р.

Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Хмельницький, 2025

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту

Кафедра психології та педагогіки

Освітній рівень другий (магістерський)

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри психології та педагогіки

 Таїсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 12 грудня 2025 р.

**ЗАВДАННЯ  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ  
Наталії ГРИГОРУК**

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості копінг-стратегій дорослих з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю»

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Алла РУДЕНОК, канд. психологічних наук, доцент.

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2024 р. № 65

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру грудня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: авторська анкета «Збір персональних даних дорослих з підтвердженим діагнозом РДУГ», «Шкала самооцінки дорослих з РДУГ» (ASRS v1.1), опитування «Шкала депресії, тривоги та стресу» (П. Ловібонд, С. Ловібонд), Методика оцінки копінг-стратегій, коротка форма (CSI-SF) (А. Стаднік В., Мельник Ю. Б.), «Опитувальник діагностики копінг-поведінки у стресових ситуаціях» (CISS) (Н. Ендлера і Дж. Паркера).

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження психологічних особливостей копінг-стратегій дорослих з розладом дефіциту уваги і гіперактивності в умовах воєнного стану в Україні, сучасні наукові підходи до визначення та діагностики РДУГ у дорослих, нейробіологічні та психофізіологічні механізми порушень уваги і саморегуляції при РДУГ, стрес і травматичні події воєнного часу як чинники психологічної дезадаптації дорослих з РДУГ, копінг-стратегії та адаптаційні ресурси осіб із РДУГ в умовах війни, висновки до розділу; розділ 2 Емпіричне дослідження психологічних особливостей копінг-стратегій дорослих з РДУГ в умовах війни в Україні, обґрунтування вибору методів дослідження, результати емпіричного дослідження, практичні засади пси-

хологічної підтримки дорослих з РДУГ в умовах війни, висновки до розділу висновки, перелік джерел посилання, додаток.

### 1. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

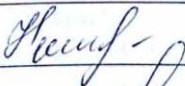
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата   |                  |
|--------|---|----------------|------------------|
|        |   | завдання видав | завдання прийняв |
|        |   |                |                  |

Дата видачі завдання 12 грудня 2024 року

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи магістра                                       | Строк виконання етапу роботи | Примітка |
|-------|---|------------------------------|----------|
| 1     | Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань. | До 01 січня 2025 р.          | виконано |
| 2     | Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.      | До 03 березня 2025 р.        | виконано |
| 3     | Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.   | До 01 вересня 2025 р.        | виконано |
| 4     | I розділ кваліфікаційної роботи.  | До 10 вересня 2025 р.        | виконано |
| 5     | II розділ кваліфікаційної роботи.   | До 01 жовтня 2025 р.         | виконано |
| 6     | Загальні висновки.  | До 01 листопада 2025 р.      | виконано |
| 7     | Оформлення кваліфікаційної роботи.  | До 01 грудня 2025 р.         | виконано |
| 8     | Попередній захист кваліфікаційної роботи.   | <u>17</u> листопада 2025 р.  | виконано |
| 9     | Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)  | <u>22</u> грудня 2025 р.     | виконано |

Здобувач



Наталія ГРИГОРУК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи



Алла РУДЕНОК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

## АНОТАЦІЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Тема кваліфікаційної роботи «Психологічні особливості копінг-стратегій дорослих з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю в умовах воєнного стану в Україні»

Здобувач  
Керівник

Наталія Григорук  
Алла РУДЕНОК

Кваліфікаційна робота включає 76 сторінок, 9 таблиць, 0 рисунки, перелік джерел посилення складає 52 найменування, 5 додатків.

Ключові слова: розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, копінг-стратегії, дорослі з РДУГ, психологічні особливості.

**Об'єкт дослідження** – копінг-стратегії дорослих з РДУГ.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості копінг-стратегій дорослих з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в умовах воєнного стану в Україні.

За результатами дослідження встановлено, що копінг-стратегії дорослих з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в умовах війни характеризуються балансным профілем із одночасним використанням адаптивних (вирішення проблем, пошук соціальної підтримки) та неадаптивних стратегій (самокритика, бажане за дійсне). Емпіричні дані засвідчили помірну-тяжку форму РДУГ з переважанням симптомів неухважності над гіперактивністю/імпульсивністю, високий рівень психологічного дистресу та значну коморбідність з тривожними і депресивними розладами. Воєнні стресові події, зокрема повітряні тривоги, визначено як найбільший дезадаптуючий фактор для осіб з РДУГ через підвищену чутливість до сенсорних стимулів і труднощі переключення уваги.

Отримані результати підтвердили гіпотезу про унікальність стратегій подолання стресу у дорослих з РДУГ, пов'язаних з їхніми когнітивними особливостями, та обґрунтували необхідність інтеграції доказових методів лікування РДУГ (когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, майндфулнес) з травма-інформованим підходом. Розроблені практичні засади психологічної підтримки включають багаторівневі втручання, групову терапію, психоедукацію та дистанційні форми допомоги, мають значний практичний потенціал і можуть бути рекомендовані для розробки спеціалізованих програм підтримки дорослих з РДУГ в умовах воєнного стресу, зміцнення їхньої психологічної стійкості та покращення адаптивних копінг-стратегій.

Одержані результати дослідження можуть використовуватися при складанні програм дисциплін психологічного напрямку, зокрема: «Психологічний супровід дорослих з РДУГ», «Психологія розвитку», «Розвивально-корекційна психологія».

Дипломник  Наталія Григорук

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 17 грудня 2025р.

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....   | 5  |
| ВСТУП .....  | 6  |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ОСІБ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ (РДУГ)..... | 10 |
| 1.1. Сучасні наукові підходи до визначення та діагностики РДУГ у дорослих. ....  | 10 |
| 1.2. Нейробиологічні та психофізіологічні механізми порушень уваги і саморегуляції при РДУГ. ....  | 13 |
| 1.3. Стрес і травматичні події воєнного часу як чинники психологічної дезадаптації дорослих з РДУГ. ....   | 21 |
| 1.4. Копінг-стратегії та адаптаційні ресурси осіб із РДУГ в умовах війни. ....   | 28 |
| Висновки до розділу 1 .....  | 34 |
| РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ ДОРΟΣЛИХ З РДУГ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....                        | 37 |
| 2.1. Обґрунтування вибору методів дослідження.....   | 37 |
| 2.2. Результати емпіричного дослідження .....  | 43 |
| 2.3. Практичні засади психологічної підтримки дорослих з РДУГ в умовах війни. ....   | 46 |
| Висновки до розділу .....  | 50 |
| ВИСНОВКИ .....   | 52 |
| ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....   | 56 |
| ДОДАТКИ .....  | 62 |
| ДОДАТОК А.....   | 62 |
| ДОДАТОК В.....   | 64 |
| ДОДАТОК С.....   | 65 |
| ДОДАТОК D.....   | 69 |
| ДОДАТОК F.....   | 76 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

РДУГ/СДУГ – розлад/синдром дефіциту уваги з гіперактивністю

МКХ-10, МКХ-11 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я

DSM – Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів

## ВСТУП

**Актуальність теми.** На жаль наше сьогоднішнє таке, що доводиться жити в умовах постійного стресу, невизначеності і нестабільності майбутнього. Все це призводить до накопичення психофізіологічних проблем. Важливо вміти підтримувати себе в таких важких станах, розуміти, що відбувається з тілом, з емоційним станом, не накопичувати стрес, і піклуватись насамперед про себе. В цій роботі ми хочемо приділити увагу дорослим з РДУГ, як вони справляються зі стресом, які у них психологічні особливості копінг стратегії і чим їхній досвід може допомогти іншим людям під час військових дій. Аналіз джерел дослідження показав, що на даний час це малодосліджена тема, і дорослі з РДУГ шукають підтримки в тематичних чатах, форумах, соціальних мережах і спеціалізованій літературі, як справлятися з проявами стресу.

Повномасштабна війна в Україні з лютого 2022 року створила безпрецедентні виклики для психічного здоров'я населення, актуалізувавши необхідність вивчення механізмів психологічної адаптації до хронічного стресу. Особливої уваги в цьому контексті потребують особи з нейророзвитковими особливостями, зокрема дорослі з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), які становлять 4-5% дорослого населення за дослідником розладу Р. Барклі [4].

Проблематика копінг-стратегій при РДУГ досліджувалася в роботах зарубіжних науковців. Сьюзен Янг у своєму дослідженні в 2005 році «Копінг-стратегії дорослих з РДУГ» виявила схильність цієї категорії осіб до використання дезадаптивних копінг-стратегій: конфронтаційного подолання, уникнення-втечі та менш планомірного вирішення проблем [24]. Дослідження С. Барра у 2021 році підтвердили, що дезадаптивні копінги призводять до значного погіршення життєвих функцій та психологічного благополуччя дорослих з РДУГ [25]. Р. Барклі у своїх роботах обґрунтував нейробіологічні механізми порушень саморегуляції при РДУГ, пов'язані з дефіцитом виконавчих функцій та

емоційною дисрегуляцією, що створює підґрунтя для формування неадаптивних моделей поведінки в стресових ситуаціях [4].

Особливої уваги заслуговує феномен самокритики як специфічної дезадаптивної копінг-стратегії при РДУГ. Дослідження Д. Бітон та ін. встановили, що дорослі з РДУГ сприймають більше критики від оточуючих та мають нижчий рівень самоспівчуття (self-compassion), що ускладнює їхню здатність конструктивно справлятися зі стресом [26]. Едвард Геллоуелл та Джон Рейті у праці «РДУГ: перезавантаження» описали РДУГ як «потужне феррарі з велосипедними гальмами», наголошуючи на необхідності розвитку механізмів саморегуляції та використанні сильних сторін розладу [3, с. 15].

М. Аль-Ягон і М. Лахмі у дослідженні ролі прихильності у копінг-стратегіях дорослих з РДУГ відзначили, що особи з цим розладом частіше використовують емоційно-орієнтовані та дисрегульовані копінги, особливо в ситуаціях високого стресу [27].

Теоретичною основою дослідження копінг-стратегій є концепція стресу та копіngu Лазаруса і Фолкмана, яка розглядає копінг як когнітивні та поведінкові зусилля для подолання зовнішніх і внутрішніх вимог, що оцінюються як такі, що перевищують ресурси особистості [28].

На жаль, у вітчизняній психології практично відсутні емпіричні дослідження копінг-стратегій дорослих з РДУГ, особливо в контексті воєнного стресу. Умови війни створюють «подвійний виклик» для осіб з РДУГ: поєднання симптомів розладу (порушення уваги, імпульсивність, емоційна дисрегуляція) з екстремальними зовнішніми стресорами (повітряні тривоги, невизначеність, втрати, порушення звичного укладу життя). Це актуалізує необхідність вивчення специфіки копінг-поведінки цієї вразливої категорії населення та розробки науково обґрунтованих рекомендацій для психологічної підтримки.

**Об'єкт дослідження:** копінг-стратегії дорослих з РДУГ.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості прояву копінг-стратегій у дорослих з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) в умовах вій-

ни в Україні.

**Мета дослідження:** теоретичне і емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву копінг-стратегій у дорослих з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) в умовах війни в Україні.

Нами були сформульовані наступні **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні сучасні наукові підходи до визначення та діагностики РДУГ у дорослих.

2. Охарактеризувати нейробіологічні та психофізіологічні механізми порушень уваги і саморегуляції при РДУГ. З'ясувати вплив стресу та травматичних подій воєнного часу на дорослих з РДУГ.

3. Емпірично дослідити психологічні особливості копінг-стратегій дорослих з РДУГ в умовах війни в Україні.

4. Розробити програму (рекомендації) підтримки для дорослих з РДУГ в умовах воєнного стану в Україні.

В основі нашого дослідження лежить **гіпотеза** про те, що дорослі з РДУГ у кризових умовах війни використовують унікальні стратегії подолання стресу, що пов'язані з їхніми когнітивними особливостями, а саме: схильність до гіперфокусу може стати як ресурсом, так і ризиком; імпульсивність може призводити до неадаптивних стратегій, але й до швидкого прийняття рішень у нестабільних умовах; труднощі з організацією можуть посилюватися в умовах стресу.

У зв'язку з метою та завданням кваліфікаційної роботи нами були визначені наступні **методи дослідження:**

1) теоретичні: вивчення та аналіз психологічної літератури

2) емпіричні: аналіз результатів опитувань, бесіди.

3) методи математичного аналізу з використанням ..для автоматизованої обробки результатів

**Практичне значення** отриманих результатів полягає у тому, що вони можуть бути використані для розробки та впровадження спеціалізованих психологічних програм допомоги дорослим з РДУГ в умовах воєнного стресу. Зок-

рема, результати дослідження дозволяють: створити цільові психотерапевтичні інтервенції, що враховують специфіку дезадаптивних копінг-стратегій при РДУГ, зокрема самокритики, з акцентом на розвиток самоспівчуття та когнітивну реструктуризацію деструктивних автоматичних думок, розробити психоедукаційні програми для дорослих з РДУГ, їхніх родин та фахівців допоміжних професій щодо нейробіологічних механізмів розладу, його впливу на копінг-стратегії в умовах підвищеного стресу, та важливості переосмислення помилок не як особистісних недоліків, а як проявів виконавчої дисфункції.

Результат дослідження можуть допомогти впровадити групи психологічної підтримки для жінок з РДУГ, що переживають воєнний стрес, де учасниці можуть обмінюватися досвідом, отримувати валідацію своїх переживань та розвивати адаптивні копінг-стратегії в безпечному середовищі. За допомогою результатів дослідження можна сформулювати рекомендації для практикуючих психологів та психотерапевтів щодо особливостей роботи з дорослими клієнтами з РДУГ в умовах війни, враховуючи подвійний вплив симптомів розладу та зовнішніх стресорів на психічне здоров'я.

Для психіатрів результати зможуть обґрунтувати необхідність інтеграції фармакологічної терапії РДУГ з психотерапевтичними підходами, спрямованими на розвиток адаптивних копінг-стратегій, особливо в умовах хронічного стресу.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження проводилось онлайн за допомогою google form упродовж 2024-2025 року в спеціалізованих групах дорослих з РДУГ, чатах, соціальних мережах. У дослідженні взяли участь 34 жінки віком від 15 до 52 років ( $M = 32.1$ ,  $SD = 9.2$ ) з офіційно діагностованим РДУГ. Респонденти проживали у різних регіонах України або тимчасово перебували за її межами у зв'язку з війною. Критерієм включення був офіційний діагноз РДУГ, встановлений психіатром.

Супутні діагнози: 61.8% респондентів мали тривожний розлад, 17.6% – депресивний розлад, 8.8% – розлад спектра аутизму.

### **Апробація результатів дослідження.**

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, переліку джерел посилання, який налічує 52 найменування, з них 29 – англійською мовою, 5 додатків. Основний зміст роботи викладений на 51 сторінках, містить 9 таблиць. Загальний обсяг роботи – 76 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ОСІБ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИ- ТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ (РДУГ)

#### 1.1 Сучасні наукові підходи до визначення та діагностики РДУГ у до- рослих.

За визначенням О. Западнюк, психологині, а також експертки в питанні РДУГ: «Жити з РДУГ – означає стати експертом із цього розладу. І допомога фахівців у цьому випадку безцінна, особливо на початку знайомства із особливостями роботи своєї психіки. Проте щодня й щогодини, в будь-якій ситуації ніхто не прийме рішення ліпше за головного героя. Тож читаймо й надихаймося добрими порадами та ефективними практиками. Бо РДУГ – це не хвороба, а цікава задача з багатьма варіантами рішення, а також маса можливостей для кожного, хто зустрівся з цим розладом» [3, с. 10].

Рассел Барклі, американський психолог і професор психіатрії у своїй книзі «Історія РДУГ» простежує еволюцію розуміння розладу, що нині відомий як розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (надалі РДУГ), починаючи з ранніх літературних згадок та медичних описів кінця 18 століття [4].

Він висвітлює перехід від уявлень про «дефект морального контролю» та «мінімальну мозкову дисфункцію» до сучасного нейророзвиткового погляду, підкреслюючи роль генетичних факторів та дисфункції лобових часток мозку. [4]

РДУГ – це розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, симптоми якого проявляються в дитинстві і діагностуються спеціалістами у віці від 5 років. Найчастіше більшість симптомів розладу, таких як неуважність, гіперфокусування, залишаються в дорослому віці.

В наш час у світі зростає кількість дорослих, в яких діагностували РДУГ,

в тому числі і в Україні. Це пов'язано з тим, що загалом психодіагностика, психологія і психіатрія стала більше доступною і менше стигматизованою.

Щоб визначити, що таке розлад, потрібно звернутись до наукової літератури, яка описує поняття норми і поняття розладу. «Проблема норми пов'язана із проблемою вибору нормативної групи людей, чия життєдіяльність стає стандартом ефективного рівня функціонування. До кола норм-нормативів включають не тільки ідеальні характеристики, а і функціональні, соціальні та індивідуальні норми» [2; с. 31].

Розлад – це порушення звичайного для людей стану [2; с. 33]. За визначенням в науковій літературі, синдром є сукупність симптомів, ці симптоми можуть бути при різних станах, наприклад, таким є синдром Дауна. А в медичній термінології розладом називають порушення якоїсь певної функції організму, також в англійських джерелах, на які ми спираємось в нашій роботі, ADHD (РДУГ) визначають як розлад (disorder), а не синдром (syndrome). Інколи в літературі чи письмових описах можна зустріти синдром дефіциту уваги (СДУГ), але на даний час в вітчизняній спільноті професійних лікарів та психотерапевтів прийнято вживати РДУГ, згідно класифікаторів МКХ-10, МКХ-11, DSM-5.

Діагноз «розлад дефіциту уваги з гіперактивністю» ставить тільки психіатр після повного аналізу стану пацієнта і збору анамнезу. На превелике щастя, наука та психологія розвиваються в наш час і це стало проривом у діагностуванні людей з розладами. Ми вже не кажемо, що це ліниві люди, або це люди, які ніби навмисно забувають про важливі дати, тому що не поважають оточуючих. Зазвичай, деякі або більшість симптомів РДУГ, які проявились в дитячому віці значно впливають на життя дорослих, ускладнюючи професійний розвиток, особисте життя, комунікацію з нейротиповими людьми і погіршують якість життя загалом. З визначень в наукових джерелах розлад впливає на «невміння навчатися, антисоціальну поведінку, правопорушення та підвищений ризик дорожньо-транспортних пригод у підлітковому віці. Крім того, може бути різкий

вплив на сімейне життя.» [1; с. 13]

Науковці, які працюють над розробкою діагностичних критерії для людей з РДУГ зауважують, що іншими словами РДУГ можна назвати як розлад суперечностей і парадоксів, де кожна негативна риса має свій позитивний відповідник. В мозку людей з РДУГ постійно точиться ніби суперечка чи дуель.

З наукової точки зору, у людей з РДУГ функціонування нервової системи «трішки відрізняється» від «нейротипових» людей, зокрема, у їхньому мозку між мережами цільового і пасивного режимів встановлено несправний перемикач, а мозочку часом бракує балансу [3, с.35]

Основні симптоми розладу складаються з підвищеної активності і імпульсивності, які не відповідають віку дітей, а також підвищеним рівнем неувважності. Часто дорослі люди з РДУГ не можуть реалізуватись в професійних сферах через симптоми неувважності, труднощів у концентрації уваги, швидким перемиканням уваги, забудькуватості і гіперактивності.

Для того щоб правильно поставити діагноз РДУГ, потрібно зібрати анамнез, що відбувалось у дитинстві до 7 років, чи зберігались ці симптоми: неувважність, гіперактивність тощо близько шести місяців, чи проявлялись ці симптоми однаково в різних місцях, наприклад, вдома, в школі, на гуртках. Також потрібно виключати інші розлади: наприклад КПТСР, тривога. Діагностичні критерії РДУГ змінюються і доповнюються в міжнародній класифікації хвороб МКХ.

З наукових робіт Барклі, Мерфі і Фішера: «варто зазначити, що критерії для РДУГ у попередніх виданнях DSM і МКХ були розроблені переважно для дітей. Тому виникають певні труднощі щодо їхньої відповідності при застосуванні до дорослих. Однією з головних вимог діагностики в DSM-5 є початок прояву симптомів у дитинстві (наприклад, наявність деяких симптомів до 12-річного віку). У МКХ-10 вимога ще жорсткіша – переважний початок симптомів до 5 років. Це створює значні труднощі для клініцистів, оскільки ретроспективна оцінка симптомів у дитинстві дорослої людини часто виявляється скла-

дним завданням. Крім того, симптоми РДУГ у дорослих можуть суттєво відрізнятися від дитячих проявів. Наприклад, у дорослих розлад здебільшого асоціюється з дефіцитами у виконавчих функціях і проблемами організації діяльності, а не з гіперактивністю чи імпульсивністю, які частіше спостерігаються у дітей і підлітків. За даними деяких досліджень, для виявлення РДУГ у дорослих достатньо меншої кількості симптомів, ніж у дітей. З огляду на ці факти, комітет DSM зменшив поріг симптомів з шести до п'яти у DSM-5. Якщо в DSM-IV-TR (APA, 2000) для діагностики у дорослих потрібно було щонайменше 6 симптомів, то в DSM-5 цей поріг знижено до 5 для осіб віком від 17 років (APA, 2013).

Попри те, що виконавчі функції є ключовими у прояві РДУГ у дорослих, у DSM-5 не було включено окремий перелік симптомів, які б стосувалися виконавчої дисфункції» [5, с.11]

## **1.2. Нейробіологічні та психофізіологічні механізми порушень уваги і саморегуляції при РДУГ.**

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності є поширеним нейропсихіатричним синдромом, симптоми якого зазвичай виникають у дитинстві та часто зберігаються у дорослому віці. Розуміння його нейробіологічних основ має вирішальне значення, оскільки вони пояснюють ключові симптоми та високий рівень коморбідності з іншими психічними розладами.

«Клінічна картина РДУГ визначається трьома основними ознаками: неухважністю, гіперактивністю та імпульсивністю. Неухважність описується як поведінковий патерн, коли індивід відчуває труднощі з початком виконання завдання, зосередженістю на ньому та завершенням. Хоча найчастіше труднощі з керуванням увагою проявляються гіперактивністю, вони також можуть виявлятися і зниженим рівнем активності» [6, с. 17]

В наукових роботах виділяють три клінічні типи РДУГ, в залежності від домінуючих симптомів:

1. Комбінований тип РДУГ, коли протягом останніх шести місяців в дорослих чи дітей, частіше в дітей – присутня достатня кількість симптомів як неухважності, так і гіперактивності і також імпульсивності.

2. Переважно неухважний тип, коли присутня достатня кількість симптомів неухважності, але симптоми гіперактивності і імпульсивності незначні. Неухважний тип може діагностуватись пізніше, вже коли почалось навчання по початковій школі. У дорослих та підлітків може проявлятися в забудьковатості, поганому сприйнятті часу, неможливістю вчасно виконувати завдання і запізненням на роботу.

3. Переважно гіперактивний-імпульсивний тип, коли є достатня кількість симптомів гіперактивності та імпульсивності, але симптоми неухважності не проявлені в повній мірі.

Етіологія РДУГ є багатофакторною і включає генетичні та середовищні чинники такі, як генетичну схильність. Розвиток клінічної картини РДУГ значною мірою залежить від генетики, яка присутня приблизно у 60–80% випадків. Спільний генетичний компонент існує між РДУГ та іншими розладами, що пояснює високий рівень коморбідності. Наприклад, спільна генетика виявлена між РДУГ і тривожними розладами. «Фактори навколишнього середовища можуть впливати на виникнення РДУГ, регулюючи активність генів ризику або впливаючи на тяжкість симптомів та на нормальний розвиток дитини. До факторів ризику під час вагітності належать: куріння матері, прийом алкоголю чи психоактивних речовин та асфіксія плоду. Надмірний стрес у вагітної також може відігравати значну роль у розвитку РДУГ.» [7] До факторів ризику виникнення РДУГ під час вагітності належать куріння матері, прийом алкоголю чи психоактивних речовин, асфіксія плоду, а також надмірний стрес. Фактором ризику також є набути травми: «Люди з РДУГ частіше отримують випадкові травми, травми голови та стають жертвами насильства, що може підвищувати ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР.» [8].

Конфлікти в сім'ї та проблеми спілкування можуть посилювати опози-

ційні, демонстративні та поведінкові симптоми, погіршуючи функціональні здібності, хоча самотійно РДУГ вони не викликають. Ключовим аспектом нейробіологічних основ РДУГ є дисрегуляція нейромедіаторних систем, особливо дофамін- та норадреналін – опосередкованої активності нейронів у ділянках мозку, які відповідають за регуляцію активності та уваги. Симптоми РДУГ пов'язані з аномальною дофамін- та норадреналін-опосередкованою активністю. Дослідження встановило, що деякі генетичні відмінності, характерні для РДУГ, пов'язані з порушенням вироблення дофаміну та норадреналіну. Тому для полегшення і лікування симптомів РДУГ застосовують психостимулятори, які підвищують концентрацію дофаміну та норадреналіну в мозку, оскільки цих речовин катастрофічно бракує. Ці препарати стимулюють гальмівну систему в мозку, що полегшує самоконтроль. Завдяки більшій кількості дофаміну нервові клітини можуть безперешкодно обмінюватися інформацією, що сприяє заспокоєнню думок, проясненню в голові та налаштуванню мозку на роботу. Фізична активність може усувати порушення вироблення дофаміну та норадреналіну, виконуючи функцію стимулятора і роблячи людину уважною та активною.

В книзі Е. Гелловелл, Д. Рейті. «РДУГ: перезавантаження» є важливе уточнення про фізичну активність: «То що ж саме відбувається, коли ви взуваєте кросівки й виходите на пробіжку, йдете до тренажерної зали або танцюєте?

По-перше, у вас збільшується частота серцевих скорочень, що призводить до вивільнення білка під назвою нейротрофічний фактор мозку, або НТФМ. Цей диво-білок створює надзвичайно родюче середовище для росту нових нейронів, білків- сполучників і нервових шляхів. До того ж, виконуючи фізичні вправи, ми залучаємо більше нервових клітин, ніж за будь-якого іншого виду діяльності. Що більше ми рухаємося, то більше цих клітин активується й то більше нейромедіаторів для передачі інформації між нервовими клітинами продукується. Це призводить до сплеску дофаміну та норадреналіну, які відіграють ключову роль у регулюванні вашої системи уваги.» [3, с. 105]

Нейробіологічні дослідження виявили дисфункцію у взаємодії ключових

мереж мозку, що пояснює труднощі з увагою та імпульсивністю при РДУГ.

«Нещодавно невролог і професор Массачусетського технологічного інституту Джон Габріелі провів захопливе дослідження, результати якого відкрили нам іще одну причину схильності людей із РДУГ або НУЗЧ до негативного мислення.

«Мережа пасивного режиму – це ніби наш внутрішній голос, – пояснює Габріелі. – І цей голос дуже любить побазікати». Але ж базікає він далеко не завжди про хороше.» [3, с. 37]

Автори Е. Гелловелл, Д. Рейті. «Рдуг: перезавантаження» зазначають, що у мозку нейротипової людини, коли активується мережа цільового режиму (МЦР) (пов'язана з виконанням завдання), мережа пасивного режиму (МПР) (наш «внутрішній голос») вимикається. Однак у людей з РДУГ МПР активується разом із МЦР, намагаючись втрутитися, перехопити увагу та відволікти (це видно на знімках МРТ). Це протистояння мереж значно ускладнює зосередженість [3, с.35]. У мозку людини з РДУГ передня й задня ділянки МПР можуть не синхронізуватися і конфліктувати, що є формою антикореляції. За словами Габріелі: «Якщо залишити за дужками всю складність МЦР і МПР, то в сухому залишку матимемо висновок: у людей із РДУГ поламався перемикач між ними».

Фронтальна кора у людей з РДУГ розглядається як «виконавчий директор нашого мозку». Вона залучається до системи уваги. Під час фізичної активності ця ділянка ніби «запалюється», сприяючи зосередженню на завданні. Мозочок є надзвичайно важливою ділянкою для розуміння РДУГ/НУЗЧ. Хоча він становить лише 10% об'єму мозку, там міститься 75% загальної кількості нейронів. Мозочок, разом із вестибулярним апаратом (вестибуло-мозочкова система, ВМС), координує рухи, відповідає за рівновагу та засвоєння деяких фізичних навичок.

«У 1998 році у сфері дослідження мозочка відбулася справжня революція, що докорінно (і дуже несподівано) змінила наше розуміння РДУГ. Джеремі

Шмахманн, професор кафедри неврології в Гарвардській медичній школі й лікар Массачусетської лікарні загального профілю (а нині – директор лабораторії нейроанатомії й мозочкової нейробиології імені Дж. Шмахманна при Массачусетській лікарні), опублікував у журналі Trends in Cognitive Sciences статтю, в якій поділився результатами свого дослідження людей із травмами мозочка. У статті під назвою «Дисметрія думки» («Dysmetria of Thought») учений висловив припущення, що дисфункція мозочка може призводити до втрати не лише фізичної, а й емоційної рівноваги. Інакше кажучи, мозочок, крім функцій гіроскопа, що контролює наші ходу й рухи, також «регулює швидкість, зміст, послідовність і доречність когнітивних та емоційних процесів». [3, с. 49]

Порушення виконавчих функцій є характерною ознакою РДУГ і має глибокі нейробиологічні основи, пов'язані з дисфункцією префронтальних областей. Також це впливає на життєдіяльність, через проблеми з виконавчими функціями (включно з поганою емоційною саморегуляцією) ускладнюються подолання емоцій у всіх сферах життя.

Як зазначає Расселом Барклі: «Хоча генетика відіграє певну роль у коморбідності РДУГ з іншими розладами, важливо зазначити, що фактори навколишнього середовища також сприяють розвитку цих розладів. Наприклад, люди з РДУГ частіше отримують випадкові травми, травми голови та потрапляють у ситуації, коли над ними знущаються або вони стають жертвами насильства. Такий досвід може підвищити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Крім того, дефіцит виконавчих функцій, пов'язаний з РДУГ, наприклад, погана емоційна саморегуляція, може ускладнити подолання емоцій, спровокованих травматичними подіями, що ще більше підвищує ризик розвитку ПТСР.» [8]

Навіть приємні заняття (хобі) можуть стати ще одним «завданням» через труднощі з тайм-менеджментом та плануванням, спричинені виконавчою дисфункцією, що сприяє вигоранню. Додаткові заняття потребують ще більшого самоконтролю та вміння розподіляти час. Улюблене хобі може стати джерелом

стресу, якщо на нього бракує сил або ж під час раніше улюбленої справи повторюються ті самі проблеми, що й на основній роботі. Також варто зважати на ризик гіперфокусу. Важливо, щоб хобі не перетворилося на спосіб прокрастинації, інакше воно завдасть більше шкоди, ніж користі. Відсутність корекції симптомів РДУГ є однією з ймовірних причин вигорання, поряд із надмірним навантаженням, маскуванням РДУГ та емоційним перевантаженням.

Висока коморбідність РДУГ з іншими психічними станами має спільну нейробіологічну та генетичну основу. До половини людей з РДУГ можуть мати тривожний розлад у дорослому віці, що частково пояснюється спільним генетичним компонентом. Крім того, життєві проблеми, пов'язані з РДУГ (труднощі у навчанні, працевлаштуванні та стосунках), можуть призвести до відчуття невдачі та відторгнення, сприяючи розвитку тривоги та депресії.

Згідно з результатами досліджень: у період з 5 по 20 жовтня 2023 року було проведено комплексний пошук у п'яти електронних базах даних (PsycNET, Cochrane, PubMed, Google Scholar та ClinicalTrials.gov) з використанням попередньо визначених ключових слів, включаючи «РДУГ», «ПТСР» та «коморбідність». У дослідженнях брали участь дорослі учасники ( $\geq 18$  років) з діагнозами РДУГ і ПТСР. Двоє незалежних рецензентів провели скринінг та підрахунок даних. Мета-аналіз не проводився через неоднорідність у дизайні дослідження. Результати були якісно оброблені і зроблений висновок, що люди з РДУГ мають підвищений ризик розвитку ПТСР. [10]

Дефіцит виконавчих функцій, включаючи погану емоційну саморегуляцію, ускладнює подолання емоцій, спровокованих травматичними подіями. Більше того, ранні травматичні переживання впливають на дозрівання відділів мозку, які беруть участь у регуляції емоцій, викликаючи зміни в об'ємі та зв'язності таких структур, як гіпокамп, мигдалина, мозолисте тіло та префронтальна кора. [9] Існує негативна генетична кореляція між РДУГ та анорексією, де генетика одного розладу ніби захищає від розвитку іншого. Це пояснюється тим, що анорексія пов'язана з перфекціонізмом, тоді як РДУГ характеризується

імпульсивністю та нерегульованою поведінкою, що є протилежними характеристиками.

Високі показники коморбідності при РДУГ пояснюються поєднанням генетичних чинників та впливів середовища. Спільна генетична основа РДУГ з іншими психічними розладами зумовлює схильність людини до одночасного розвитку кількох патологій. Додатково, труднощі, які виникають унаслідок РДУГ у соціальному чи середовищному контексті, можуть створювати умови для формування супутніх розладів.

Усвідомлення складної взаємодії між РДУГ та коморбідними станами є важливим для точної діагностики та результативного лікування. Врахування цих взаємозв'язків дозволяє фахівцям пропонувати комплексну допомогу, спрямовану на всі аспекти психічного здоров'я пацієнта.

Сильні сторони та потенціал осіб з РДУГ є важливим для розуміння позитивних аспектів розладу дефіциту уваги та гіперактивності, оскільки довгий час увага приділялася лише патології. Сучасні дослідження та практичний досвід вказують на значний потенціал, який може бути розкритий, коли люди з РДУГ навчаються керувати своїм станом.

«Переваги СДУГ включають високий рівень енергії, креативність, гіперзосередженість, стійкість і спонтанність. Відточування цих сильних сторін може бути джерелом розширення можливостей і гордості для людей із СДУГ. Ці риси також можуть допомогти їм досягти успіху в школі, на роботі, у стосунках і творчих заняттях.» [11]

Як зазначають в своїй книзі Едвард Гелловелла та Джон Рейті, які самі мають РДУГ і є сертифікованими психіатрами: «РДУГ справді надто часто стає потужним джерелом болю й страждань, але людина, якій вдається навчитися контролювати прояви розладу, розкриває в собі таланти, що їх не купиш ні за які гроші. РДУГ – це фонтан творчості, винахідливості та багатозадачності. Це ваша «родзинка», ваша суперсила. Якщо ви по-справжньому зрозумієте й приймете наявність у себе РДУГ, то створите собі такий потужний трамплін

для успіху, про який ніколи навіть не мріяли. Те, що ви вважали недоліком, стане ключем до розкриття вашого величезного потенціалу. Ми вже говорили, що стаємо свідками таких трансформацій щодня.– це потужне «фєррарі», в якому встановлено велосипедні гальма. Вони надто слабкі для двигуна такої сили. Наше завдання полягає в тому, щоб посилити гальмівну систему.» [3, с. 15]

РДУГ є фонтаном творчості, винахідливості та багатозадачності. Ця творчість є зворотним боком імпульсивності, оскільки креативні ідеї, моменти осяяння та раптове прозріння приходять незаплановано, будучи імпульсивним процесом. «Ми приймаємо необдумані рішення й не можемо відмовити собі в негайному задоволенні. «Зефірний експеримент» (у 1972 році стенфордський психолог Волтер Мішель розробив експеримент, у якому дослідники, даючи дітям зефір, вивчали їхню здатність відкладати задоволення й дочекатися винагороди) ми завалили б уже на перших хвилинах.» [3, с.23]

Люди з РДУГ – це креативні та енергійні особистості з потужною підприємницькою жилкою, які можуть досягати запаморочливих висот. У контексті конативного стилю (зусилля, воля до дії) люди з РДУГ часто характеризуються як «наполегливі». Вони діють за послідовністю «Руш, увага, на старт!» (замість «На старт, увага, руш!»), що означає дію без зволікань та зайвих роздумів. Якщо люди розуміють і приймають свій стан, він може стати потужним трампліном для успіху.

«Дослідження також показали, що люди з РДУГ описують себе як допитливих від природи, що, на їхню думку, є позитивним аспектом РДУГ. Допитливість є ключовою складовою творчості. Дуже допитливі люди, як правило, мають бажання та відкритість до навчання, що може допомогти їм досліджувати нові ідеї інноваційними способами.» [11]

Модель роботи з дорослими і дітьми РДУГ передбачає зосередження на сильних сторонах, а не лише на недоліках. Незважаючи на те, що особи з РДУГ можуть бути слабкими в деяких сферах, вони часто надзвичайно сильні у кіль-

кох специфічних для них напрямках. Важливо визначити ці унікальні вроджені здібності.

У терапевтичному процесі використовується метафора, де мозок людини з РДУГ порівнюється з «потужним спортсменом», а проблеми з контролем – зі «слабкими велосипедними гальмами». Це дозволяє донести ідею, що їхній мозок – величезний дар, яким слід пишатися.

Оскільки людям із РДУГ доводиться часто стежити за своєю поведінкою, у них часто розвивається підвищене почуття самосвідомості. Тому що люди, які мають це захворювання, часто стежать за власними діями, щоб бути впевненими, що вони не заважають. [11]

Один з учасників проведеного дослідження про позитивні сторони РДУГ зазначив: «... бути терапевтом – це все одно, що давати своєму мозку з СДУГ ікру.... Я можу направити всю цю випадкову енергію, яка літає в моїй голові, в один інтенсивний гіперсфокусований промінь... ось що я маю на увазі під ікрою для мозку... вона дає мозку завдання, для яких він майже створений..... якщо ви думали, що мозок з СДУГ був створений для чогось.... тому що я думаю, що енергія, яку має мозок СДУГ... вона несфокусована, досить розсіяна, хаотична і трохи випадкова... Але дайте цьому мозку щось, на що ви дійсно можете налаштуватися, і це ваш інтерес, тоді всі ці випадкові речі просто підуть вгору... Я отримую неймовірну інтенсивну концентрацію, і це чудово для роботи....» [12]

У вітчизняній психологічній науці дослідження РДУГ серед дорослих в Україні є відносно новим явищем, оскільки раніше цей діагноз дорослим часто не встановлювали, і вони були змушені давати собі раду самі. Сучасний підхід до РДУГ полягає в тому, що це не хвороба, а «цікава задача з багатьма варіантами рішення», що відкриває «масу можливостей».

### **1.3. Стрес і травматичні події воєнного часу як чинники психологічної дезадаптації дорослих з РДУГ.**

Російсько-українська війна створила катастрофічні наслідки для суспільства та індивідуального життя. Під час війни головний мотив і сенс життя – виживання та збереження ресурсів.

Травматичні події війни – це раптові, інтенсивні та небезпечні для життя обставини (поранення, втрати, сильні сенсорні переживання, як-от звуки та запахи), які викликають жах і безпорадність. Навіть якщо людина не зазнала прямої травматизації, вона може переживати колективну травму.

На даний час невідома кількість людей, які зараз переживають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

РДУГ і КПТСР мають багато спільних симптомів, тому диференціація між цими двома розладами іноді може бути складною, а також можливий спільний перебіг обох розладів і маскуванню симптомів одного розладу під симптоми іншого.

«Посттравматичний стресовий розлад – це розлад, який з'являється після певної психологічної травми (тому і пост-). Якщо описувати ПТСР простими словами, то можна сказати, що це якась пережита нелегка подія, що «застрягла» в нашому мозку. Варто знати, що це біологічно зумовлена проблема і аж ніяк не чиясь фантазія, не стан, з яким прийшов раз-двічі до психотерапевта – і виходиш як нова копійка.» [13]. ПТСР може виникати як відстрочена або тривала реакція.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) як новий діагноз поєднує в собі ознаки посттравматичного стресового розладу та розладу особистості. Зазвичай він є наслідком тривалого та повторюваного травматичного досвіду, переважно на ранніх стадіях життя, внаслідок негативних стосунків з батьками/опікунами. Для того, щоб поставити діагноз КПТСР, мають бути наявні симптоми, характерні для ПТСР, а саме:

- переживання травматичної ситуації, яку було неможливо або дуже важко перервати чи залишити,
- повторне переживання травматичного досвіду у вигляді яскравих спога-

дів (наприклад, у формі флешбеків) і пов'язаних з ними сильних емоцій,

- свідоме уникнення досвіду, пов'язаного з травмою: як зовнішнього (місця, люди), так і внутрішнього (думки, емоції),
- постійне відчуття небезпеки, що виражається, зокрема, сильною орієнтувальною реакцією на раптові звуки.

Існують різні вивчені типи травматичного досвіду, пов'язаного з війною: це втрата і скорбота: досвід смерті під час війни є більш насильницьким і масовим порівняно зі «звичайними» смертями. У свідків травматичної смерті може посилювати тривожність і підвищена чутливість до небезпеки.

Російська пропаганда, інформаційно-психологічна обробка (ІПСО) поширює фейки та провокації з метою посіяти розбрат серед українців і спрямувати важкі переживання на них самих. Інформаційна агресія є обов'язковим компонентом «гарячої» війни, що призводить до вторинного травматичного стресу – реакції на чужу травму, яка може набувати масового характеру.

Поневолювачі прагнуть максимально позбавити полонених відчуття власної автономії та контролю над тілом через нелюдські умови, позбавлення базових потреб та тортури. Це призводить до ПТСР, депресії, суїцидальних нахилів та проблем із пам'яттю.

В умовах загрози мозок має тенденцію «втрачати здатність до творчості та синтезу вищого порядку», оскільки шукає безпеки у знайомих моделях. «Картина світу» як інтенційно-активована динамічна смислова мережа, в умовах війни терпить кризову руйнацію.» [14, с.15]

Хоча зараз в Україні стрес неможливо повністю викреслити з життя, існують адаптивні стратегії та ресурси для його подолання.

Для дорослих з РДУГ, які переживають стрес і травми війни, важливо дбати про свій організм і психіку комплексно. Повноцінне харчування забезпечує мозок необхідними речовинами для відновлення та ефективного функціонування; особливу роль відіграють омега-3 жирні кислоти з риби, горіхів чи насіння, адже вони підтримують пам'ять і когнітивні процеси. Регулярна фізична

активність, зокрема аеробні навантаження – від прогулянок і плавання до танців чи командних ігор –допомагає зменшувати рівень стресу та стабілізувати емоційний стан. Не менш значущим є якісний сон: він відновлює сили, сприяє засвоєнню нової інформації та готує до викликів наступного дня.

Оскільки уникнути стресу повністю неможливо, варто навчитися по-новому реагувати на складні події. Допомагає вміння дистанціюватися від ситуації, змінювати кут зору, а також звернення по підтримку до психолога чи психотерапевта. Ефективними в цьому напрямку є практики майндфулнес – вправи на усвідомлену присутність у теперішньому моменті без осуду. Вони довели свою результативність як у програмах підтримки ветеранів, так і в корпоративному середовищі відомих міжнародних компаній.

«Гумор і сміх. Гнів і злість легко можуть перетворюватися на гумор і сатиру. Коли ми починаємо висміювати своїх ворогів замість того, щоб боятися і ненавидіти. Тут можуть допомогти карикатури, анекдоти, плакати, комічні факти та історії, несподівані фотографії, що викривають агресію, реваншизм у діях ворога. Можна знайти чимало таких матеріалів в інформаційному просторі. Від самого початку війни (з 2014 року) наш народ вдавався у важкі моменти до гумору (наприклад, висміювання агресора в політичній карикатурі), що є і залишається чудовою сублімацією цілої низки патогенних емоцій і почуттів.

Значення гумору неможливо переоцінити. Він здатний руйнувати зсередини насичений брехнею інформаційний простір, оздоровлюючи і зміцнюючи його. І водночас гумор – це чудовий засіб проти стресів війни і запорука психологічного здоров'я. Пам'ятайте: Народ, який сміється, перемогти неможливо!» [16, с.86]

Життєво важливо шукати емоційної підтримки в сім'ї та друзів. «Дуже важливо зберігати і розширювати соціальні контакти, щоб завжди мати змогу поспілкуватися (за допомогою будь-яких засобів, але голосом краще, ніж письмово). Проста душевна розмова здатна суттєво знизити рівень стресу. Добре мати контакти людини, до якої завжди можна звернутися по допомогу або про-

сто зв'язатися з нею, щоб поговорити.» [16, с.86]

Ведення щоденника або написання історії про те, що сталося (з початком, серединою та кінцем, описуючи думки та почуття) є хорошим способом «вितягнути» спогади назовні. «Луї де Сальво у своїй роботі «Лист як Метод Лікування» відмічає, що дослідження показали: «Письмова мова, за допомогою якої описуються події, що мають травматичний ефект, або глибинні думки й почуття із цього приводу, пов'язана з імунною функцією, яка сприяє поліпшенню емоційного і фізичного здоров'я, і призводить до позитивних поведінкових змін». [16, с.31]

Війна в Україні є сукупністю травматичних подій, які створюють руйнування попереднього життя, тривалу небезпеку та хроніфікацію проблем. Ці екстремальні умови вимагають від людини зміни способу життя, мислення та ставлення до світу. Для людей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності, чия нервова система вже функціонує з відмінностями, вплив війни багаторазово посилюється, визначаючи чіткі шляхи як до дезадаптації, так і до особистісного зростання.

Як зазначає Рассел Барклі «Хоча генетика відіграє певну роль у коморбідності РДУГ з іншими розладами, важливо зазначити, що фактори навколишнього середовища також сприяють розвитку цих розладів. Наприклад, люди з РДУГ частіше отримують випадкові травми, травми голови та потрапляють у ситуації, коли над ними знущаються або вони стають жертвами насильства. Такий досвід може підвищити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Крім того, дефіцит виконавчих функцій, пов'язаний з РДУГ, наприклад, погана емоційна саморегуляція, може ускладнити подолання емоцій, спровокованих травматичними подіями, що ще більше підвищує ризик розвитку ПТСР.» [8]

У дорослому віці симптоми РДУГ, такі як неухважність та імпульсивність, часто зберігаються, тоді як зовнішня гіперактивність часто трансформується у постійний стан внутрішнього напруження і тривоги. Ці ендогенні особливості в

поєднанні з травматичними подіями війни створюють високий ризик дезадаптації. Люди з РДУГ мають труднощі з утриманням уваги, особливо на інтелектуально складних завданнях, а також уникають завдань, які потребують тривалого розумового напруження. В умовах війни, коли мозок і так не може зосередитися, а травматичні спогади (інтрузії) вриваються в свідомість, ця особливість РДУГ значно погіршує функціонування.

Великий ризик для людей з РДУГ це симптоми повторного переживання, коли «люди знову і знову переживають травмуючі події в своїй свідомості, ніби вони відбуваються тут і зараз – «стоять перед очима». Ці повтори можуть бути спровоковані ситуаціями чи розмовами, які нагадують їм про подію, і змушують їх відчувати себе так, ніби вони переживають її знову. Ці симптоми включають: мимовільні повторювані спогади про пережите (інтрузії), флешбеки (небажані спогади, які настільки сильні і яскраві, що людина ніби втрачає зв'язок із реальністю і «переноситься» у ситуацію, де все відбувалося), нічні кошмари або погані сні (які лякають), сильні емоційні та фізичні реакції (наприклад, прискорене серцебиття, пітливість, нудота або тремтіння та ін.). Ці спалахи можуть спливати у голові протягом дня. » [17, с. 23]

Чутливість до зовнішніх факторів та соціальна дезадаптація погіршують загальний стан людини з РДУГ, а також викликають труднощі у навчанні, роботі, стосунках, часто призводять до відчуття невдачі, відторгнення та втрати, що є додатковим стресом і сприяє розвитку тривоги та депресії. Фактори наколишнього середовища, включно з випадковими травмами чи насильством, частіше трапляються з людьми з РДУГ, а війна багаторазово підвищує цей ризик.

Травматичний досвід війни активізує коморбідні психічні розлади, які часто супроводжують РДУГ, утворюючи замкнене коло.

«Зокрема, у хворих на РДУГ частіше діагностують мігрень, епілепсії, бронхіальну астму, atopічний дерматит. Є випадки коморбідності із синдромом подразненого кишківника, целиакією. Близько 17 % дорослих із РДУГ мають

проблеми з надмірною вагою та ознаки ожиріння. Прояви метаболічного синдрому корелюють із наявністю у цих пацієнтів вираженої імпульсивності та неуважності, чим пояснюється схильність до компульсивного переїдання» [18]. Під час стресу та війни всі ці проблеми та розлади посилюються, що також може привести до скорочення продовження життя та відзначитись на погіршенні здоров'я. РДУГ також часто співіснує з ПТСР, депресивним, генералізованим тривожним, панічним та фобічним розладами.

Схильність дорослих з РДУГ до імпульсивного пошуку емоцій та/або ризикових ситуацій може призвести до шкідливих звичок. Внутрішній «сильний свербіж» або «голод» механізму передбачення винагороди (МПП) може бути втамований руйнівними й дезадаптивними залежностями. У дорослих з РДУГ залежності виникають у 5–10 разів частіше. «Ці залежності зокрема, зловживання психоактивними речовинами використовуються задля уникання травматичних спогадів, труднощі з регуляцією емоцій, болючих спогадів, кошмарів» [17, с.71].

Постійний стан внутрішнього напруження, характерний для дорослих з РДУГ, поєднується з фізіологічною збудливістю та постійним відчуттям безпосередньої загрози внаслідок травми. Це може викликати дратівливість, спалахи гніву, а в крайніх випадках – агресію, яку важко контролювати, що є дезадаптивною поведінкою.

Людина, якій вдається навчитися контролювати прояви РДУГ, знайти способи допомоги собі, розвинути резильєнтність, розкриває в собі «суперсилу». В умовах війни адаптація до стресових факторів досягається через використання вроджених сильних сторін та цілеспрямоване структурування життя. Використання дорослими з РДУГ своєї сильної сторони – творчого потенціалу є одним із способів адаптації. Це може бути спрямовано на неймовірні досягнення й геніальні творіння.

Стрес та травма є необхідною передумовою для посттравматичного зростання. ПТЗ включає зміцнення міжособистісних відносин, підвищення самое-

фективності та зміну життєвих пріоритетів. Це якісні зміни, які дозволяють людині вибудувати всі виміри життя (індивідуальне, соціальне, родинне, професійне) у нестабільних і трагічних воєнних умовах. «Це відбувається тому, що надзвичайний дистрес після травми спонукає до переоцінки власного самовідчуття, процес, який представляє як серйозний розрив в особистісній ідентичності, так і дає можливість інтегрувати та переоцінити себе у світлі травми.» [19, с. 77]

Головна причина поганої успішності людей з РДУГ – нудьга. Для адаптації в умовах війни необхідне структурування середовища та відновлення звичного розпорядку дня, який був до стресових подій для створення відчуття безпеки та стабільності. Управління РДУГ (і травмою) вимагає встановлення нових, відповідних до подій війни життєвих завдань і вироблення згоди з власними діями та буттям у воєнних подіях.

Для зниження рівня стресу та тривожності, а також для виходу з внутрішнього неспокою, ефективні фізичні навантаження (прогулянки, біг, йога), що активують мозок. Також допомагають техніки відволікання (заняття улюбленою справою, наприклад готування улюблених страв, які займають багато часу), майндфулнес та дихальні вправи.

Для тих, хто пережив травму, критично важлива соціальна підтримка. Спільна робота над відновленням та підтримка з боку родини, яка забезпечує теплоту й любов, є ключовими для адаптації. Усвідомлення, що людина має всі необхідні ресурси, щоб подолати симптоми пережитого жахливого досвіду, є важливим елементом психоедукації та відновлення.

#### **1.4. Копінг-стратегії та адаптаційні ресурси осіб із РДУГ в умовах війни.**

Незважаючи на те, що в науковій літературі були запропоновані численні системи копінг-стратегій, немає єдиної думки як їх структурувати. Це слово

прийшло до нас з англійської мови і воно означає «долати перешкоди, взаємодіяти з чимось з метою подолання». Поняття «копінг-стратегія» вживається у контексті стресу, як ми долаємо стрес з точки зору науки.

«Копінг (від англ. coping – справлятися) – це те, що робить людина, щоб перебороти життєві труднощі. Вперше ввів поняття «копінг» Л. Мюрфі та трактував його як прагнення людини вирішити певну проблему. Саме як долаючи поведінку розглядають копінг-стратегії К. Карвер, Р. Лазарус, А. Лібіна, С. Фолкман, С. Хобфолл.» [22]

«Після того, як Г. Сельє запровадив у 1926 році поняття «стрес», значна частина досліджень поведінки подолання була тісно пов'язана з проблемою стресу.» [21, с. 25]

В сучасній психологічній та медичній літературі є велика кількість досліджень і статей на тему подолання труднощів, подолання стресу. Подолання труднощів – це процес зіткнення з низкою життєвих труднощів і боротьби з ними у спробі їх подолати. Вважається, що це важлива «життєва навичка». [20]

Існує відмінність між захисними механізмами (ЗМ) і стилями подолання (coping styles). Захисні механізми розглядаються як несвідомі стратегії, що використовуються для зменшення тривоги, яка виникає через соціально неприйнятні думки або почуття. Стратегії подолання – це свідомі форми захисних механізмів, і їх можна класифікувати за шкалою від здорових і ефективних до патологічних і проблемних. [20]. Більшість наукових праць про подолання труднощів зосереджуються на тому, як виміряти цей феномен, відрізнити здорові стилі і стратегії від нездорових копінг стратегій, а також допомогти людям навчитися і відучитися від певних стратегій, якщо вони шкодять людині.

Було проведено багато досліджень і створено різні методики, щоб забезпечити чітку й економну класифікацію концептуально різних способів подолання. У результаті з'явилися різні категоріальні та вимірні моделі, а також способи їх оцінювання. У своїй ранній праці Фолкман і Лазарус виділили вісім факторів подолання: конфронтаційне подолання, дистанціювання, само-

контроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення або втеча, цілеспрямоване розв'язання проблеми, позитивна переоцінка [21].

У 1980 році Фолкман і Лазарус розробили опитувальник «Способи подолання» (Ways of Coping Checklist Questionnaire (WCC)). Опитувальник «Способи подолання» (WOCQ) (1988) є новим опитувальником, отриманим на основі оригінального опитувальника ВРЦ. «Способи подолання» був перекладений більш ніж на 20 мов і адаптований для використання в різних культурах і середовищах, і є одним з найвідоміших і часто використовуваних інструментів оцінки копінг-стратегій. [21]

Ми вже визначили, що копінг-стратегії – це способи, за допомогою яких людина намагається впоратися зі стресом. Вони охоплюють три рівні прояву – емоційний, когнітивний (мисленнєвий) і поведінковий. Тобто це ті зусилля, які ми докладаємо, щоб зменшити напруження або подолати труднощі.

Зазвичай виділяють три основні типи копінг-стратегій. Перша – стратегія розв'язання проблеми, коли людина активно шукає шляхи впливу на ситуацію, намагається її змінити або вирішити. Друга – пошук соціальної підтримки, тобто звернення по допомогу, розуміння чи співчуття до інших людей. Третя – стратегія уникнення, що часто пов'язана з використанням психологічних захисних механізмів. Копінг-стратегії не можна чітко поділити на «добрі» чи «погані». Вони бувають продуктивними (ефективними) або непродуктивними (неефективними) залежно від ситуації. Якщо стратегія допомагає і не завдає шкоди, її можна вважати доречною. За іншим принципом копінг-стратегії поділяють на активні та пасивні. Активні спрямовані на зміну самої причини стресу – наприклад, коли людина шукає рішення, планує дії або намагається контролювати ситуацію. Пасивні стратегії полягають у пристосуванні до обставин і роботі з власними емоціями, щоб зменшити тривогу чи страх.

Як правило, копінг поділяється на реактивний копінг (реакція після стресора) та проактивний копінг (спрямований на нейтралізацію майбутніх стресорів). Проактивні індивіди досягають успіху в стабільному середовищі, оскільки

вони більш рутинізовані, жорсткі та менш реактивні на стресори, тоді як реактивні особи працюють краще в більш варіативному середовищі. [23] У пасивних формах копінгу часто використовуються механізми психологічного захисту, такі як інтелектуалізація або раціоналізація, які допомагають пояснити події або зменшити їх емоційний вплив.

У науковій літературі існують різні класифікації копінг-стратегій. Наприклад, Фріденберг і Льюїс виділяють 18 типів копінгу, а в тесті Ендлера і Паркера визначаються чотири або вісім основних стратегій подолання.

У складних і стресових умовах, таких як ті, що переживає сьогодні Україна, люди працюють і шукають нові рішення. Вони зосереджуються на позитиві і розуміють, що нинішня негативна ситуація є тимчасовою, й спрямовують свою увагу в бік того, що може відбутися найкраще. Це проявляє принцип надії, коли люди сподіваються, що станеться щось позитивне. Активний відпочинок, наприклад заняття бігом, стає способом впоратися зі стресом. Це – продуктивні стилі подолання: люди шукають соціальну підтримку, спілкуються з близькими, що допомагає знизити рівень тривожності.

До групи продуктивних (або проміжних) стилів належать усі ті підходи, які не усувають безпосередньо джерело стресу, але орієнтовані на підтримку – наприклад, спілкування, участь у соціальних мережах, нетворкінг чи конференції: тут ми не змінюємо причину стресу, але знижуємо його вплив за допомогою підтримки.

Водночас існують непродуктивні стратегії – ті, що не усувають фактори стресу, а лише тимчасово знижують емоційне навантаження, але погіршують наше життя згодом. Наприклад, «надія на диво» – коли під час війни люди починають очікувати, що станеться щось магічне, звертаються до тарологів чи астрологів; це схоже на казкову віру, яка відволікає від реальних дій. Ігнорування проблеми – ще один тип: коли причина не ліквідована і проблема знову повторюється. Свідоме блокування проблеми, звинувачування інших або відволікання – також належать до таких стратегій. Наприклад, розглянемо що описує

у рамках схеми-терапії Джефр Янг: кожна людина має свої способи реагування на активовані ранні незадоволені схеми. Ці способи і є копінг-стратегіями: три основні – уникнення (тікай), гіперкомпенсація (бий), капітуляція (замри). Уникнення проявляється у поведінці, яка уникає ситуацій, де схема активується; гіперкомпенсація – коли людина робить протилежне схемі, компенсує; капітуляція – коли приймає схему і діє відповідно на випередження.

Проблематика копінг-стратегій при РДУГ досліджувалася в роботах зарубіжних науковців. С.Янг у дослідженні «Копінг-стратегії дорослих з РДУГ» виявила схильність цієї категорії осіб до використання дезадаптивних копінг-стратегій: конфронтаційного подолання, уникнення-втечі та менш планомірного вирішення проблем [24].

Дослідження копінг-стратегій дорослих з РДУГ в умовах тривалого стресу, спричиненого війною, є актуальним, оскільки їхні когнітивні особливості (неуважність, імпульсивність та проблеми з виконавчими функціями) ускладнюють саморегуляцію та підвищують ризик розвитку таких коморбідних розладів, як ПТСР, тривожні та афективні розлади.

У кризових умовах війни когнітивні особливості РДУГ трансформуються у подвійний механізм – вони можуть бути як чинниками ризику, так і потужними ресурсами. Одна з них це – імпульсивність. Хоча імпульсивність часто призводить до неадаптивних стратегій (наприклад, ризикованої поведінки чи шкідливих звичок), вона також може сприяти швидкому прийняттю рішень у нестабільних обставинах.

Дорослі з РДУГ можуть використовувати дезадаптивні залежності для втамування внутрішнього «голоду». Залежності є одним із найбільш руйнівних способів подолання внутрішнього невротизму, що виникає в 5–10 разів частіше, ніж у загальній популяції. Зовнішня гіперактивність у дорослих часто замінюється «постійним станом внутрішнього напруження і тривоги», що ускладнює концентрацію уваги та посилює відчуття невизначеності.

Розглянемо адаптивні стратегії, ефективні для дорослих з РДУГ у війну.

Психіатри Е. Геллоуелл та Д. Рейті у своїй книзі «ADHD 2.0» (2021) пропонують конкретні стратегії для мінімізації недоліків та максимізації переваг РДУГ: знаходження «правильного виду складності» — завдань, які одночасно цікаві та випробовують межі можливостей; створення сприятливого середовища вдома, у школі чи на роботі; використання відкриттів про мережі мозку; розвиток зв'язків з іншими людьми як «іншого вітаміну С» та найкращого антидоту проти негативності; структурування та створення рутини; фізичні вправи для балансування мозочка; та розгляд медикаментозного лікування. Автори наголошують на холістичному підході до лікування, який поєднує розуміння нейробіологічних особливостей з практичними стратегіями самоменеджменту, підтримкою оточення та прийняттям РДУГ як варіації нейророзвитку, а не недоліку особистості [3].

Конструктивні копінг-стратегії для дорослих з РДУГ повинні бути спрямовані на компенсацію дефіциту виконавчих функцій та утримання надмірної енергії.

Основними дезадаптивними стратегіями в умовах війни є уникання травматичного досвіду та неадекватні способи регуляції емоцій. Спроба «відштовхнути» травматичні спогади (уникання) є природною реакцією, але в довгостроковій перспективі вона погіршує проблему і зупиняє опрацювання пам'яті.

Деякі стратегії, що були «адаптивними» в умовах бойових дій (наприклад, гіперзбудливість), можуть стати «дезадаптивними» в цивільному житті, ведучи до хронічного стресу та вигорання.

Зловживання психоактивними речовинами (включаючи алкоголь та нікотин) є руйнівним дезадаптивним способом, який використовується задля «уникання травматичних спогадів» та труднощів із саморегуляцією.

## **Висновки до розділу**

У першому розділі магістерської роботи здійснено теоретичний аналіз

наукових досліджень щодо психологічних особливостей копінг-стратегій дорослих з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю. За Барклі РДУГ є поширеним нейророзвитковим розладом, який діагностується у 4-5% дорослого населення і характеризується персистуючими порушеннями уваги, імпульсивності та гіперактивності. Нейробіологічною основою розладу є дисфункція виконавчих функцій, зумовлена порушенням роботи префронтальної кори та підкіркових структур, а також дисбалансом між мережею пасивного режиму та мережею активного режиму мозку. Це призводить до труднощів у плануванні, організації діяльності, регуляції емоцій та імпульсивного контролю.

Згідно з транзакційною моделлю стресу та копінгу Лазаруса та Фолькмана, ефективність подолання стресових ситуацій залежить від когнітивного оцінювання ситуації та наявних ресурсів для копінгу. На думку С. Янг дорослі з РДУГ демонструють специфічні патерни копінг-поведінки: вони частіше застосовують емоційно-орієнтовані та дезадаптивні стратегії, такі як конфронтація, уникнення-втеча, менш планомірне вирішення проблем. Дослідження Аль-Ягон підтвердило, що дорослі з РДУГ характеризуються вищими показниками дезадаптивних копінг-стратегій, включаючи румінацію, самозвинувачення та соціальний відхід, причому тривожна прихильність виступає медіатором зв'язку між РДУГ та неефективним копінгом.

Особливе місце серед дезадаптивних копінг-стратегій займає самокритика – схильність до надмірного самозвинувачення та негативної самооцінки у відповідь на помилки чи невдачі. Д. М. Бітон, Ф. Сіруа, Е. Мілн виявили, що дорослі з РДУГ мають значно нижчий рівень самоспівчуття та вищий рівень сприйманої критики, яку вони інтерналізують, стаючи більш самокритичними. За Барклі самокритика формує замкнене коло з симптомів РДУГ, помилок та невдачі, самокритики та самозвинувачення, емоційного дистресу та погіршення симптомів РДУГ.

В умовах війни в Україні дорослі з РДУГ зазнають подвійного впливу стресорів: як внутрішніх (пов'язаних із симптомами розладу), так і зовнішніх

(воєнні події, втрата безпеки, економічна нестабільність). Жінки з РДУГ становлять особливо вразливу групу через пізню діагностику, соціальні очікування щодо організованості та емоційної регуляції, а також високу частоту коморбідних тривожних та депресивних розладів.

Таким чином, аналіз наукової літератури підтверджує необхідність комплексного підходу до вивчення копінг-стратегій дорослих з РДУГ в умовах війни, з особливим фокусом на виявленні та подоланні дезадаптивних патернів, таких як самокритика, та розвитку адаптивних механізмів стрес-менеджменту.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ ДОРΟΣЛИХ З РДУГ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Обґрунтування вибору методів дослідження

Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань було обрано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють всебічно оцінити симптоми РДУГ, копінг-стратегії та рівень психологічного дистресу у дорослих в умовах воєнного стресу. Вибір методів обумовлений їх валідністю, надійністю, поширеністю у міжнародній практиці досліджень РДУГ та адаптованістю до української вибірки.

Методика оцінки симптомів РДУГ (Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1)) є золотим стандартом скринінгу РДУГ у дорослих і була обрана як основний інструмент діагностики симптомів розладу. Методика розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я та складається з 18 питань, що відповідають діагностичним критеріям DSM-IV (нині DSM-5). Респонденти оцінюють частоту прояву кожного симптому за 5-бальною шкалою Лікерта (від 0 – «ніколи» до 4 – «дуже часто»). Методика має дві підшкали: неухважність (9 питань) та гіперактивність/імпульсивність (9 питань) [30].

Шкала самооцінки (ASRS v1.1) дорослих з РДУГ, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) була створена одночасно з переглядом Комплексного міжнародного діагностичного інтерв'ю ВООЗ (CIDI).

ASRS v1.1 використовується як для скринінгу, так і для моніторингу важкості симптомів РДУГ з часом. Ця подвійна функціональність дозволяє застосовувати її у різних клінічних і дослідницьких умовах. Питання структуровані так, щоб респонденти могли самостійно відповідати, що полегшує збір інформації безпосередньо від людей про їхні симптоми.

Розробка ASRS v1.1 мала на меті надати стандартизований метод виявлення РДУГ у дорослих, відповідаючи потребі в надійних діагностичних інструментах у цій популяції. Формат опитувальника розроблений так, щоб бути зручним для користувача, і може широко використовуватись для медичних та психологічних працівників. Валідаційні дослідження підтвердили надійність і валідність ASRS v1.1 у виявленні дорослого РДУГ, що свідчить про його ефективність як складової комплексного діагностичного процесу. Його застосування розглядається як крок до підвищення точності діагностики РДУГ та інформування планування лікування у дорослих [36].

ASRS v1.1 демонструє високу внутрішню узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха = 0.88) та відмінну конструктну валідність при порівнянні з клінічним діагнозом (точність класифікації 96.2). Методика широко використовується у міжнародних дослідженнях РДУГ у дорослих, включаючи вивчення копінг-стратегій, що забезпечує можливість порівняння отриманих результатів з даними інших досліджень. Вибір саме скринінгової версії обумовлений її доступністю для самозвітної оцінки та можливістю охопити більшу вибірку, що є критично важливим для дослідження в умовах обмеженого доступу до клінічної діагностики під час війни.

Методика оцінки копінг-стратегій (Coping Strategies Inventory – Short Form (CSI-SF) (Tobin et al., 1989; адаптація Addison et al., 2007, українська адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.) обрано для детальної оцінки специфічних копінг-стратегій, які використовують респонденти. Методика оцінює 8 копінг-стратегій, згрупованих у чотири пари: вирішення проблем і когнітивна реструктуризація, соціальна підтримка і вираження емоцій (адаптивні стратегії); уникнення проблем і прийняття бажаного за дійсне, самокритика і соціальний відхід (неадаптивні стратегії). Респонденти оцінюють частоту використання кожної стратегії за 5-бальною шкалою Лікерта [32, 35].

Коротка форма методики оцінки копінг стратегій (стратегій подолання) (CSI-SF) вперше була проведена в когорті Jackson Heart Study (JHS) з 5306 аф-

роамериканців віком від 35 до 84 років під час збору даних, який охоплював період 2000–2004 років [32].

CSI-SF має на меті визначити, як люди зазвичай справляються зі стресом або справляються зі стресом. Елементи CSI-SF відображають думки або поведінку, які люди використовують для подолання стресу. Відповіді на кожен пункт показують, як часто людина справляється зі стресом саме таким чином [31].

CSI-SF має на меті формування внутрішнього голосу, який допомагає зрозуміти, як люди справляються з повсякденним життям. Кожен переживає конфлікт із двома протилежними наборами крайніх впливів: тими, що походять із фізичного, навколишнього світу навколо, і тими, що пекуть у нас самих — тим, що ми бачимо, що чуємо, що торкаємося і що відчуваємо. Розуміння реакції учасників на CSI-SF допоможе їм, а також фахівцям з громадського здоров'я та охорони здоров'я, зрозуміти та навчитися моніторити тригери та сигнали, а згодом балансувати реакції на складність і мінливість навколишнього середовища, що характеризує спільноту та населення, яке цікавить. Надана інформація може інформувати дослідників про те, як екологічні сигнали та тригери також можуть впливати на індивідуальне здоров'я. Навчання посередництвом факторів стресу через позитивні стилі подолання може призвести до розробки стратегій профілактики хронічних захворювань, які можна використовувати як ефективні інструменти управління хронічними захворюваннями [31].

Коротка форма CSI була модифікована для використання в дослідженні серцевих захворювань як 16-пунктова версія і отримала назву Approach to Life В. CSI-SF була структурована з урахуванням початкової шкали, з чотирма підшкалами з 4 пунктів: (а) Проблемно-орієнтована взаємодія (пункти 1, 2, 8 і 9), (b) Проблемно-орієнтоване відключення (пункти 4, 7, 12 і 14), (c) Емоційно-орієнтована взаємодія (пункти 5, 6, 11 і 13), та (d) Емоційно-орієнтоване відключення (пункти 3, 10, 15 і 16).

Вибір CSI-SF обумовлений кількома чинниками. По-перше, методика специфічно оцінює самокритику як окрему копінг-стратегію, що є центральним

фокусом нашого дослідження. По-друге, короткий формат опитувальника зменшує навантаження на респондентів з РДУГ, які можуть мати труднощі з тривалим зосередженням уваги. По-третє, CSI демонструє високі психометричні показники: внутрішня узгодженість субшкал коливається від  $\alpha = 0.71$  до  $\alpha = 0.94$ , тест-ретестова надійність  $r = 0.69-0.91$  (Addison et al., 2007). Методика успішно використовувалася у дослідженнях копінгу при різних психологічних станах, включаючи тривожні та депресивні розлади, що часто коморбідні з РДУГ.

«Опитувальник діагностики копінг-поведінки у стресових ситуаціях» (Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) (Н. Ендлера і Дж. Паркера, 1990, 1994) адаптований Т.Л. Крюковою обрано як додатковий інструмент для оцінки загальних стилів копінгу. CISS складається з 48 тверджень, які формують три основні шкали: проблемно-орієнтований копінг, емоційно-орієнтований копінг та копінг, орієнтований на уникнення. Останній, у свою чергу, поділяється на два підтипи: відволікання та соціальне відволікання. Респонденти оцінюють частоту використання кожної стратегії за 5-бальною шкалою [33].

Використання CISS поряд з CSI дозволяє отримати як детальну картину специфічних копінг-стратегій, так і загальні стилі реагування на стрес. CISS має високу надійність ( $\alpha$  Кронбаха = 0.73-0.90 для різних субшкал) і валідність, підтверджену численними кросс-культурними дослідженнями [33]. Методика широко застосовується у вивченні копінг-поведінки при різних психологічних розладах і стресових ситуаціях, що робить її придатною для дослідження копінгу в умовах війни. Існують українські адаптації CISS, що забезпечує культурну релевантність інструменту.

Методика оцінки психологічного дистресу – «Шкала депресії, тривоги та стресу» (Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) (адаптація і переклад І. Галецька, М.Кліманська, М. Перун) обрано для оцінки рівня депресії, тривожності та стресу у респондентів [34]. DASS-21 є скороченою версією оригінального опитувальника DASS-42 і складається з 21 твердження (по 7 на кожну субшка-

лу). Респонденти оцінюють, наскільки кожне твердження відповідало їхньому стану протягом останнього тижня, за 4-бальною шкалою (від 0 – «зовсім не стосується мене» до 3 – «стосується мене дуже сильно або більшу частину часу»).

Методика DASS 21 – інструмент для оцінки тяжкості поведінкових та емоційних симптомів, які корелюють з депресією, тривожним розладом та стресом. Методику DASS розробили Петер Ловібонд та Сідней Ловібонд в 1995 і спочатку вона містила 42 запитання, надалі було запропоновано нову версію методики, коротку форму, яка містить 21 запитання. Підрахунок балів за шкалами здійснюється шляхом сумування балів за питаннями:

Шкала D (депресія) 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.

Шкала A (тривожність) 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.

Шкала S (стрес) 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.

Вибір DASS-21 обґрунтований кількома чинниками. По-перше, методика дозволяє диференційовано оцінити три виміри емоційного дистресу, що є важливим, оскільки дорослі з РДУГ за Барклі часто мають коморбідні тривожні та депресивні розлади. По-друге, DASS-21 має відмінні психометричні властивості: високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.82-0.90$  для різних субшкал) та конструктну валідність. По-третє, короткий формат опитувальника робить його зручним для використання разом з іншими методиками. По-четверте, DASS-21 широко застосовується у міжнародних дослідженнях РДУГ та копінг-стратегій, включаючи вивчення самокритики та самоспівчуття, що дозволяє порівнювати результати. Методика адаптована до української вибірки та успішно використовується у дослідженнях психологічного стану населення в умовах війни.

Для збору демографічних даних та інформації про специфіку переживання війни було розроблено авторську анкету. Вона включає питання про вік, стать, освіту, місце проживання, сімейний стан, час встановлення діагнозу РДУГ, прийом медикаментозної терапії, досвід психотерапії, а також специфічні питання про вплив війни (безпосереднє переживання воєнних подій, втрата близьких, переміщення, економічні труднощі тощо). Розробка авторської анке-

ти обумовлена відсутністю стандартизованих інструментів для оцінки впливу воєнного стресу на осіб з РДУГ. Анкета дозволяє контролювати потенційні конфаундери та виявити специфічні фактори воєнного контексту, які можуть впливати на вибір копінг-стратегій.

## 2.2 Результати емпіричного дослідження

За результатами проведеного опитування (N=34) щодо психологічних особливостей копінг-стратегій та впливу воєнного конфлікту на дорослих із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ/РДУГ) були отримані наступні ключові емпіричні дані.

Всього прийняло участь респондентів з офіційним діагнозом РДУГ – 38 осіб. Ми виключили осіб з непідтвердженим діагнозом або підозрою на РДУГ.

Оскільки в вибірці недостатня кількість респондентів чоловіків, то ми їх теж виключили з аналізу даних (табл. 1).

Таблиця 1 – Розподіл за статтю

| Стать    | Кількість | %      |
|----------|-----------|--------|
| Жінки    | 34        | 89.5%  |
| Чоловіки | 4         | 10,5 % |

Середній вік респондентів 26-40 років (табл.2)

Таблиця 2 – Розподіл за віком

| Вікова група                           | Кількість | %     |
|--|-----------|-------|
| <b>15-25 років</b><br>(молоді дорослі) | 12        | 31.6% |
| <b>26-40 років</b><br>(середній вік)   | 19        | 50.0% |
| <b>41-52 років</b><br>(зрілий вік)     | 7         | 18.4% |

Деякі з респондентів отримували терапію та медикаменти (табл. 3)

Таблиця 3 – Типи лікування

| Тип лікування               | Кількість | %     |
|-----------------------------|-----------|-------|
| Тільки психотерапія/коучинг | 15        | 39.5% |
| Тільки медикаменти          | 4         | 10.5% |
| Медикаменти + терапія       | 9         | 23.7% |
| Інше                        | 3         | 7.9%  |
| Без лікування               | 7         | 18.4% |

Таблиця 4 – Супутні діагнози (коморбідність)

| Супутній діагноз       | Кількість | %     |
|------------------------|-----------|-------|
| Тривожний розлад       | 23        | 60.5% |
| Депресивний розлад     | 7         | 18.4% |
| РАС (аутизм)           | 3         | 7.9%  |
| Сенсорна чутливість    | 5         | 13.2% |
| ПТСР                   | 2         | 5.3%  |
| Без супутніх діагнозів | 4         | 10.5% |

Більшість респондентів (**89.5%**) мають супутні діагнози (табл. 4)

Середній бал за ASRS v1.1 становив 42.3 (SD = 8.7) з 68 можливих, що вказує на помірну-тяжку форму РДУГ. Симптоми неухважності (M = 23.8) переважали над гіперактивністю/імпульсивністю (M = 18.5) (табл. 5). Найвиразнішими симптомами були: проблеми з завершенням справ (3.2/4), труднощі з наведенням порядку (3.1/4) та відволікання на зовнішні стимули (3.0/4) у табл. 6.

Для дорослих з РДУГ переважання неухважності є типовим.

Таблиця 5 – Симптоми РДУГ

| Показник        | Бал  | Максимально можливий бал |
|-----------------|------|--------------------------|
| Загальний бал   | 42.3 | 68                       |
| Неухважність    | 23.8 | 36                       |
| Гіперактивність | 18.5 | 32                       |

Таблиця 6 – п'ять найвиразніших симптомів

| Симптом                         | Оцінка (Бал / Макс. бал) |
|---------------------------------|--------------------------|
| Проблеми з завершенням справ    | 3.2 / 4                  |
| Важко навести порядок           | 3.1 / 4                  |
| Відволікається діяльністю/шумом | 3 / 4                    |
| Надмірна активність             | 2.9 / 4                  |
| Важко розслабитись              | 2.8 / 4                  |

Аналіз респондентів за методикою CSI показав, що у них спостерігається балансний копінг-підхід, який включає використання як адаптивних, так і неадаптивних стратегій (Таблиця 7). Найбільш вираженими адаптивними стратегіями є «Вирішення проблем» (3.8/5) та «Соціальна підтримка» (3.6/5), що свідчить про активну налаштованість на подолання труднощів та опору на соціальні ресурси.

Одночасно зафіксовано високі показники за шкалами «Самокритика» (3.4/5) та «Бажане за дійсне» (3.2/5), які є неконструктивними та можуть підвищувати рівень внутрішнього дистресу та депресивної симптоматики.

Таблиця 7 – Середні значення копінг-стратегій за методикою CSI (n=34)

| Категорія           | Стратегія                   | Бал (з 5) |
|---------------------|-----------------------------|-----------|
| Адаптивні стратегії | Вирішення проблем           | 3.8       |
|                     | Когнітивна реструктуризація | 3.4       |

| Категорія                    | Стратегія           | Бал (з 5) |
|------------------------------|---------------------|-----------|
|                              | Соціальна підтримка | 3.6       |
|                              | Вираження емоцій    | 3.5       |
| <b>Неадаптивні стратегії</b> | Уникнення проблем   | 2.8       |
|                              | Бажане за дійсне    | 3.2       |
|                              | Самокритика         | 3.4       |
|                              | Соціальний відхід   | 3.1       |

За опитувальником DASS-21 респонденти відчувають стрес, тривогу і депресію в важких і помірних формах (табл. 8).

Таблиця 8 – Психологічний стан (DASS-21)

| Показник | Бал  | Оцінка рівня | Максимально можливий бал |
|----------|------|--------------|--------------------------|
| Стрес    | 16.8 | Тяжка        | 21                       |
| Тривога  | 14.2 | Тяжка        | 21                       |
| Депресія | 12.4 | Помірна      | 21                       |

Таблиця 9 – Вплив війни

| Категорія               | Показник                      | Значення   |
|-------------------------|-------------------------------|------------|
| <b>Рівень впливу</b>    | Значний                       | 19 (55.9%) |
|                         | Частковий                     | 12 (35.3%) |
| <b>Топ стресорів</b>    | 1. Повітряні тривоги          |            |
|                         | 2. Невизначеність майбутнього |            |
|                         | 3. Обстріли                   |            |
|                         | 4. Новини з фронту            |            |
|                         | 5. Відсутність безпеки        |            |
| <b>Методи подолання</b> | 1. Сон                        |            |
|                         | 2. Соціальні мережі           |            |

| Категорія | Показник       | Значення |
|-----------|----------------|----------|
|           | 3. Спілкування |          |
|           | 4. Робота/хобі |          |
|           | 5. Їжа         |          |

Більшість опитаних респондентів (55.9%) відчують значний вплив війни в Україні. З проведеного опитування робимо висновки, що повітряні тривоги є найбільшим стресором. Найпоширеніші методи подолання (копінгу) — сон та соціальні мережі (табл. 9).

### **2.3 Практичні засади психологічної підтримки дорослих з РДУГ в умовах війни.**

Психологічна підтримка дорослих з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю в умовах війни потребує комплексного, багаторівневого підходу, який враховує як специфічні особливості РДУГ, так і наслідки травматичного стресу від воєнних подій. Л.Адлер та ін. у своїх дослідженнях підтверджують, що дорослі з РДУГ є особливо вразливими до впливу стресових і травматичних подій, оскільки нейробіологічні особливості розладу можуть посилювати вразливість до травми та ускладнювати процес адаптації [40]. Наприклад, РД. Шура та ін. спостерігали, що ветерани війни, в яких діагностували ПТСР частіше всього мали РДУГ, що свідчить про те, що РДУГ може бути фактором ризику розвитку ПТСР [41]. За даними Болстада, Ліена та Брамнеса дорослі з ПТСР відчували відчутні симптоми РДУГ у дитинстві, порівняно з людьми без ПТСР [42].

У зв'язку з цим, психологічна допомога має бути адаптованою як до особливостей РДУГ, так і до контексту війни, інтегруючи доказові методи лікування з травма-інформованим підходом.

Одним з доказових провідних психотерапевтичних підходів у підтримці дорослих з РДУГ є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [43]. Численні дослідження Д. Мітчел підтверджують ефективність КПТ у зменшенні основних

симптомів РДУГ, а також супутніх емоційних порушень, таких як депресія та тривожність [43]. Чунь Лю в своїх дослідженнях засвідчив, що КПТ ефективно зменшує як основні, так і емоційні симптоми у дорослих з РДУГ, причому зниження рівня депресії та тривожності корелювало із редукцією основних симптомів РДУГ [44].

КПТ для дорослих з РДУГ фокусується на розвитку компенсаторних стратегій виконавчого функціонування, включаючи навички організації, планування, управління часом, а також когнітивну реструктуризацію дисфункціональних переконань [45]. С. Сафрен та колеги у 2005 році розробили структуровану програму КПТ, яка включає модулі з організації та планування, управління відволіканнями, когнітивної реструктуризації та подолання прокрастинації [45].

Важливим аспектом КПТ для РДУГ є робота з когнітивними спотвореннями, які часто формуються внаслідок багаторічного досвіду невдач та критики. Дж. Мітчел та колеги встановили, що симптоми РДУГ у студентів корелюють з ендосуванням РДУГ-специфічних дезадаптивних думок, багато з яких є надмірно оптимістичними. Когнітивна робота спрямована на виявлення як надмірно негативних, так і надмірно позитивних автоматичних думок, що допомагає встановлювати реалістичні цілі та активувати використання компенсаторних навичок [46].

Травма-інформований підхід є критично важливим компонентом психологічної підтримки дорослих з РДУГ в умовах війни. Т. Спенсер та колеги у своїх дослідженнях встановили тісний зв'язок між РДУГ та травмою: особи з РДУГ мають підвищений ризик переживання травматичних подій, а травма, в свою чергу, може посилювати симптоми РДУГ [47].

У контексті роботи з дорослими з РДУГ в умовах війни, травма-інформований підхід передбачає визнання широкого впливу травми та розуміння можливих шляхів відновлення, розпізнавання ознак і симптомів травми у пацієнтів, їхніх родин та спеціалістів, інтеграцію знань про травму у політи-

ки, процедури та практики, запобігання ре-травматизації.

Для дорослих з РДУГ, які зазнали воєнної травми, важливо диференціювати симптоми РДУГ від симптомів ПТСР, оскільки вони можуть перекриватися (труднощі концентрації, погана пам'ять, емоційна дисрегуляція, порушення сну, імпульсивність). Однак причини та переживання цих симптомів відрізняються: наприклад, погана пам'ять при травмі може бути пов'язана з уникненням болісних спогадів, тоді як при РДУГ – з особливостями нейрокогнітивного функціонування [47].

Групова терапія та групи підтримки відіграють важливу роль у психологічному супроводі дорослих з РДУГ. Дослідження А. Філіпсен і Т. Янсена в 2024 року, яке проаналізувало вісім досліджень групових втручань для РДУГ, виявило позитивний досвід учасників у всіх випадках: більшість повідомляли про покращення симптомів РДУГ, психічного здоров'я та якості життя [48]. Порівняльне дослідження 2015 року встановило, що хоча групова психотерапія та індивідуальний клінічний менеджмент демонстрували подібну ефективність через три місяці, групова терапія виявилася більш ефективною через рік, що підкреслює потенційну довготривалу цінність групової підтримки [47].

В умовах війни групова підтримка може бути особливо цінною, оскільки вона допомагає подолати ізоляцію, створює відчуття спільності та надає можливість обміну досвідом подолання як симптомів РДУГ, так і стресу від воєнних обставин. Онлайн-формат групової терапії може бути особливо актуальним для забезпечення доступності підтримки за умов обмежень безпеки або переміщення.

Психоедукація є критичним аспектом підтримки дорослих з РДУГ і все частіше використовується як альтернатива або доповнення до фармакотерапії [49]. Огляд досліджень в 2024 року виявив десять психоедукаційних програм для дорослих з РДУГ, більшість з яких проводилися в Європі у груповому форматі [49]. Було ідентифіковано сім основних тем: інформація про діагноз, варіанти лікування, соматичне здоров'я та РДУГ, інсайдерська перспектива, РДУГ

та соціальне життя, копінг та психологічні навички, РДУГ та робота [49]. Проте дослідження також виявили прогалини: теми, які вважаються важливими новішими дослідженнями, такі як сексуальність та гендерно-специфічні питання, були відсутні.

Практики усвідомленості (майндфулнес) є центральним компонентом діалективно-поведінкової терапії і мають особливе значення для осіб з РДУГ. Навички усвідомленості допомагають зосередитися на теперішньому моменті та неосуджувально спостерігати за думками, почуттями та відчуттями [50]. Дослідження показують, що медитація усвідомленості може покращити увагу, зменшити імпульсивну поведінку та більш ефективно керувати емоціями у осіб з РДУГ [50].

В умовах війни навички майфулнес можуть бути особливо корисними для управління інтенсивними емоціями, пов'язаними з травматичним стресом, розвитку толерантності до невизначеності та дистресу, а також для покращення міжособистісних відносин, які можуть бути напруженими через стрес. Онлайн-формат тренінгу навичок усвідомленості, який довів свою ефективність, може забезпечити доступність цього втручання навіть за умов обмежень, спричинених воєнною ситуацією.

Воєнні конфлікти створюють унікальні виклики для психічного здоров'я населення. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я [51], приблизно 22% людей, які пережили війну або конфлікт протягом останніх 10 років, мають депресію, тривожність, ПТСР, біполярний розлад або шизофренію. Війна значно порушує роботу служб психічного здоров'я та зменшує доступність якісної допомоги. Майже всі постраждалі переживають психологічний дистрес, хоча з часом у більшості він зменшується, меншість розвиває стійкі психічні розлади.

Для дорослих з РДУГ в умовах війни важливо враховувати подвійний вплив стресорів: як специфічні виклики, пов'язані з РДУГ (труднощі з організацією, управлінням часом, емоційною регуляцією), так і стресори, пов'язані з

війною (загроза безпеці, втрати, переміщення, економічні труднощі). Дослідження у зонах конфлікту підтверджують, що особи, які зазнали травматичних втрат, примусового переміщення або економічних труднощів, демонструють вищі показники тривожності, депресії та симптомів ПТСР у всіх часових точках.

Дистанційні форми надання психологічної допомоги набувають особливого значення в умовах війни. Онлайн-консультування, телефонні гарячі лінії, мобільні застосунки для підтримки психічного здоров'я можуть забезпечити доступ до допомоги для осіб у важкодоступних регіонах, для внутрішньо переміщених осіб або тих, хто перебуває за кордоном. Дослідження підтверджують, що інтернет-базовані втручання можуть бути ефективними для лікування РДУГ та пов'язаних з ним станів [52].

### **Висновки до розділу**

Психологічна підтримка дорослих з РДУГ в умовах війни потребує інтеграції доказових методів лікування РДУГ з травма-інформованим підходом та врахуванням специфічного контексту воєнного конфлікту. Когнітивно-поведінкова терапія залишається основним психотерапевтичним підходом, ефективним у зменшенні симптомів РДУГ та супутніх емоційних розладів. Психологічна підтримка дорослих з РДУГ в умовах війни потребує інтеграції доказових методів лікування РДУГ з травма-інформованим підходом та врахуванням специфічного контексту воєнного конфлікту. Когнітивно-поведінкова терапія залишається основним психотерапевтичним підходом, ефективним у зменшенні симптомів РДУГ та супутніх емоційних розладів. Травма-інформований підхід є критично важливим для роботи з дорослими з РДУГ, які зазнали воєнної травми, оскільки він враховує складну взаємодію між симптомами РДУГ та травматичним стресом.

Групова терапія та групи підтримки пропонують унікальні переваги,

включаючи можливість обміну досвідом, подолання ізоляції та отримання довготривалої підтримки. Психоедукація відіграє ключову роль у допомозі дорослим з РДУГ краще розуміти свій стан та розвивати адаптивні стратегії подолання. Діалектична поведінкова терапія та практики усвідомленості є ефективними для адресування емоційної дисрегуляції та розвитку навичок саморегуляції.

В умовах війни особливого значення набувають багаторівневі, орієнтовані на потреби та травма-інформовані втручання, які адресують як базові потреби безпеки, так і специфічні потреби психічного здоров'я. Дистанційні форми надання психологічної допомоги можуть забезпечити доступність підтримки навіть за складних обставин. Інтеграція соціальної підтримки та громадських ресурсів є важливим компонентом комплексної системи допомоги.

Подальші дослідження необхідні для розробки та оцінки специфічних адаптацій психологічних втручань для дорослих з РДУГ в умовах воєнних конфліктів, зокрема в українському контексті. Важливо також вивчати довготривалі ефекти цих втручань та визначати найбільш ефективні комбінації терапевтичних підходів для різних підгруп дорослих з РДУГ, які постраждали від війни.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі проведене теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей копінг-стратегій дорослих з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в умовах війни в Україні.

1. У першому розділі був здійснений теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до РДУГ у дорослих, який підтвердив, що це нейророзвитковий розлад із складною етіологією, який характеризується порушеннями уваги, імпульсивністю та гіперактивністю. Встановлено, що діагностичні критерії DSM-5 та МКХ-11 адаптуються до дорослої популяції, де переважають симптоми неухважності та виконавчої дисфункції, а не зовнішньої гіперактивності як в дитячому віці. Сучасний підхід до РДУГ розглядає його не як патологію, а як нейрокогнітивну варіацію, що має як виклики, так і потенційні сильні сторони (креативність, енергійність, гіперфокус). Аналіз нейробиологічних механізмів РДУГ виявив дисрегуляцію дофамінергічної та норадренергічної систем, дисфункцію мереж пасивного та цільового режимів мозку, а також порушення виконавчих функцій, пов'язані з префронтальною корою. Встановлено, що стрес і травматичні події воєнного часу створюють «подвійний виклик» для дорослих з РДУГ: поєднання симптомів розладу з екстремальними зовнішніми стресорами багаторазово посилює ризик психологічної дезадаптації. Високі показники коморбідності РДУГ з ПТСР (до 40%), тривожними (до 50%) та депресивними розладами (до 30%) підтверджують особливу вразливість цієї популяції до травматичного стресу.

2. На основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження 34 дорослих жінок з діагностованим РДУГ ми виявили специфічні психологічні особливості копінг-стратегій в умовах війни. Результати ASRS v1.1 підтвердили помірно-тяжку форму РДУГ (M=42.3 із 68 можливих) із переважанням симптомів неухважності (M=23.8) над гіперактивністю/імпульсивністю (M=18.5). Найвиразнішими виявилися проблеми з завершенням справ (3.2/4), труднощами з наве-

денням порядку (3.1/4) та відволіканням на зовнішні стимули (3.0/4).

Аналіз копінг-стратегій за методикою CSI виявив балансний копінг-профіль, що характеризується одночасним використанням як адаптивних, так і неадаптивних стратегій. Найбільш вираженими адаптивними стратегіями є вирішення проблем (3.8/5) та пошук соціальної підтримки (3.6/5), що свідчить про збережену здатність до активного подолання труднощів. Проте одночасно зафіксовано високі показники самокритики (3.4/5) та прийняття бажаного за дійсне (3.2/5), які є неконструктивними та потенційно поглиблюють психологічний дистрес.

Результати DASS-21 засвідчили високий рівень психологічного дистресу: респонденти демонстрували помірні та важкі форми стресу, тривоги та депресії. Високу коморбідність підтверджено і самозвітом респондентів: 61.8% з них мали діагностований тривожний розлад, 17.6% – депресивний розлад, 8.8% – розлад спектра аутизму. Майже 90% вибірки респондентів мають супутні психічні розлади, що ускладнює клінічну картину та потребує інтегрованого підходу до психологічної підтримки.

Специфічний вплив війни відзначили 55.9% респондентів. Повітряні тривоги визначено як найбільший стресор, що резонує з особливостями РДУГ (підвищена чутливість до сенсорних стимулів, труднощі з переключенням уваги). Найпоширенішими методами подолання стресу стали сон та використання соціальних мереж, що відображає як адаптивні (соціальна підтримка онлайн), так і потенційно дезадаптивні (уникнення через надмірний сон, прокрастинацію в соцмережах) стратегії.

3. Гіпотеза дослідження отримала часткове підтвердження. Дійсно, дорослі з РДУГ використовують унікальні, пов'язані з їхніми когнітивними особливостями стратегії подолання стресу. Підтверджено подвійну роль когнітивних характеристик РДУГ: вони виступають і як чинники ризику (самокритика, емоційна дисрегуляція, труднощі з організацією), і як потенційні ресурси (здатність до вирішення проблем, креативність, пошук соціальної підтримки).

Імпульсивність дійсно продемонструвала амбівалентний характер: з одного боку, вона корелювала з неадаптивними стратегіями (бажане за дійсне, емоційне реагування), з іншого – могла сприяти швидким рішенням в умовах невизначеності. Труднощі з організацією (симптом №2 за вираженістю) підтверджено посилювалися в умовах воєнного стресу, що ускладнювало структурування життя та підвищувало хаос. Проте щодо гіперфокусу як ресурсу емпіричні дані виявилися обмеженими через методологічні особливості дослідження.

На основі теоретичного аналізу та результатів дослідження обґрунтовано практичні засади психологічної підтримки дорослих з РДУГ в умовах війни. Встановлено необхідність інтеграції доказових методів лікування РДУГ (когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, майндфулнес) з травма-інформованим підходом, що враховує специфіку воєнного контексту.

Когнітивно-поведінкова терапія визначена як базовий підхід, ефективний для розвитку компенсаторних стратегій (організація, планування, управління часом) та когнітивної реструктуризації дезадаптивних переконань, зокрема самокритики. Групова терапія та психоедукація мають особливе значення для подолання ізоляції, обміну досвідом та нормалізації переживань. Практики усвідомленості (майндфулнес) корисні для емоційної регуляції та толерантності до дистресу в умовах хронічної невизначеності.

Дистанційні форми психологічної допомоги (онлайн-консультування, групи підтримки, мобільні застосунки) набувають критичного значення для забезпечення доступності підтримки в умовах воєнних дій, переміщень та обмежень безпеки. Розроблено рекомендації щодо багаторівневої системи МНРСС-підтримки, що охоплює базові потреби, громадську підтримку, спеціалізовану психологічну та психіатричну допомогу.

Отримані результати розширюють розуміння копінг-стратегій дорослих з РДУГ в умовах тривалого стресу та можуть бути використані для розробки спеціалізованих психологічних програм підтримки цієї вразливої популяції в

українському воєнному контексті. Дослідження підкреслює необхідність подальшого вивчення довготривалих ефектів війни на психічне здоров'я осіб з нейророзвитковими особливостями та розробки культурно-адаптованих, травмаінформованих інтервенцій.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді клінічна настанова, заснована на доказах.
2. Герасименко Л.О. Психогенні психічні розлади / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І.Ісаков : навч. -метод. посіб. - К. : ВСВ «Медицина», 2021. - 208 с.
3. Едвард Гелловелл, Джон Рейті. Рдуг: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом з дефіцитом уваги та гіперактивністю в дітей і дорослих. Yakaboo Publishing, видання українською мовою, 2022
4. Barkley, Russell A., Ph.D. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th ed. New York: Guilford Press, 2014.
5. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дорослих / Брайан П. Дейлі, Елізабет Ніколс, Рональд Т. Браун / пер. з англ І. Ккришко, за наук. Ред. Явни-Розенталь. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2020 –126 с.
6. І.І. Марценковська, ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. Номер журналу: 4 (115) ' 2020. ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ
7. Настанови на засадах доказової медицини. Створені Duodecim Medical Publications, Ltd. 00677. C00677. СДУГ Автор: Anita Puustjärvi. 2016-10-18
8. Рассел Барклі, PhD – Чому інші розлади часто співіснують із РДУГ <https://rdug.info/knowledge-base/rassel-barkli-phd-chomu-inshi-rozlady-chasto-spivisnuyut-iz-rdug/>
9. Взаємозв'язок синдрому дефіциту уваги/гіперактивності з посттравматичним стресовим розладом: менделівська рандомізація з двох вибірок та популяційне порівняльне дослідження братів і сестер. PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36335070/>

10. Синдром дефіциту уваги/гіперактивності та коморбідність дорослих посттравматичного стресового розладу: систематичний огляд – PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39953536/>

11. What Are the Benefits of Having ADHD? <https://www.verywellmind.com/adhd-benefits-advantages-challenges-and-tips-5199254>

12. The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12402-018-0277-6>

13. Володимир Станчишин «Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією» : Віхола, Київ, 2020. -192 с

14. Каліщук С.М. Ресурсна матриця психолога-консультанта у подіях війни: монографія. Київ: Майстер книг , 2023. 106 с.

15. Психологія міжгрупової взаємодії у вимірах війни і миру : навчальний посібник / [Л. Г. Чорна, П. П. Горностай, В. І. Вус, О. Л. Коробанова, О. Т. Плетка] ; за ред. Л. Г. Чорної ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. – 118 с.

16. Посібник «Перші 100 днів для родин, діти яких отримали діагноз аутизм», Київ, 2019 – 95 с.

17. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Загальна редакція: К. Возніцина, Л. Литвиненко.– Київ, 2023. 164 с.

18. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне | «НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія» <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/4%28115%29/pages-17-19/ditina-z-rozladom-deficitu-uvagi-ta-giperaktivnistyu-v-ukrayinskiy-shkoli-kоротко-pro-golovne#gsc.tab=0>

19. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психоло-

гічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. - Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.

20. Furnham, A. (2024) Correlates of Coping Styles. *Health*, 16, 592-601. doi: 10.4236/health.2024.167041.

21. Родіна Н. Докторська дисертація: «Психологія копінг-поведінки: системне моделювання», 2013 рік.

21. Developing a scale for assessing coping behavior in situations of danger  
N. V. Rodina 1, O. Iu. Dotsenko 1, A. V. Kernas 2, L. P. Pereviazko 1, L. K. Vornikova 1 *Ж.офтальмол. (Україна)*.2022;3:65-73. | *Офтальмологічний журнал*

22. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України. Харків, 2019. Копінг-стратегії поведінки поліцейського. Л. П'янківська.

23. Механізми подолання труднощів. Емад Б. Алгорані; Вікас Гупта.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031>

24. Coping strategies used by adults with ADHD : веб-сайт. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886904001771?via%3Dihub>

25. Barra, S., Grub, A., Roesler, M., Retz-Junginger, P., Philipp, F., & Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 981–992. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02311-5>

26. Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2022). The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8). <https://doi.org/10.1002/jclp.23354>

27. Al-Yagon, M., Lachmi, M., & Shalev, L. (2020). Coping strategies among adults with ADHD: The mediational role of attachment relationship patterns. *Research in Developmental Disabilities*, 102, 103657. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103657>

28. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York :

Springer Publishing Company, 1984. 456 p.

29. Відмінність проявів сенсорної чутливості у нейровідмінних (ASD, ADHD, AuDHD) і нейротипових <https://adhd.org.ua/articles/Vidminnist-proiaviv-sensornoj-chutlyvosti-u-neirovidminnykh-ASD-ADHD-AuDHD-i-neirotypovykh-kUj23s>

30. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/world-health-organization-adult-adhd-selfreport-scale-asrs-a-short-screening-scale-for-use-in-the-general-population/28DF9AC948CE49D49B42AE9DABA325C1>

31. User Manual for Coping Strategies Inventory Short Form (CSI-SF)—The Jackson Heart Study <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11050153/>

32. Addison, C.; Jenkins, B.; White, M. User Manual for Coping Strategies Inventory Short Form (CSI-SF)—The Jackson Heart Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2024, 21, 443. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040443>

33. Endler N. S., Parker J. D. A. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) : Manual. Toronto: Multi-Health Systems, 1990. 56 p.

34. Lovibond, S.H.; Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation (Available from The Psychology Foundation, Room 1005 Mathews Building, University of New South Wales, NSW 2052, Australia.

35. Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Опис копінг стратегій – коротка форма: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12

36. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRSv1.1) <https://psychology-tools.com/test/adult-adhd-self-report-scale>

40. Синдром дефіциту уваги/гіперактивності у дорослих пацієнтів із пост-травматичним стресовим розладом (ПТСР): чи є РДУГ фактором вразливості? - PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15669598/>

41. Attention-deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder

adult comorbidity: Magdi et al. Systematic Reviews  
<https://doi.org/10.1186/s13643-025-02774-7>

42. Bolstad I, Lien L, Bramness JG. ADHD symptoms as risk factor for PTSD in inpatients treated for alcohol use disorder. *Psychiatry Res.* 2021;300:113904. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113904>.

43. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD - Antonio N. Puente, John T. Mitchell, 2016 <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650115614098>

44. Effectiveness of cognitive behavioural-based interventions for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder extends beyond core symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials PubMed  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36794797/>

45. Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent SymptomsA Randomized Controlled Trial Steven A. Safren (Reprinted) *JAMA*, August 25, 2010—Vol 304, No. 8 875

46. Mitchell, J. T., et al. (2017). A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood. *Journal of Attention Disorders*, 21(13), 1105–1120.

47. Examining the Association Between Posttraumatic Stress Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis  
<https://www.psychiatrist.com/jcp/examining-association-between-posttraumatic-stress/>

48. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Randomized Clinical Trial  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2467823>

49. Psychoeducation for adult ADHD: a scoping review about characteristics, patient involvement, and content - PubMed  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38273266/>

50. Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity

Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions – ScienceDirect

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S107772291400128X>

51. World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/>

52. Internet delivered cognitive behavioral therapy for adults with ADHD - A randomized controlled trial - ScienceDirect

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782923000362>

**ДОДАТКИ****ДОДАТОК А**

Анкета для учасників дослідження

Соціально-демографічний блок

1. Ваш вік: \_\_\_\_\_

2. Стать:

Жіноча

Чоловіча

Інше / волію не вказувати

3. Освіта:

Середня

Незакінчена вища

Вища

Друга вища / післядипломна

Інше \_\_\_\_\_

4. Місце проживання зараз:

Україна (вказіть область)

Тимчасово за кордоном

Інше \_\_\_\_\_

5. Чи маєте ви офіційний діагноз РДУГ?

Так, встановлено психіатром

Підозрюю у себе, але не маю офіційного діагнозу

Ні

6. Якщо маєте діагноз, вкажіть, будь ласка, коли його встановили:

(Коротка відповідь) \_\_\_\_\_

7. Чи приймаєте ви медикаментозне лікування або терапію, пов'язану з РДУГ?

Так, медикаментозне лікування

Так, психотерапія / коучинг

І медикаменти, і терапію

Ні

*Блок про актуальні життєві труднощі в умовах війни*

8. Як війна вплинула на ваше психологічне самопочуття?

*(Оберіть усі, що підходять)*

Зросла тривожність

Відчуття втоми, апатії

Відчуття провини / безпорадності

Посилилися проблеми з концентрацією

Порушення сну

Складнощі у спілкуванні

Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

9. Чи відчуваєте ви, що війна змінила ваші способи подолання стресу (копінг-стратегії)?

Так, значно

Частково

Ні

10. Які способи подолання стресу ви найчастіше використовуєте зараз?

*(Можна обрати кілька)*

Активні дії (волонтерство, допомога іншим)

Раціональне планування

Гумор, іронія

Соціальна підтримка (спілкування, групи)

Уникання, відкладання проблем

Самозвинувачення, критика себе

Творчість / спорт / медитація

Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

*Блок про життєвий досвід і суб'єктивне сприйняття*

11. Які ситуації зараз викликають у вас найбільше напруження або стрес? \_\_\_\_\_

12. Як ви зазвичай реагуєте, коли відчуваєте перевтому або емоційне виснаження? \_\_\_\_\_

13. Які ресурси допомагають вам справлятися зі стресом? \_\_\_\_\_

14. Чи бажаєте ви отримати результати дослідження після завершення?

Так, хочу отримати узагальнені результати на email \_\_\_\_\_

Ні

15. Чи погоджуєтесь ви на подальшу участь у дослідженні (прохання пройти тести CISS, DASS, тощо)?

Так, хочу взяти участь

Можливо, пізніше

Ні

## ДОДАТОК В

### Контрольний список симптомів дорослих із РДУГ для самозвіту (ASRS-v1.1)

Пацієнт: \_\_\_\_\_

Дата заповнення: \_\_\_\_\_

| Будь ласка, дайте відповідь на запитання нижче, оцінивши себе за кожним із наведених критеріїв. Відповідаючи на кожне запитання, поставте X у полі, яке найкраще описує, як ви себе почували та поводитися протягом останніх 6 місяців. Передайте заповнений контрольний список своєму медичному працівнику для обговорення під час візиту. | Ні-коли | Рідко | Інколи | Часто | Дуже часто |
|---|---------|-------|--------|-------|------------|
| <b>Частина А</b><br>(чотири й більше позначок в сірих клітинках - можливо, у вас РДУГ)  |         |       |        |       |            |
| Як часто у вас виникають проблеми з завершенням остаточних деталей проекту після завершення складних частин?  |         |       |        |       |            |
| Як часто вам важко навести порядок, коли вам потрібно виконати завдання, яке вимагає організації?   |         |       |        |       |            |
| Як часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей або зобов'язань?   |         |       |        |       |            |
| Коли у вас є завдання, яке вимагає багато роздумів, як часто ви уникаєте або відкладаєте початок?   |         |       |        |       |            |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Як часто ви вередуете або звиваєте руками або ногами, коли вам доводиться довго сидіти?                               |  |  |  |  |  |
| Як часто ви відчуваєте себе надмірно активним і змушеним щось робити, ніби вас рухає мотор?                           |  |  |  |  |  |
| <b>Частина Б</b><br>(у сірих клітинках - додаткові ознаки для оцінки)   |  |  |  |  |  |
| Як часто ви робите необережні помилки, коли вам доводиться працювати нудним або складним проектом?                    |  |  |  |  |  |
| Як часто вам важко втримати увагу, коли ви виконуєте нудну або повторювану роботу?                                    |  |  |  |  |  |
| Як часто вам важко зосередитися на тому, що вам говорять люди, навіть коли вони говорять безпосередньо з вами?        |  |  |  |  |  |
| Як часто ви губите або відчуваєте труднощі з пошуком речей вдома чи на роботі?  |  |  |  |  |  |
| Як часто вас відволікає діяльність або шум навколо вас?   |  |  |  |  |  |
| Як часто ви залишаєте своє місце на зустрічах або в інших ситуаціях, коли очікується, що ви залишитесь сидіти?        |  |  |  |  |  |
| Як часто ви відчуваєте неспокій або потребу рухати руками або ногами?   |  |  |  |  |  |
| Як часто вам важко відпочити та розслабитися, коли у вас є час для себе?  |  |  |  |  |  |
| Як часто ви помічаєте, що занадто багато говорите, коли перебуваєте в соціальних ситуаціях?                           |  |  |  |  |  |
| Як часто під час розмови ви закінчуєте речення людей, з якими розмовляєте, перш ніж вони встигають закінчити це самі? |  |  |  |  |  |
| Як часто вам важко чекати своєї черги в ситуаціях, коли це необхідно?   |  |  |  |  |  |
| Як часто ви перебиваєте інших, коли вони зайняті?   |  |  |  |  |  |

## ДОДАТОК С

### Шкала депресії, тривоги та стресу

Інструкція:

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття.

Опитування є добровільним і анонімним.

Анкета містить питання про те, як Ви відчували себе протягом останнього тижня. За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (0-3), який записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Мені було важко розслабитися.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

2. Я відчував сухість у роті.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

3. Здавалося, я взагалі не відчував жодних позитивних почуттів.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

4. Я відчував утруднене дихання (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного).

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

5. Мені було важко проявляти ініціативу, щоб щось робити.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

- 7.

6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

8. Я відчувала, що витрачаю багато нервової енергії.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

9. Мене турбували ситуації, в яких я можу запанікувати і виставити себе дурнем.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

10. Я відчувала, що мені нема чого чекати.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

11. Я помітив, що хвилююся.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

12. Мені було важко розслабитися.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

13. Я відчував себе пригніченим і похмури.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

15. Я відчувала, що близька до паніки.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

16. Я не міг ні в чому захоплюватися.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

17. Я відчував, що не вартий багато чого як особистість.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

18. Мені здалося, що я досить образлива.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

19. Я усвідомлював дію мого серця за відсутності фізичного навантаження

(наприклад, відчуття збільшення частоти серцевих скорочень).

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

20. Мені стало страшно без будь-якої вагової причини.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

21. Я відчувала, що життя безглузде.

- 0;

- 1;

- 2;

- 3.

## ДОДАТОК D

### **Опитування копінг стратегій – коротка форма**

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття.

Опитування є добровільним і анонімним.

Анкета містить питання про те, як Ви відчували себе протягом останнього тижня.

За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (1-5), який записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Я вирішував(-ла) проблеми відповідно до ситуації:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

2. Я намагався(-лась) побачити позитивні сторони проблеми:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

3. Я розповідав(-ла) про свої почуття задля того, що зменшити стрес:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

4. Я шукав(-ла) когось, хто може вислухати:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

5. Я поведився(-лась) так, ніби нічого не сталося:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

6. Я сподівався(-лась), що станеться диво:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

7. Я зрозумів(-ла), що сам(а) відповідальний за свої проблеми:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

8. Я проводив(-ла) багато часу на самоті:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

9. Я розробив(-ла) план дій та чітко слідував йому:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

10. Я дивився(-лась) на проблему із різних точок зору та намагався(-лась) знайти кращий варіант її розв'язання:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

11. Я давав(-ла) вихід своїм емоціям:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

12. Я говорив(-ла) про свої відчуття:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

13. Я намагався(-лась) забути про проблему:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

14. Я хотів(-ла) щоб ситуація вирішилася якнайшвидше:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

15. Я звинувачував(-ла) себе:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

16. Я уникав(-ла) сім'ю та друзів:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

17. Я не тікав(-ла) від проблеми:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

18. Я запитав(-ла) себе про те, що мені насправді важливо і зрозумів(-ла),

що все не так погано як спочатку здавалося:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

19. Я відкрито виражав(-ла) свої емоції:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

20. Я розмовляв(-ла) з близькою мені людиною:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

21. Я не хотів(-ла) багато думати про проблему:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

22. Я хотів(-ла) би щоб ця ситуація ніколи не трапилась:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

23. Я критикував(-ла) себе за те, що сталося:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

24. Я уникав(-ла) спілкування з людьми:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

25. Я знав(-ла), що треба робити тому подвоїв(-ла) свої зусилля по розв'язанню

проблеми:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

26. Я переконав(-ла) себе, що все не так погано, як здається:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

27. Я прийняв(-ла) свої почуття і відпустив їх:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

28. Я звернувся(-лась) до родича за порадою:

1 - ніколи;

2 - рідко;

3 - іноді;

4 - часто;

5 - майже завжди.

29. Я уникав(-ла) думок про ситуацію:

- 1 - ніколи;
- 2 - рідко;
- 3 - іноді;
- 4 - часто;
- 5 - майже завжди.

30. Я сподівався(-лась), що якщо зачекаю, то проблема вирішиться сама по собі:

- 1 - ніколи;
- 2 - рідко;
- 3 - іноді;
- 4 - часто;
- 5 - майже завжди.

31. В тому, що сталося, є моя провина і я це визнаю:

- 1 - ніколи;
- 2 - рідко;
- 3 - іноді;
- 4 - часто;
- 5 - майже завжди.

32. Я на деякий час усамітнився(-лась):

- 1 - ніколи;
- 2 - рідко;
- 3 - іноді;
- 4 - часто;
- 5 - майже завжди.

## ДОДАТОК F

**Текст опитувальника діагностики копінг-поведінки у стресових ситуаціях «CISS» С. Нормана, Д.Ф.Ендлер, Д.А.Джеймса, М.І.Паркера в адаптації Т.А.Крюкової**

Ім'я \_\_\_\_\_

Повних років \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Контакт (тел., мейл) \_\_\_\_\_

Інструкція: нижче наводяться можливі реакції людини на різні важкі, засмучені або стресові ситуації. Вкажіть, як часто ви поведетеся подібним чином у скрутній ситуації і поставте відповідну цифру в бланку відповідей.

|        |       |       |                |            |
|--------|-------|-------|----------------|------------|
| Ніколи | Рідко | Іноді | Частіше за все | Дуже часто |
| 1      | 2     | 3     | 4              | 5          |

| Судження   | Ніколи | Рідко | Іноді | Частіше за все | Дуже часто |
|--|--------|-------|-------|----------------|------------|
| 1. Намагаюсь ретельно розподілити свій час.                  |        |       |       |                |            |
| 2. Зосереджуюсь на проблемі та думаю, як її можна вирішити.  |        |       |       |                |            |
| 3. Думаю про щось хороше, що було в моєму житті.             |        |       |       |                |            |
| 4. Намагаюсь бути на людях.                                  |        |       |       |                |            |
| 5. Звинувачую себе за нерішучість.                           |        |       |       |                |            |
| 6. Роблю те, що вважаю найпридатнішим у цій ситуації.        |        |       |       |                |            |
| 7. Занурююсь у свій біль та страждання.                      |        |       |       |                |            |
| 8. Звинувачую себе за те, що опинився у цій ситуації.        |        |       |       |                |            |
| 9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.                    |        |       |       |                |            |
| 10. Думаю про те, що для мене найголовніше.                  |        |       |       |                |            |
| 11. Намагаюся більше спати.                                  |        |       |       |                |            |
| 12. Частую себе улюбленою їжею.                              |        |       |       |                |            |
| 13. Переживаю, що не можу впоратися із ситуацією.            |        |       |       |                |            |
| 14. Зазнаю нервової напруги.                                 |        |       |       |                |            |
| 15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.       |        |       |       |                |            |
| 16. Кажу собі, що це відбувається не зі мною.                |        |       |       |                |            |
| 17. Звинувачую себе за надто емоційне ставлення до ситуації. |        |       |       |                |            |
| 18. Іду кудись перекусити або пообідати.                     |        |       |       |                |            |
| 19. Переживаю емоційний шок.                                 |        |       |       |                |            |
| 20. Купую собі якусь річ.                                    |        |       |       |                |            |
| 21. Визначаю курс дій та дотримуюсь його.                    |        |       |       |                |            |
| 22. Звинувачую себе за те, що не знаю, що робити             |        |       |       |                |            |
| 23. Іду на вечірку.  |        |       |       |                |            |
| 24. Намагаюся зануритись у ситуацію.                         |        |       |       |                |            |
| 25. Застигаю, заморожуюся і не знаю, що робити.              |        |       |       |                |            |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 26. Негайно вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.                                     |  |  |  |  |  |
| 27. Обдумую те, що сталося, або своє ставлення до того, що сталося.                     |  |  |  |  |  |
| 28. Шкода, що не можу змінити того, що сталося, або своє ставлення до того, що сталося. |  |  |  |  |  |
| 29. Іду в гості до друга.   |  |  |  |  |  |
| 30. Турбуюся про те, що я робитиму  |  |  |  |  |  |
| 30. Турбуюсь про те, що я буду робити   |  |  |  |  |  |
| 31. Проводжу час із дорогою людиною.  |  |  |  |  |  |
| 32. Іду на прогулянку.  |  |  |  |  |  |
| 33. Кажу собі, що це ніколи не станеться знову.   |  |  |  |  |  |
| 34. Зосереджуюсь на своїх загальних недоліках.  |  |  |  |  |  |
| 35. Розробляю кілька різних розв'язків проблеми.  |  |  |  |  |  |
| 36. Аналізую проблему перед реагуванням на неї.   |  |  |  |  |  |
| 37. Дзвоню другу.   |  |  |  |  |  |
| 38. Зазнаю роздратування.   |  |  |  |  |  |
| 39. Вирішаю, що тепер найважливіше робити.  |  |  |  |  |  |
| 40. Дивлюся фільм.  |  |  |  |  |  |
| 41. Контролюю ситуацію.   |  |  |  |  |  |
| 42. Докладаю додаткових зусиль, щоб усе зробити.  |  |  |  |  |  |
| 43. Розробляю декілька різних рішень проблеми   |  |  |  |  |  |
| 44. Беру відпустку чи вихідний, віддаляюсь від ситуації.                                |  |  |  |  |  |
| 45. Відіграюся на інших.  |  |  |  |  |  |
| 46. Використовую ситуацію, щоб довести, що я можу це зробити.                           |  |  |  |  |  |
| 47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем із ситуації.                              |  |  |  |  |  |
| 48. Дивлюся телевізор.  |  |  |  |  |  |