Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра клінічної та реабілітаційної психології

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему:

**«Етіологія та патогенез розладу дефіциту уваги з гіперактивністю»**

Виконала: студентка 4 курсу, групи ПС-42

спеціальності 053 «Психологія»

Карабін Ольга Іванівна

Керівник: к. психол. н., професор кафедри клінічної та реабілітаційної психології Гасюк М. Б.

Рецензент: к. психол. н., доцент кафедри клінічної та реабілітаційної психології Шкраб’юк В. С

м. Івано-Франківськ – 2024 рік

**ЗМІСТ**

[ВСТУП 3](#_heading=h.30j0zll)

[РОЗДІЛ І. Теоретичні підходи до вивчення РДУГ 7](#_heading=h.1fob9te)

[1.1 Історико-теоретичний аналіз розладу дефіциту уваги з гіперактивністю 7](#_heading=h.3znysh7)

[1.2 Фактори та прояви розвитку розладу дефіциту уваги та гіперактивності 14](#_heading=h.2et92p0)

[1.3 Соціальні та психологічні аспекти впливу розладу дефіциту уваги та гіперактивності: значення та вплив підтримки для осіб з розладом. 22](#_heading=h.tyjcwt)

[РОЗДІЛ ІІ. Емпіричне дослідження впливу рівня соціальної підтримки на симптоми РДУГ 31](#_heading=h.3dy6vkm)

[2.1. Характеристики вибірки для дослідження розповсюдженності та характерних ознак РДУГ у дорослих 31](#_heading=h.1t3h5sf)

[2.2. Методологія та методи дослідження емпіричних даних прояву РДУГ 40](#_heading=h.4d34og8)

[2.3. Інтерпретація та графічне представлення отриманих результати емпіричного дослідження прояву та симптомів РДУГ у дорослих 48](#_heading=h.2s8eyo1)

[2.4. Рекомендації щодо оптимізації соціальної підтримки для осіб із РДУГ 55](#_heading=h.17dp8vu)

[ВИСНОВКИ 60](#_heading=h.3rdcrjn)

[ДЖЕРЕЛА 62](#_heading=h.26in1rg)

[ДОДАТКИ 68](#_heading=h.lnxbz9)

**ВСТУП**

**Актуальність:** Розуміння причин виникнення розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) та збереження їх у дорослому віці є ключовим для розробки ефективних методів діагностики, корекції та підтримки людей з таким діагнозом. Дорослі, які стикаються з цим розладом, можуть відчувати значний вплив на своє фізичне та психічне здоров'я, а також на соціальну та професійну адаптацію.

Розладу дефіциту уваги та гіперактивності традиційно вважається станом, що виявляється в дитинстві, але дослідження показують, що симптоми часто тривають і в дорослому віці та впливають на якість життя. Багато дорослих з РДУГ не були діагностовані в дитинстві з тих чи інших причин.

Дорослі з РДУГ стикаються з різними проблемами, включаючи труднощі у роботі, особистих стосунках та соціальній адаптації. Розуміння етіології та проявів РДУГ у дорослих може допомогти у формуванні більш ефективних стратегій підтримки.

Недіагностований та нелікований РДУГ у дорослих може призвести до значних соціально-економічних витрат через знижену продуктивність праці, збільшення випадків безробіття, і навіть юридичних проблем.

Сучасні дослідження підкреслюють необхідність розвитку більш диференційованих підходів до діагностики та лікування РДУГ у дорослих, що включають врахування гендерних особливостей, вікових особливостей, тощо.

Також важливим є значення соціальної підтримки для осіб із РДУГ, стабільна та ефективна підтримка з боку родини, друзів, колег та інших членів суспільства може значно полегшити процес адаптації та забезпечити психологічний комфорт. Позитивна соціальна підтримка сприяє збереженню самооцінки та психічного здоров'я осіб з РДУГ, допомагає їм відчувати себе прийнятими та впевненими у собі.

Таким чином, дослідження етіології РДУГ у дорослих є важливим не лише для наукового розвитку, але й для покращення якості життя та соціальної інтеграції осіб, що стикаються з цим розладом.

**Об’єкт дослідження:** етіологія та особливості прояву розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих.

**Предмет дослідження:** етіологія розладу та вплив рівня соціальної підтримки на прояв симптомів.

**Мета:** визначення особливостей прояву розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих, з метою покращення діагностичних методик і стратегій лікування.

**Гіпотеза дослідження:** імовірно існує зв'язок між рівнем симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дорослих та рівнем соціальної підтримки, де легші симптоми РДУГ пов'язані з більшою соціальною підтримкою.

**Завдання дослідження:**

1. Огляд сучасних досліджень з етіології та проявів ADHD у дорослих для виявлення прогалин у наявних знаннях. Провести аналіз розуміння розладу дефіциту уваги з гіперактивністю, проаналізувати роль соціальної підтримки в розвитку симптомів цього розладу та побудувати абстрактно-логічну модель взаємозв’язку між ними.
2. Емпіричне дослідження дорослих, а саме студентів 4 курсу, з підозрюваним РДУГ за допомогою комплексу підібраних методик психодіагностики для визначення особливостей їхнього стану, зокрема різниці у симптомах, що проявляються в залежності від рівня соціальної підтримки, що вони отримують. Оцінка впливу РДУГ на професійне та особистісне життя дорослих.
3. Формулювання рекомендацій для психологів та соціальних працівників, що дозволять покращити стратегії лікування і підтримки дорослих з РДУГ.

**Загальну теоретико-методологічну основу** дослідження склали теоретичні дослідження. Сучасні уявлення про етіологію та психологічні особливості перебігу РДУГ у дітей і дорослих О. Крайтона, доктора Дж. Ф. Стілла, медиків Ф. Крамера і Г. Полльноу, С. Клеменса, Р. Барклі, Флемінга М., Хайнса, Дж. Л., М. Заваденко, Л. Журби. Про теоретичні основи надання соціальної підтримки писали О. Романчук, Л. Платаш, Т. Гурлєва, М. Бертін, Ерскін Х. Е., Норман Р. Е., Феррарі А. Дж., Чан Г. К., Коупленд В. Е., Уайтфорд Х. А., Скотт Дж. Г., Каспарек Т., Тейнер П., Філова А., Розенберг.

**Методи дослідження:**

* теоретичні – аналіз наукових літературних джерел, зіставлення інформації з загальної та спеціальної психолого-педагогічної, медичної літератури, узагальнення та систематизація теоретичних наукових даних з метою визначення ступеня розробленості проблеми та перспективних шляхів її вирішення.
* психодіагностичні – емпіричне дослідження у формі онлайн-опитування за методиками Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) та багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), бесіда.
* статистичні – описова статистика способом визначення середніх значень показників та відсоткових співвідношень, статистичні обробка результатів з використанням програм Microsoft Exсel.

**Практичне значення роботи:** результати дослідження можуть бути використані психологами, педагогами, батьками під час роботи з людьми з РДУГ. Дослідження надає конкретні дані про вплив соціальної підтримки на симптоматику РДУГ, що може бути використано для розробки індивідуалізованих стратегій підтримки та втручання. Розроблені методичні рекомендації допоможуть психологам та соціальним працівникам розробляти та впроваджувати ефективні стратегії підтримки, спрямовані на покращення якості життя та зниження негативних впливів РДУГ на професійне та особистісне життя дорослих з РДУГ.

**Експериментальна база дослідження:** дослідження проводилось на базі Прикарпатського національного Університету ім. В. Стефаника. Дослідною роботою було охоплено 35 студентів 4 курсу факультету психології.

**Структура роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 46 найменувань (із них – 13 іноземними мовами) та 2 додатки на 68-74 сторінках. Робота містить 1 таблицю та 4 рисунка. Основний зміст роботи викладено на 56 сторінках, загальний обсяг магістерської становить 74 сторінки.

**РОЗДІЛ І. Теоретичні підходи до вивчення РДУГ**

**1.1 Історико-теоретичний аналіз розладу дефіциту уваги з гіперактивністю**

Сьогодні розлад дефіциту уваги з гіперактивністю є одним із найпоширеніших розладів у дітей, підлітків і навіть дорослих. Він прямо відображається на їхньому навчанні, соціальній адаптації та загальному функціонуванні, тому аналіз історичного та теоретичного підґрунятя не може бути переоцінений.

Зростаюча кількість досліджень у галузі психіатрії, психології та нейронауки свідчить про постійний інтерес до цього розладу і необхідність глибшого розуміння його механізмів.

Тривалий періоду часу, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), був відомий під різноманітними термінами: органічна керованість, мінімальна мозкова дисфункція, гіперкінез, синдром гіперактивності, та, звичайно, сам РДУГ.

Симптоми, що схожі на прояви розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), були описані вже у період Середньовіччя. Проте, на той час їх сприймали як особливості характеру чи психологічні особливості, і лише пізніше вони стали розглядатися як можливі ознаки розладу. Ці давні спостереження можна вважати одними з перших згадок симптомів, які сьогодні асоціюються з РДУГ.

Наприкінці епохи Середньовіччя і в ранньому Новому часі, подібні симптоми були сприйняті як прояви відхилень у характері або як вияви певних психологічних особливостей. Наприклад, деякі люди, які проявляли рухливість та нестриманість, вважались просто непосидючими. Такі спостереження попередніх епох і реакції на них не відображали усвідомлення або розуміння розладу, як це відбувається сьогодні.

У 90-х роках XVIII століття шотландський медик Олександр Крайтон відмітив, що деякі особи легко відволікаються та мають труднощі зі зосередженням на своїй діяльності, порівняно з іншими. А також зауважив, що ці симптоми виявляються ще на ранніх етапах розвитку. Це відповідає опису того, що наразі відоме як розлад дефіциту уваги з гіперактивністю [1].

У ХХ столітті розпочалося справжнє наукове вивчення цього розладу. У серії лекцій у 1902 році, доктор Джордж Фредерік Стілл говорив про психічні стани нормо типових дітей. Він зауважив, що ці діти виявляли більшу імпульсивність, мали проблеми з увагою та самоконтролем. Доктор Стілл зафіксував 15 випадків серед хлопчиків та п'ять у дівчат. Це узгоджується зі сучасними даними, які показують, що у чоловіків РДУГ частіше виявляють, ніж у жінок [2].

У хлопчиків віком від 7 до 12 років симптоми розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) виявляються у 2, а то й у 3 рази частіше, ніж у дівчат. У підлітків ця кореляція становить 1:1, а серед людей у віці від 20 до 25 років - 1:2 із переважанням у жінок [15].

У 1932 році німецькі медики Франц Крамер і Ганс Полльноу виклали опис стану, який вони назвали гіперкінетичною хворобою. Цей стан характеризується вираженою руховою активністю та порушеннями у концентрації уваги. Особи, що мають симптоми цього захворювання, не можуть залишатися на одному місці. Симптоми з'являються в дітей віком трьох-чотирьох років і досягають піку у шкільному віці. Після 7 років, їхня неспокійність стає менш інтенсивною. Значна кількість дітей починає відчувати полегшення у проявах хвороби, коли вони стають старшими.

У середині ХХ-го століття почали формуватися перші системи класифікації симптомів, що стосуються розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), попри те, що на той час самому розладу ще не було встановлено конкретної назви. Зацікавленість до цієї теми значно зросла у другій половині ХХ століття.

У 1968 році Американська асоціація психіатрів у другому виданні Діагностичного і статистичного посібника з психічних захворювань (DSM-II) внесла діагностичну категорію під назвою "гіперкінетична реакція дитячого віку", яка, пізнішу у 1975 році, була включена і до Міжнародної класифікації хвороб ВООЗ (МКХ-9), як "гіперкінетичний розлад дитячого віку". Вже у МКХ-10 назву діагностичної категорії змінили на "гіперкінетичний розлад". Це комплекс розладів, для якого характерний ранній початко (зазвичай до п’яти років), відсутністю стійкості в діяльності, яка потребує застосування когнітивних механізмів, схильністю до переходу з одного виду діяльності на інший без завершення жодного, а також дезорганізованою, мало регульованою та надмірною активністю [45].

У 1980 році значущою стала публікація DSM-III Американської психіатричної асоціації. В ній розширили опис розладу дефіциту уваги, додавши до нього підлітків. Пізніше дослідники додали, що гіперактивність є лише одним із симптомів різної гамми розладів, де головними дефектами є неуважність та порушення механізмів контролю. Діагноз був поділений на два класи: з гіперактивністю та без неї. Згодом DSM-IV і DSM-V також удосконалювали дефеніцію та класифікацію цього розладу. У 1987 році розлад остаточно став відомий як розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), оскільки підтипи були виключені. Це дозволяє краще розуміти цю проблему. Чим далі, тим більше експертів схиляються до того, що, незважаючи на схожість ознак, РДУГ краще розглядати як втручання в імпульсивні форми поведінки, а не як розлад поведінки [18].

В сучасній медичній термінології вживається термін "розлад дефіциту уваги та гіперактивності" (ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder), що повніше відображає дану проблему. Однак наукова література і суспільні дискусії також використовують різноманітні терміни, такі як: "гіперкінетичний розлад", "гіперактивність", "гіперактивний розлад з дефіцитом уваги", "синдром дефіциту уваги" та інші. Деякі фахівці вважають, що більш правильним є дивитися на РДУГ як на порушення контролю над імпульсивними формами поведінки, а не як просто розлад поведінки [20], [22].

Актуальна назва досі може здаватися недостатньо точною, оскільки головною проблемою є не лише неуважність чи гіперактивність, але й біологічно обумовлений розлад розвитку самоконтролю. Можливо, з часом та збільшенням обсягу даних буде введено більш точне формулювання цього розладу.

Протягом останнього десятиліття спостерігається значний прогрес у вивченні та терапії розладу дефіциту уваги з гіперактивністю. Сучасні наукові дослідження в області нейробіології, генетики та психології спонукають до глибшого розуміння основних механізмів даного розладу[6].

На сьогодні наукові дослідження у галузі генетики та морфології і функціонування мозку, включаючи розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), стали більш інтенсивними по всьому світу. Сучасні генетичні та нейровізуалізаційні методи, такі як магнітно-резонансна томографія (МРТ), позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) та комп'ютерна томографія (КТ), дозволяють виявляти роль певних генів у формуванні розладів гіперактивності та проблем з увагою. Були ідентифіковані конкретні області головного мозку, що відповідають за поведінкові та когнітивні людські функції [7].

Незважаючи на значну кількість наукових праць, що вже описано розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, його визначення залишається предметом суперечок та активних дебатів. Зараз багато дослідників розглядають цей розлад як багатокомпонентну та стійку дисфункцію нервової системи, яка містить ряд важливих ознак, серед яких:

* Розсіювання уваги: неспроможність сконцентруватися, втрата фокусу, неможливість утримати увагу на деталях, виконати завдання до кінця, або дотримуватись інструкцій.
* Гіперактивність: надмірна рухливість, безладність, постійні рухи різними частинами тіла без конкретної мети.
* Імпульсивність: бажання безперервно говорити, часті переривання інших людей, нестримна реакція без відчуття терпіння.

У випадку РДУГ високий рівень супутньої патології є нормою: до 70% випадків виявляють принаймні ще одне (коморбідне) порушення розвитку нервової системи. Частіше за все це порушення когнітивних функцій, мовленнєвого розвитку, дрібної та загальної моторики, координації рухів, а також тикові розлади [12].

РДУГ також асоціюється з різними вторинними розладами та проблемами. Серед них важливе місце посідають труднощі з успішністю та поведінкою. Ці проблеми включають відставання в навчанні, недоліки у вмінні вчитися та низьку вмотивованість, яка може виявлятися як байдужість, пасивність або негативному ставленні до навчання [30].

Однією з найважливіших проблем, пов'язаних з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), є складнощі у міжособистісних відносинах. Це може виявлятися у конфліктах з членами родини або труднощах у взаєминах з ровесниками, що часто приводить до соціальної ізоляції та відчуття опозиційності. Наприклад, особа з РДУГ може мати труднощі у спілкуванні з близькими, нестабільні стосунки з друзями або відчувати неприйняття від колективу.

Такі складнощі в міжособистісних відносинах можуть призвести до серйозних наслідків, включаючи ризик соціальної відчуженості та втрати підтримки з боку родини. Наприклад, членам сім'ї може бути важко розуміти і приймати особливості поведінки чи реакції людини з РДУГ, що може призводити до напружених стосунків та конфліктів. Тому, для осіб з РДУГ і їхніх родин важливо отримувати психосоціальну підтримку, що може включати консультування психолога, участь у групових сесіях або навчання соціальним навичкам [17].

Ще поруч з РДУГ може існувати підвищений ризик зловживання і/чи залежності від психоактивних речовин, а також розвиток антисоціальної поведінки. Це може включати схильність до правопорушень, участь у кримінальних діях та приналежність до антисоціальних угруповань [28].

Також, можна відзначити низьку та лабільну самооцінку, достатню впевненість у собі та відсутність почуття власної гідності. Ці аспекти часто супроводжуються труднощами у подоланні невдач та перешкод.

Такий широкий спектр симптомів, характерних для розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), може мати серйозні наслідки, особливо для дітей. Часте незадоволення їхньою поведінкою та соціальний вплив можуть негативно позначитися на їхній освітній та соціальній адаптації. Діти з РДУГ часто зіткуються з труднощами у взаєминах з ровесниками та членами сім'ї, що може призвести до відчуття соціальної ізоляції та конфліктів у сімейному оточенні.

Ці проблеми, які виникають у міжособистісних відносинах, можуть стати стійкими та вплинути на подальший життєвий шлях дитини. Дослідження показують, що майже дві третини дітей із РДУГ продовжують зазнавати соціальних та міжособистісних труднощів у дорослому віці. Це може відобразитися на їхній здатності до формування стійких стосунків, професійного розвитку та загального благополуччя [25]..

С. Клеменс визначив гіперактивність як розлад з середнім або близьким до середнього рівнем інтелекту, що супроводжується порушенням поведінки від легкої до вираженої міри, у поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі. Ці відхилення можуть виявлятися у різних комбінаціях порушень мови, пам'яті, контролю уваги та рухової функції.

Р. Барклі вивчав синдром гіперактивності з погляду теорії Л. Виготського. Він розглядав цей синдром як неправильне розуміння пацієнтом власної поведінки, що порушує активність та саморегуляцію [23].

М. Заваденко, Л. Журба та інші дослідники підкреслюють необхідність врахування затримки розвитку функціональних систем мозку, що спостерігаються при цій патології і відповідають за такі складні інтегративні функції, як мовлення, увага, пам'ять, мислення та сприймання [11].

Вітчизняний психотерапевт Олег Романчук вдало визначив розлад дефіциту уваги, описавши його як складний клінічний розлад, головною ознакою якого є невідсутність здатності особи контролювати та регулювати свою власну поведінку, що призводить до рухової гіперактивності, порушення уваги та легкої збуджуваності [18].

Важливим аспектом аналізу історичного та теоретичного шляху досліджень в сфері вивчення РДУГ є виявлення перспектив для майбутніх досліджень та клінічної практики. За останні роки спостерігається зростаючий інтерес до розуміння біологічних механізмів, що лежать в основі цього розладу, а також до розробки інноваційних методів діагностики та лікування. Важливо продовжувати дослідження, спрямовані на виявлення біомаркерів РДУГ та розвиток персоналізованих підходів до лікування на основі індивідуальних особливостей кожного пацієнта.

Історичний аналіз дозволяє зрозуміти, як змінювалася концепція РДУГ протягом часу та як це впливає на клінічну практику сьогодення. Це допомагає уникнути перешкод, які можуть виникнути в результаті застарілих або неперевірених підходів у діагностиці та лікуванні.

Загальний висновок полягає в тому, що подальший розвиток досліджень у сфері РДУГ є критично важливим для збільшення ефективності клінічної практики, поліпшення якості життя пацієнтів та зменшення соціального впливу цього розладу. Тільки завдяки поєднанню історичного розуміння, сучасних досліджень і перспективних напрямків можна досягти значних досягнень у боротьбі з РДУГ.

Отже, розлад дефіциту уваги та гіперактивності залишається предметом безперервних наукових досліджень і обговорень як у науковій галузі, так і в медичній. Визначення цього розладу продовжує еволюціонувати з часом, опираючись на нові відкриття та підходи до практики в психіатрії та психології.

У цілому, історія досліджень щодо РДУГ свідчить про стійкий процес розвитку та постійне обговорення в цьому напрямку. Цей розлад все більше поширюється, і ключовим завданням залишається постійний пошук найкращих підходів у розумінні та управлінні ним з метою поліпшення якості життя тих, хто стикається з цим. А систематичний аналіз історії та теоретичних підходів до РДУГ є важливим кроком у напрямку подальшого розвитку клінічної практики та наукових досліджень в цій області.

**1.2 Фактори та прояви розвитку розладу дефіциту уваги та гіперактивності**

Сучасне суспільство стикається з рядом складних проблем, серед яких особливе місце займає розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). За останні десятиліття значно зросла увага до цього явища як серед науковців, так і серед клініцістів, оскільки відомо, що він може значно впливати на якість життя людей у різні періоди їхнього розвитку.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивність (ДУГ) - це неврологічний розлад, який часто починається у дитинстві, і може залишатися протягом життя. Основні прояви цього розладу включають нездатність сконцентруватися, важкість у керуванні власною увагою, нестримну гіперактивність, імпульсивність та інші подібні симптоми.

Фактори розвитку цього розладу цікавили багатьох дослідників з того часу як почалось вивчення цього феномену. Саме це спричинило появу теорій, які могли б пояснити що ж провокує появу розладу.

Однією з перших теорій була гіпотеза, яка показувала, що РДУГ може виникати внаслідок органічного ураження центральної нервової системи на початкових етапах розвитку. Це може включати ускладнення вагітності, гіпоксію або асфіксію під час народження, травми головного мозку, нейроінфекції, порушення обміну речовин, вплив токсичних речовин і так далі [31].

Теорія нейромедіаторів базується на тому, що багато нейромедіаторів відіграють ключову роль у формуванні поведінки та регулюванні вищих психічних функцій. Дослідники встановили, що недостатність певних нейромедіаторів є основою багатьох поширених розладів, таких як тривога, розлади настрою, проблеми з контролем гніву та обсесивно-компульсивний розлад.

Саме РДУГ вперше пов'язали з дефіцитом певного нейромедіатора — у даній ситуації, норадреналіну. [5].

У людей з цим розладом спостерігається нейрохімічний дисбаланс у мозку, особливо в системах, що регулюють увагу, імпульсивність та гіперактивність. Основні нейромедіатори, які досліджуються у зв'язку з РДУГ, включають дофамін, норадреналін і серотонін.

Такі ліки як психостимулятори та норадренергічні трициклічних препаратів у лікуванні РДУГ, зменшують симптоми, сприяючи вивільненню та функціонуванню нейромедіаторів дофаміну або норадреналіну. Тому дефіцит нейронної передачі може бути пов'язаний з патофізіологією та симптомами РДУГ.

Інші дослідження, проведені з дорослими, що страждають на РДУГ, також підтвердили теорію залучення нейромедіаторів. Знижена активність дофаміну була виявлена у цих людей за допомогою позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) [8].

Згідно з нейрофізіологічною теорією, виникнення розладу дефіциту уваги з гіперактивністю пояснюється тим, що деякі області мозку, зокрема префронтальна кора, що контролює гальмування та увагу, можуть розвиватися повільніше у людей з цим розладом. Дослідження, проведені з використанням електроенцефалограми, показали підвищену активність лобових ділянок головного мозку у таких осіб [14].

При РДУГ виявляється відсутня рівновага між процесами збудження та гальмування у центральній нервовій системі. Передні ділянки мозку відіграють гальмівну роль стосовно підкіркових структур, що відповідають за автоматизовані рухи і рухову активність. Ці області ще відповідають за взаємозв'язок між лімбічною системою (відчуття, настрій, самопочуття), стовбуровими ядрами мозку (рух) і корою великого мозку (пізнавальні процеси, адаптивна поведінка, мотивація). Відставання у дозріванні передніх ділянок мозку призводить до формування різноманітних порушень у когнітивних, емоційно-вольових та психомоторних сферах [10].

Дослідники, які схиляються до цієї теорії вважають, що передні і фронтальні частини мозку, а також можливо, тім'яна область і мозочок, пов'язані з РДУГ. Ці структурні ділянки виявлені за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ), оскільки деякі дослідження підтверджують, що особи із РДУГ, зазвичай, демонструють змінену активність мозку під час виконання певних завдань.

Також можливі викривлення у ядрах базальних гангліїв у людей із РДУГ. Загалом особи з більш вираженими викривленнями мають схильність до більш важких симптомів. Ця гіпотеза може підтверджуватися ефективністю стимулюючих засобів у корекції РДУГ, що можуть допомогти зменшити ці деформації [9].

Більше того, деякі наукові дослідження стверджують, що особи, що виявляють вищу активність або імпульсивність, мають меншу швидкість розрідження кори головного мозку, особливо це помітно у префронтальних областях. Цей аспект є характерним для РДУГ у підлітковому віці.

На сьогодні, домінантну етіологічну роль у РДУГ відводиться генетичним факторам у більшості випадків. Генетична варіація цього розладу зумовлюється комбінаціями різних генів, що пояснює різноманітність клінічних проявів: від різних ступенів тяжкості до підтипів РДУГ. Також, значна частина коморбідних розладів, які часто спостерігаються разом з РДУГ, має генетичне підґрунтя [17]. Згідно з генетичною теорією, РДУГ розглядається як розлад, у якому спостерігаються модифікації у спадковому матеріалі.

Наприклад, дослідження родичів дітей, які мають цей розлад (Biedermean et al, 1986) показали, що частота виявлення розладу серед батьків та братів чи сестер цих дітей становить приблизно 25-35%, що в 5-7 разів вище, ніж у середньому в популяції. Індекс схожості близнюків за однією певною ознакою в різних дослідженнях коливається від 51 до 80%, у двійнят - приблизно 33%. Виявлено також підвищену частоту розладу серед родичів "другого рівня". В порівняльних дослідженнях дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю, які були усиновлені, було виявлено, що у біологічних батьків, на відміну від прийомних, була вища поширеність розладу [32].

Наукові дослідження вказують на те, що діти, у яких батьки мають РДУГ, мають більший ризик виникнення цього розладу. Деякі специфічні гени, пов’язані з РДУГ, можуть впливати на формування нейрохімічного балансу у мозку, що в свою чергу створює сприятливі умови для розвитку цього стану.

Останнім часом з'явилося значне число доказів, що свідчать про генетичну основу розладу, а саме, виявлено специфічні гени, які відповідають за систему дофаміну та норадреналіну, виявлені у дітей з цим розладом значно частіше. Однак, як і для більшості сучасних психіатричних розладів із генетичним корінням, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю є полігенним, як зазначалось вище,: його виникнення, найімовірніше, зумовлене комбінацією генів, а не одним конкретним геном. Тому в різних дітей з цим розладом можуть спостерігатися різні комбінації генетичних факторів. Це пояснює клінічну різноманітність розладу, наявність різних рівнів важкості та підтипів, а також високу частоту співвідношення з іншими психічними розладами, більшість з яких, ймовірно, також має генетичну основу.

Цей розлад є результатом впливу кількох факторів, що робить його дослідження складнішим. Важко виділити один генетичний чинник, який відповідає за появу та прояв клінічних ознак. Для кращого розуміння причин та ефективних методів корекції, важливо враховувати взаємодію численних внутрішніх і зовнішніх факторів.

Теорія макро-соціального впливу є предметом значної дискусії. У зв'язку зі складнощами сучасного життя, не можна недооцінювати важливість соціальних чинників у формуванні РДУГ. Ці фактори навколишнього середовища, такі як вплив токсинів, недоліки в харчуванні, дефіцит макро- та мікроелементів, а також інші впливи можуть сприяти ризику розвитку цього розладу.

Науковці, що схиляються до соціально-психологічної теорії стверджують, що розвиток розладу значною мірою визначається соціальним оточенням, зокрема, сімейним. Вони вважають, що на стан психіки суттєво впливає структура сімейних взаємин, а також на сімейний мікроклімат, який може бути або конфліктним, або сприятливим. Важливими факторами є матеріальний статус, криміногенне середовище, наявність психічних розладів у батьків, таких як алкоголізм та інші. В сім'ях з особами, які мають цей розлад, часто виникають складнощі в повсякденній взаємодії та взаємини між членами сім'ї [22].

Слід підкреслити, що соціально-психологічні фактори є найбільш піддатливими для контролю в контексті розвитку РДУГ, оскільки їх легше піддається корекції.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю також має зв'язок із деякими нейрофізіологічними дефіцитами та порушеннями когнітивної функції. Ці відхилення зазвичай виявляються у мозку у стані спокою, але можуть проявлятися також під час активності за замовчуванням (DMN), яка є ключовою для обробки завдань. У зв'язку з цим люди, у яких спостерігається цей розлад, ймовірно, відчувають труднощі з регулюванням та збереженням уваги.

Припускається, що виконавчий когнітивний контроль зверху до низу відіграє ключову роль у регулюванні пам'яті, когнітивній гнучкості і гальмуванні. Це грає основну роль, коли людина займається виконанням складних завдань, які вимагають високого рівня адаптивності та зосередженості.

У людей з РДУГ можна спостерігати змін в роботі цієї системи, які призводять до характерних ознак цього розладу. Це може включати затримку або змінну реакційну часу під час виконання конкретних завдань, а також збільшення кількості помилок [14].

Необхідно зазначити, що розлад дефіциту уваги з гіперактивністю є багатофакторним розладом, що виникає в наслідок взаємодії генетичних, нейрофізіологічних та соціально-психологічних чинників.

Загальна складність симптоматики розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) залишається предметом неперервного обговорення серед вчених і практикуючих спеціалістів. Нині більшість дослідників ставляться до РДУГ як до складного і стійкого порушення функціонування нервової системи, яке характеризується трьома основними симптомами: дефіцитом уваги, гіперактивністю і імпульсивністю.

* Неуважність: у осіб із цим розладом зачасту є труднощі із збереженням концентрації на завданнях чи виконанням їх без відволікань. Це може впливати на їх навчання, роботу та щоденну діяльність.
* Схильність до імпульсивної поведінки: у людей із РДУГ може спостерігатися тенденція діяти без врахування наслідків. Це може негативно позначатись на їх взаємодії з оточуючими та процесі ухвалення рішень.
* Гіперактивність: характеризується постійним рухом та неможливістю залишатися в спокої. Ця постійна рухливість може викликати труднощі в соціальних ситуаціях і призвести до відчуття неспокою [2].

Цей підхід відображає загальну уяву про характер і механізми цього розладу, що виникає внаслідок різноманітних досліджень та спостережень.

У розумінні РДУГ як складного розладу функціонування нервової системи відображається багатоаспектний підхід до його етіології та проявів.

Симптоматика розладу може ускладнити комунікацію з оточуючими. Часто такі люди проявляють надмірну активність та нестриманість у спілкуванні, що може викликати відчуття відчуженості або нерозуміння соціального оточення.

Розмаїтість симптомів виражається в існуванні різних підтипів цього розладу. Виявлення цих підтипів свідчить про те, що симптоми у різних осіб проявляються по-різному: в деяких випадках одна група симптомів може бути більш помітною, ніж інша. Згідно з діагностичною класифікацією DSM-IV, розрізняють три основні підтипи розладу, залежно від наявності або відсутності симптомів гіперактивності-імпульсивності та дефіциту уваги.

1. Комбінований підтип - характеризується наявністю як виражених симптомів гіперактивності-імпульсивності, так і порушень уваги.
2. Підтип із переважанням гіперактивності-імпульсивності - коли виражені симптоми цього спектру, але мінімально присутні або взагалі відсутні симптоми дефіциту уваги.
3. Підтип із переважанням порушення уваги - коли значно виражені тільки симптоми дефіциту уваги.

Особи, які належать до різних підтипів цього розладу, виявляють різні клінічні характеристики, включаючи відмінний профіль порушень поведінки та можливість розвитку вторинних проблем. Згідно з результатами досліджень, люди з комбінованим підтипом мають найвищі показники порушень поведінки та тривожних розладів, а також депресії. Тоді як, особи з підтипом із домінуючою неуважністю мають подібні показники тривожних розладів і депресії, проте менші показники порушень поведінки. Індивіди з підтипом із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю мають найвищі показники зовнішніх розладів, але нижчі рівні тривожних розладів та депресії. Люди з комбінованим підтипом та підтипом із домінуючою неуважністю мають більші проблеми із засвоєнням знань, ніж ті, в кого визначений підтип із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю.

Це дослідження вказує на те, що синдром гіперактивності-імпульсивності пов'язаний з ризиком розвитку проблем з опозиційною, агресивною та антисоціальною поведінкою, тоді як розлад дефіциту уваги - з тривожними розладами, депресією та проблемами у навчанні. Таким чином, комбінований тип розладу є найважчим, оскільки пов'язаний з розвитком проблем обох категорій [29].

РДУГ є мультифакторним розладом, в основі якого лежать взаємодія генетичних, нейробіологічних, соціальних та середовищних чинників. Цей підхід дозволяє зрозуміти, що розвиток РДУГ є результатом складної взаємодії різних факторів, які можуть по-різному впливати на кожного конкретного індивіда. Важливо відзначити, що не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснила б цей розлад. Замість цього, ми бачимо розвиток різноманітних підходів, які відображають складність та багатоаспектність РДУГ.

Широкий спектр симптомів РДУГ, може проявлятися в різних варіантах у різних людей. Від симптомів уваги та імпульсивності до симптомів гіперактивності, кожен випадок РДУГ унікальний і вимагає індивідуалізованого підходу до діагностики та лікування.

Отже, більшість дослідників припускають, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності є результатом взаємодії різних факторів. Серед них можна виділити органічні ураження мозку, такі як черепно-мозкова травма або нейроінфекції, а також перинатальну патологію, яка включає ускладнення під час вагітності матері і асфіксію новонародженого. Генетичні фактори також вважаються важливими, оскільки існують дані, що свідчать про сімейний характер синдрому дефіциту уваги. До цього можуть долучатися особливості нейрофізіології та нейроанатомії, такі як дисфункція активуючих систем центральної нервової системи. На погіршення показників уваги можуть впливати також харчові фактори, зокрема високий вміст вуглеводів у їжі. Крім того, соціальні фактори, такі як послідовність і систематичність виховних впливів, також можуть мати значний вплив на розвиток цього розладу.

РДУГ характеризується трьома основними симптомами: розладом уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. Ці ознаки викликають проблеми адаптації, які виявляються у різних ситуаціях, незалежно від того, чи відповідає рівень розвитку розуму дитини нормальним віковим стандартам. Окрім зазначених симптомів, багато авторів вказують на додаткові риси цього синдрому, такі як агресивність, негативізм, впертість, неправдивість, а також низьку самооцінку.

**1.3 Соціальні та психологічні аспекти впливу розладу дефіциту уваги та гіперактивності: значення та вплив підтримки для осіб з розладом.**

Вплив розладу дефіциту уваги та гіперактивності на індивіда та суспільство в цілому є предметом серйозного дослідження та обговорення у психологічній та соціальній науці. РДУГ, як неврологічний розлад, виявляється різними аспектами, які включають у себе нестійкість уваги, імпульсивність та гіперактивність, що можуть суттєво впливати на функціонування та самопочуття особистості.

Психологічний вплив цього розладу виявляється у труднощах з концентрацією, пам'яттю та самооцінкою, що може призвести до стресу, тривоги та емоційних проблем.

Компетентна особа, яка вміє контролювати свої дії та емоції, зазвичай відчуває більшу впевненість у собі. У зв'язку з цим, багато людей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю можуть страждати від низької самооцінки та відчувати стрес та тривогу через складнощі, пов'язані з цим станом. Крім того, вони можуть відчувати відсутність впевненості та недостатньо цінувати себе. На жаль, РДУГ також може спричиняти симптоми депресії та інших психічних розладів.

Соціальний вплив РДУГ неменш важливий. Індивіди з цим розладом можуть стикатися з труднощами у знаходженні та утриманні роботи через нестійкість уваги та поведінки. Це може призвести до економічних проблем та зниження соціального статусу.

Імпульсивність та нестримність можуть порушити міжособистісні відносини та важливі соціальні взаємодії, що призводить до відчуття відчуженості та ізоляції.

Симптоматика розладу може створювати складнощі у взаємодії з іншими людьми. Особам із РДУГ може бути важко встановлювати та підтримувати соціальні зв'язки. Гіперактивність та схильність до імпульсивної поведінки можуть ускладнювати спілкування з осточуючими. Часто такі особи проявляються як соціально розгальмовані, іноді демонструють нестриманість та надмірну емоційність. Це може призводити до відчуття відчуженості або нерозуміння соціального оточення.

Люди з РДУГ часто стикаються з викликами в управлінні увагою та поведінкою, що може негативно вплинути на їхню успішність у навчанні чи роботі та адаптацію в середовищі. Дефіцит уваги та гіперактивність можуть суттєво позначитися на успішності та здатності виконувати завдання на роботі. Люди із цим розладом можуть мати проблеми з організацією та виконанням завдань, а також швидко втрачати увагу і переключатись між різними видами занять.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю може мати значний вплив на сімейні стосунки, включаючи взаємодію з батьками, братами, сестрами та іншими членами родини. Частими проблемами є конфлікти, які супроводжуються відчуттям ізоляції та опозиції. Сім'ї, де присутня ця проблема, можуть відчувати значний стрес і потребувати підтримки та допомоги.

Соціальні та сімейні аспекти можуть впливати на розлад дефіциту уваги з гіперактивністю. Вони включають різноманітні фактори, такі як низький рівень освіти батьків, економічна ситуація, взаємини з однолітками, сімейні конфлікти та батьківське виховання. Хоча деякі дослідження підтверджують зв'язок між цими факторами та РДУГ, існують інші, які свідчать про те, що ці зв'язки можуть бути більш складними. Доприкладу, деякі дослідження показують, що негативні взаємини в сім'ї можуть бути наслідком, а не причиною РДУГ у дитини. Однак варто враховувати, що психосоціальні фактори можуть впливати на прояви РДУГ, особливо у людей з генетичною схильністю до цього розладу, і можуть сприяти розвитку супутніх психічних проблем [15].

На сьогодні наявні переконливі свідчення про те, що РДУГ має генетичну складову, але також важливі негенетичні чинники, такі як екологічні ризики та випадкові події. Існують різні фактори ризику, проте їх вплив не є специфічним. Наприклад, хромосомні мікроделеції, великі та рідкісні структурні зміни у хромосомах, низька вага при народженні та передчасне народження можуть впливати на різні нейророзвиткові та психіатричні характеристики. Генетичні ризики, швидше за все, включають кілька поширених генетичних варіантів з невеликим ефектом, які ще потрібно виявити, включаючи, можливо, деякі гени, пов'язані з допамінергічною системою. Оскільки вартість послідовного аналізу ДНК зменшується, у майбутньому буде приділятися більше уваги ідентифікації рідкісних генетичних варіантів, включаючи структурні варіанти, такі як великі зміни у кількості копій, та інші рідкісні мутації з великим ризиком [16].

Незважаючи на великі досягнення у генетичних дослідженнях, потреба в подальших наукових досліджень в області екологічних ризиків все ще є. Хоча існує велика кількість аспектів, пов'язаних з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), для встановлення причинно-наслідкових зв'язків потрібні різноманітні способи дослідження. Саме зв'язок між РДУГ або подібними розладами та рідкісними подіями, такими як недоношеність, дуже низька вага при народженні, фетальний алкогольний синдром та модель поведінки, пов'язана з інституційною депривацією у ранньому дитинстві, є особливо переконливим. Щодо факторів ризику, які впливають на перебіг РДУГ, менше відомостей, за винятком зв'язку між геном COMT та антисоціальною поведінкою у людей з цим розладом, що є добре дослідженим та підкреслює, що поведінкові проблеми можуть мати різне походження в цих осіб [27].

Загалом, наявні твердження в певній мірі допомагають ідентифікувати групи осіб з підвищеним ризиком, зокрема тих, у кого в історії родини вже були випадки РДУГ або проблем з нервовим розвитком чи навчанням, а ще тих, хто піддавався впливу оточуючого середовища. Однак жоден з цих ризиків, включаючи генетичні, не дозволяє провести тести або виявити біомаркери для РДУГ.

У висновку можна підкреслити, що розуміння психологічного та соціального впливу розладу дефіциту уваги та гіперактивності є критично важливим для формування сприятливого середовища для індивіда та суспільства. Психологічні та соціальні виклики, пов'язані з ДУГ, можуть мати значний вплив на якість життя індивіда, а також на міжособистісні відносини та соціальну інтеграцію.

Враховуючи це, важливо надавати підтримку та розуміння людям з РДУГ у їхніх повсякденних зусиллях. Це може бути як психологічна, так і соціальна підтримка чи допомога.

Психологічна підтримка є процесом, під час якого надається психологічна допомога і підтримка особі, яка може зазнавати емоційних або психологічних труднощів. Метою такої форми підтримки є допомога особі у кращому розумінні її емоційного стану, подоланні труднощів та розвитку стратегій та способів подолання стресу та життєвих проблем [26].

Психологічна підтримка є важливою у багатьох аспектах життя, наприклад, проблеми на роботі, особисті відносини, навчання та боротьба з емоційними труднощами або розладами, такими як РДУГ. Головна мета психологічної підтримки - полегшити внутрішній стан та покращити якість життя людини.

Головним методом психологічної підтримки для осіб з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю є сеанси психотерапії, які проводяться індивідуально або в групах під керівництвом психотерапевта чи психолога. Цей процес спрямований на вирішення емоційних та психологічних проблем, які можуть виникати у людей з цим розладом. Різноманітні види психотерапії, як то когнітивно-поведінкова терапія та подолання стресу на основі майндфулнес, є ефективними для зменшення симптомів та покращення якості життя. Психотерапевт скеровує клієнта до розвитку стратегії для управління симптомами, навчає методам подолання стресу та сприяє підвищенню психологічного благополуччя. Індивідуальні консультації з психологом допомагають вирішувати емоційні питання та розвивати здатність до саморегуляції.

Принцип особистісно-орієнтованої психотерапії відповідає тому, що особистість людини є цілісною психологічною структурою, яка формується впродовж усього життя. Цей процес ґрунтується на засвоєнні соціальних норм і правил поведінки, а також на процесі формування свідомості. Особистісна психотерапія спрямована на розвиток і стабілізацію цієї структури, розкриття її потенціалу та підтримку у вирішенні проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям і емоційним благополуччям. Цей підхід враховує унікальність кожної особистості і прагне досягти гармонії між її внутрішнім світом та зовнішнім середовищем [8].

Індивідуальні консультації з психологом, психіатром або іншими спеціалістами можуть включати одноразові або короткострокові зустрічі чи довготривалі, планомірні з метою надання рекомендацій та допомоги у подоланні конкретних психологічних проблем. У ході цих сесій фахівці можуть навчити пацієнтів певним навичкам для ефективного керування симптомами РДУГ, таким як планування, організація, управління часом та стратегії для поліпшення уваги.

Одним з важливих аспектів психологічної підтримки для осіб із РДУГ є психоедукація щодо їхніх симптомів та глибше розуміння самого розладу. Індивідуальні чи групові сесії можуть сприяти поглибленню їхніх знань про РДУГ та його відображення на їхньому житті. Демонстрація інформації та джерел для кращого розуміння конкретних психологічних аспектів, розладів або ситуацій, що можуть спричиняти стрес чи тривогу, може допомогти пацієнтам ефективніше управляти своїм станом та розвивати стратегії подолання труднощів.

Психологічна підтримка включає в себе важливий компонент - використання методів, спрямованих на зменшення симптоматики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю. Одним з ключових аспектів є практика майндфулнес, яка допомагає пацієнтам бути більш свідомими своїх вчинків та реакцій, розпізнавати та усвідомлювати власні емоції, а також знижувати рівень імпульсивності. Додатковою важливою складовою є розвиток навичок управління стресом, оскільки стрес може поглибити проблеми з концентрацією та керуванням увагою. Взаємозв’язок стресу та РДУГ призводить до зростання внутрішньої напруги та розконцентрації уваги, що підкреслює важливість вміння ефективно керувати стресовими ситуаціями. Окрім цього, контроль над стресом покращує роботу мозку, зокрема передньої кори головного мозку, яка бере участь у керуванні увагою. Вміння ефективно керувати стресом також сприяє покращенню саморегуляції та контролю, що є ключовими для людей з РДУГ в контексті навчання та роботи. [5].

У тих випадках, коли симптоми РДУГ виявляються значно виразними, медикаментозне лікування може включатися як частина комплексної психологічної підтримки. Лікар-психіатр повинен оцінити необхідність ліків та забезпечувати їх контроль [43].

Психологічна підтримка є ключовим елементом для осіб, що стикаються з РДУГ, оскільки саме вона допомагає їм вирішити психологічні та емоційні проблеми, розвивати копінг-стратегії та зводити до мінімуму рівень стресу.

Надання цього виду допомоги значно полегшує життя людей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю, допомагає їм з кращим розумінням, керуванням та адаптацією до свого стану. Врахування індивідуальних потреб та вибір необхідних методів психологічної підтримки є ключовими для досягнення успіху у керуванні РДУГ [43].

Психосоціальна підтримка є формою допомоги, що об'єднує психологічні та соціальні аспекти, спрямована на тих, хто може стикнувся з емоційними та соціальними викликами. Вона включає в себе як аспекти психологічного самопочуття, так і соціального взаємозв’язку та пристосування.

Надання допомоги, яка включає підтримку від різних соціальних груп, від сім'ї, друзів, колег, є важливою складовою психосоціальної підтримки. Ця форма допомоги може включати не лише емоційну підтримку, наприклад, готовність вислухати, поспівчувати та зрозуміти, але і конкретні дії, щоб допомогти з подоланням труднощів. Зокрема, групова підтримка, яка передбачає участь у спільних сесіях, де можна обмінятися досвідом і взаємно підтримувати один одного, може бути особливо корисною. Крім того, навчання навичкам соціальної взаємодії та ефективної комунікації може допомогти людям з РДУГ покращити їхні вміння спілкуватися та взаємодіяти зі своїм оточенням.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю одного з членів родини може відображатись на всій сім'ї, і родинна терапія може стати ефективним інструментом для вирішення сімейних конфліктів та покращення комунікації. Цей вид терапії спрямований на розвиток стратегій, які допомагають сім'ї підтримувати особу з РДУГ і забезпечувати йому належну допомогу.

Просвіта щодо цього розладу є необхідною не лише для людини, що стикається з РДУГ, але і для її близьких та оточення. Надання інформації родині про цей розлад та способи підтримки можуть допомогти родині краще розуміти та підтримувати близького. Оскільки недостатня освіченість суспільства щодо труднощів і потреб осіб з РДУГ, а також їхньої специфічної поведінки, може призвести до відчуття ізольованості, відчуження та підвищити недолік розуміння та терпимості у відносинах.

Роль психосоціальної підтримки не може бути переоцінена, оскільки надання такого виду підтримки, спілкування та уважне слухання сприяють заспокоєнню особи, сприяючи легшому переживанню стресові ситуації, подоланню труднощів та кризових моментів. Важливо, щоб людина відчувала підтримку навіть у складних життєвих ситуаціях, що може сприяти полегшенню вирішення проблем і збільшенню рівня самооцінки.

Психосоціальна підтримка розповсюджується далеко за межі родинних стосунків і охоплює сфери навчання та роботи. У навчальних закладах студенти з РДУГ можуть відчути допомогу через користування індивідуальними навчальними програмами, психологічною підтримкою та спеціальними педагогічними послугами. Вчителі та освітні фахівці повинні бути готовими надати додаткову допомогу для студентів із РДУГ, сприяючи їхньому успішному навчанню та адаптації у навчальному середовищі.

Якщо людина з РДУГ працює, психосоціальна підтримка на робочому місці включає в себе адаптацію робочого середовища та розвиток стратегій управління симптомами. Це може включати в себе налаштування робочого графіку, створення сприятливих умов для концентрації та зосередженості, а також впровадження методів для підтримки продуктивності та зниження стресу. Роботодавці також можуть надавати різноманітні психосоціальні програми, тренінги та консультації для підтримки працівників із РДУГ. Ці заходи сприяють створенню сприятливого та підтримуючого середовища на роботі, що сприяє успішному функціонуванню особи з РДУГ [38].

Підтримка в навчанні та на робочому місці є важливою для забезпечення ефективного управління проявами розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) та успішної адаптації до вимог навколишнього середовища. Цей вид підтримки може включати навчання методам ефективного планування часу, організації робочих процесів та вдосконалення навичок спілкування.

Безпосереднє включення осіб з РДУГ в програми навчання та підтримку на робочому місці дозволяє їм не лише опановувати необхідні навички для ефективного виконання завдань, але й розвивати соціальні вміння. Це охоплює способи ефективної взаємодії з колегами, учнями чи співробітниками, а також вдосконалення навичок комунікації. Постійна практика цих навичок у реальних ситуаціях сприяє покращенню взаємин з оточенням та створенню сприятливого робочого або навчального середовища.

Підтримка в навчанні та на робочому місці не лише допомагає особам з РДУГ краще функціонувати у своєму оточенні, але й сприяє їхньому особистісному зростанню та відчуттю самоствердження. Це дозволяє їм активно включатися у соціальні та професійні сфери, що в свою чергу сприяє їхньому загальному самопочуттю та здатності до досягнення успіху.

Психосоціальна підтримка спрямована на пом’якшення процесу адаптації і покращення якості життя людей, які зіткнулися з психологічними труднощами або живуть із психічними розладами. Цей вид підтримки охоплює різноманітні аспекти, що включають і психологічні, і соціальні потреби та вимоги людей. Цілеспрямована допомога включає в себе різноманітні інтервенції, спрямовані на підтримку психічного та емоційного благополуччя, а також на створення сприятливого соціального середовища для осіб, які потребують підтримки.

Психосоціальна підтримка є важливим елементом у поліпшенні якості життя осіб, які мають розлад дефіциту уваги та гіперактивності. Ці люди можуть зазнавати стресу та зіткнення з різними труднощами у різних сферах свого життя, і психосоціальна підтримка може допомогти їм краще адаптуватися та вирішувати ці проблеми. Шляхом надання емоційної підтримки, навчання стратегій копінгу та навичок соціальної взаємодії, психосоціальна підтримка допомагає цим особам зберегти психічне та емоційне благополуччя в умовах викликів, пов'язаних з їхнім розладом.

Психосоціальна підтримка відіграє важливу роль у житті людей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), сприяючи їхньому кращому розумінню цього розладу та розвитку стратегій для управління його симптомами. Індивідуалізований підхід до психосоціальної підтримки і вибір належних методів грають важливу роль у полегшенні адаптації та підвищенні благополуччя цих осіб у всіх аспектах їхнього життя. Засвоєння ефективних стратегій копінгу, навчання соціальним навичкам і отримання психологічної підтримки можуть сприяти покращенню якості життя та забезпеченню психічного здоров'я пацієнтів із РДУГ.

**РОЗДІЛ ІІ. Емпіричне дослідження впливу рівня соціальної підтримки на симптоми РДУГ**

**2.1. Характеристики вибірки для дослідження розповсюдженності та характерних ознак РДУГ у дорослих**

Хоча розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) довго розглядався як невропсихіатричний розлад, який переважно впливає на дітей та підлітків, зростаючі докази свідчать про те, що він також впливає на дорослих. Проте, дослідження щодо розповсюдженості та характеристик РДУГ у дорослих залишаються обмеженими та недостатньо дослідженими. Це відкриває широке поле для подальших наукових досліджень та досліджень, спрямованих на розуміння впливу РДУГ на дорослих та розробку ефективних методів діагностики та лікування.

Одним із основних факторів, які призвели до недостатнього обсягу досліджень РДУГ у дорослих, є довгий час переконання, що цей розлад переважно виникає та проявляється у дитинстві, і після досягнення дорослого віку він магічно зникає. Однак сучасні дослідження свідчать про те, що багато дітей з РДУГ продовжують відчувати симптоми у дорослому віці, а у деяких випадках нові випадки РДУГ можуть навіть розвиватися в дорослому віці.

Крім того, існують певні міфи та стигматизація навколо РДУГ у дорослих, що можуть перешкоджати як правильній діагностиці, так і ефективному лікуванню. Наприклад, деякі можуть вважати, що РДУГ - це лише проблема дитинства, тому дорослі можуть просто неправильно розуміти свої власні відчуття. Такі погляди відвертають увагу від реального впливу РДУГ на життя дорослих та підсилюють необхідність подальших досліджень у цій області.

Дослідження симптомів РДУГ впродовж усього життя дозволить отримати більш повне уявлення про спектр симптомів РДУГ та їхні зміни протягом життя.

Більшість дітей, у яких спостерігаються порушення функціонування мозку, не можуть позбутися їх із віком. Хоча симптоми можуть змінюватися, а обмеження стають менш помітними. Згідно з дослідженнями R. Barkley, більшість дітей з діагнозом РДУГ продовжують боротися з ним і у підлітковому (70-80%) і в дорослому віці (50-65%). Неуважність залишається найстійкішою проблемою, що супроводжує людину протягом усього життя в 20-25% випадків. Проте руховий аспект розладу значно зменшується до 10-12 років і може зникнути в подальшому. Тенденція до зменшення імпульсивності також спостерігається [24].

Це дослідження дозволяє нам поглибити розуміння того, яким чином розлад дефіциту уваги з гіперактивністю впливає на життя людини на протязі її життя. Важливо розуміти, що порушення функціонування мозку можуть мати тривалі наслідки і потребують системного підходу до лікування та підтримки.

Дослідження в галузі нейрології підтверджують, що дофамінергічна система впливає на пластичність нейронів, що може призвести до негативних змін. Ці зміни спостерігаються на тлі порушень морфології та анатомічної зв'язності мозку і можуть спричинити стійку і тривалу дисфункцію [34].

Тож, спробуймо розглянути прояви розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у різному віці, охоплюючи період від раннього дитинства до дорослого віку.

Сучасні дослідження вказують на те, що синдром гіперактивності може проявлятися вже у ранньому дитинстві, і це має значний вплив на життя дітей та їхню адаптацію у суспільстві. Виявляються ознаки, такі як підвищений м'язовий тонус, гиперчутливість до зовнішніх подразників, наприклад, яскравого світла або голосного шуму, порушення сну, апетиту та часте плач. Починаючи з трьох-чотирьох років, стає помітною нездатність дитини до концентрації уваги: вона не може спокійно слухати казки або брати участь у грі, що потребує зосередженості, і взагалі її активність виявляється досить хаотичною [36].

Можна виділити три характерних прояви розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у малюків цього віку. Серед них можна відзначити виражену моторну гуперактивність та потребу у руху, а також бажання досліджувати світ навколо, відкривати нові враження та пригоди.

Не менш важливою є складнощі в контролі своєї поведінки. У для дитини важливо засвоїти соціальні норми та правилам поведінки, через здобуття навичок співпраці з іншими та дотримання встановлених вимог.

Потрібно враховувати особливості дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю, такі як імпульсивність, що ускладнює навчання самоконтролю. Діти з цим розладом можуть мати труднощі у сприйнятті правил та очікувань інших, що може впливати на їхню поведінку та адаптацію до соціальних ситуацій.

Також варто звернути увагу на емоційну сферу дитини. Кожна ситуація, що викликає фрустрацію чи невдоволення, може призводити до виражених емоційних реакцій. Важливо навчити дитину впоратися зі своїми емоціями та знаходити конструктивні способи вираження власних почуттів.

Зокрема, дитина може зіштовхуватися з проблемами взаємодії з однолітками, через агресивну реакцію у конфліктних ситуаціях та відмову ділитися речами.

Можна стверджувати, що у цьому віці симптоми даного розладу можуть розглядатися як підсилені прояви звичайних характеристик поведінки дитини, що є типовими для цього віку. Через це батьки часто можуть сприймати ці симптоми як щось тимчасове, що з часом вирішиться.

Розуміння того, що такі ознаки можуть виникнути ще в дитинстві, дозволяє більш ефективно виявляти та реагувати на них. Це також допомагає уникнути помилкового трактування цих ознак як звичайних проявів характеру чи поведінки, що дозволяє більш швидко та адекватно реагувати на проблеми.

Багато науковців вказують на важливість урахування того факту, що при даній патології спостерігається сповільнення розвитку функціональних систем мозку, які контролюють складні інтегративні процеси, такі як мовлення, увага, пам'ять, мислення та сприйняття [13].

Це свідчить про необхідність більш глибокого розуміння механізмів розвитку та функціонування мозку при даному стані. Таке розуміння може допомогти розробити більш ефективні методи діагностики та лікування, спрямовані на збереження та покращення когнітивних та мовленнєвих навичок у дітей з такими порушеннями.

Соціальна підтримка в цьому віці має особливо важливе значення, оскільки дитячий мозок і психіка активно розвиваються, а соціальні взаємодії формують основи для подальшого психосоціального розвитку. Позитивна взаємодія з батьками та вихователями, які проявляють терпіння, розуміння і структурують середовище для дитини, може допомогти їй краще організувати свою діяльність і зосереджуватися на завданнях. Батьки, які навчають своїх дітей навичкам самоконтролю та організації, сприяють зниженню проявів симптомів РДУГ. Взаємодія з однолітками у структурованих і підтримуючих умовах, таких як організовані ігри або групові заняття, може допомогти дітям з РДУГ краще контролювати свою гіперактивність і імпульсивність, а також розвивати навички соціальної взаємодії.

Значна частина дослідників, які вивчають гіперактивну поведінку та розлади дефіциту уваги, схиляються до думки, що ці ознаки найбільш помітні у дітей у віці від 5 до 10 років, коли вони перебувають у старшому дошкільному та молодшому шкільному віці [3].

У літературі та класифікаціях часто звертають увагу на типову симптоматику, характерну для даного віку, що яскраво відображає діагностичну тріаду: гіперактивність, порушення уваги та імпульсивність.

Цей період, як вважається, визначає пік прояву синдрому, оскільки він співпадає з періодом підготовки до школи та початку навчання. Така динаміка пов'язана з розвитком вищої нервової діяльності в цьому віковому періоді [19].

За словами Дж. Фарбера, до семи років у дітей відбуваються значні зміни у стадіях розвитку організму, що сприяє формуванню умов для розвитку абстрактного мислення та довільної регуляції особистісної діяльності. Ці процеси визначають не лише пік виявлення гіперактивності, але й ключові етапи розвитку когнітивних функцій та саморегуляції.

У молодшому шкільному віці діти, з розладом дефіциту уваги, можуть не бути готовими до засвоєння шкільних знань та поведінки через сповільнення темпів функціонального дозрівання кори і підкоркових структур. Постійні шкільні навантаження можуть порушити компенсаторні механізми ЦНС та спричинити розвиток дезадаптаційного шкільного синдрому, який ще більше ускладнюється навчальними проблемами. Отже, питання про готовність гіперактивних дітей до школи повинно бути вирішене індивідуально за участю психолога та педіатра, кожного разу оцінюючи конкретну ситуацію.

У віці 6-7 років діти активно розвивають довільні форми контролю за своєю поведінкою, відбувається значний прогрес у формуванні здібностей до планування і самоконтролю. Оскільки саме ці аспекти психіки стають особливо уразливими у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю, а їх дефіцит стає помітним у цьому віці, зростає необхідність у системній підтримці для дитини та її батьків.

Присутність цього розладу в дітей шкільного віку може відзначатися проблемною поведінкою на уроках та загалом у школі, а також виникненням труднощів у навчанні та взаємодії з однокласниками та вчителями. Окремим аспектом є негативний вплив відсутності підтримки та розуміння від оточення, що може спричинити розвиток серйозних проблем у поведінці, таких як агресивна чи анти-соціальна поведінка.

Зазвичай, саме в цей період батьки звертаються до фахівців за допомогою, оскільки вони усвідомлюють свою нездатність зрозуміти дитину, надати їй належну підтримку та знайти спільну мову з оточуючими, а також відновити та розвинути власні психологічні та фізичні ресурси, які на цей момент можуть бути виснаженими. За оцінками і батьків, і фахівців, негативні прояви розладу в дитини зазвичай зростають саме з початком систематичних шкільних навантажень [17].

Підтримка з боку вчителів відіграє критичну роль у цьому віці. Вчителі, які розуміють особливості РДУГ і використовують відповідні педагогічні стратегії, можуть значно допомогти дітям керувати своїми симптомами. Наприклад, вчителі можуть використовувати структуровані розклади, чіткі інструкції та візуальні підказки, щоб допомогти дітям залишатися організованими і зосередженими.

Дружня підтримка може забезпечити емоційний комфорт і почуття належності, що є важливим для дітей з РДУГ. Участь у групових заходах, спортивних командах або гуртках допомагає дітям розвивати соціальні навички.

Регулярні сімейні ритуали, такі як спільні обіди чи вечірні розмови, створюють сприятливе середовище для розвитку дитини.

У підлітковому віці, який вже сам по собі включає невід'ємний елемент опозиційності щодо дорослих, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю може підсилити цю тенденцію. Прагнення до самостійності та незалежності, які є типовими для підліткового віку, у поєднанні з важливими для них, але не завжди зрозумілими для дорослих, заборонами, може спричинити збільшення виразності таких проявів розладу.

Уміння оцінювати ризики та наслідки власних дій є важливим аспектом дорослого життя, проте для осіб з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю це може бути особливо складним. Така неспроможність може призвести до виникнення нових форм проблемної поведінки, таких як зловживання алкоголем чи наркотиками, порушення правил дорожнього руху, або навіть небезпечне поводження в нетверезому стані.

Наукові дослідження підтвердили, що підлітки, у яких діагностовано розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, мають значно вищу вірогідність зіткнення з проблемами такого характеру. Згідно з отриманими даними, близько 30 відсотків підлітків із цим розладом виявляють тенденцію до зловживання алкоголем та наркотиками [31]..

У підлітковому віці спостерігається певна модифікація проявів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю. Зокрема, помітно зменшується рівень моторної гіперактивності, що може призвести до думки, що розлад зник. Однак інші симптоми залишаються актуальними, хоча, можуть зазнати деякого пом'якшення з віком, оскільки відбувається дозрівання головного мозку.

Підтримка з боку вчителів є ключовою у підлітковому віці, коли академічні вимоги стають більш складними. Наприклад, вчителі можуть надавати додатковий час на виконання завдань, пропонувати чіткі інструкції та використовувати інтерактивні методи навчання, що сприяє кращому залученню та зниженню рівня стресу.

У цьому віці соціальна підтримка від друзів допомагає формувати впевненість у собі і знижує відчуття ізоляції. Підлітки, які мають розуміючих та підтримуючих друзів, рідше відчувають стрес і тривожність, що часто супроводжують РДУГ. Дружня підтримка сприяє розвитку вміння працювати в команді, ефективно комунікувати та вирішувати конфлікти. Це, у свою чергу, знижує прояви імпульсивності.

Як уже було сказано, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю не є «дитячим» розладом, а зустрічається й у дорослому віці. Лише в невеликої частини осіб всі симптоми можуть послабитися з віком.

У дорослому віці симптоматика розладу дефіциту уваги з гіперактивністю може проявлятися у специфічних рисах. Моторна гіперактивність, наприклад, може виявлятися у відчутті постійної потреби в русі, частій зміні позиції тіла та активній манері мови. Супроводжуючись забудькуватістю та важкістю концентрації на малоцікавих завданнях, ці симптоми можуть впливати на робочу ефективність та здатність до організації. Імпульсивність, яка проявляється у тенденції перебивати співрозмовника та надмірній емоційності, може ускладнювати міжособистісні відносини та соціальну адаптацію. Такі труднощі з плануванням та самоорганізацією також можуть становити виклик у щоденному житті.

Для багатьох дорослих із розладом дефіциту уваги та гіперактивності, життя в дорослому віці може виявитися складним та повним серйозних викликів. Знижена самооцінка та труднощі у формуванні особистості часто є поширеними проблемами. Деякі з них можуть стикатися зі значними труднощами у соціальній адаптації, що може призводити до розвитку антисоціальних розладів особистості або навіть кримінальних дій. Навіть у тих, хто здобуває професійну освіту та працює, можуть виникати проблеми з кар'єрним зростанням та фінансовим забезпеченням. Ці виклики в соціальній сфері можуть бути значною перешкодою у досягненні стабільності та задоволеності в житті [31].

Незважаючи на виклики, пов'язані з розладом дефіциту уваги та гіперактивності, дорослі, які отримують належну допомогу та підтримку, можуть досягти щасливого та задовільного життя. Навіть при наявності симптомів розладу, вони можуть успішно функціонувати як у професійній, так і у соціальній сферах, не зазнаючи значних вторинних проблем з психічним здоров'ям. Останні дослідження та клінічні програми все більше акцентуються на розробці ефективних втручань для дорослих із цим розладом, що відкриває нові можливості для поліпшення якості життя цієї групи людей [44].

Отже, дослідження а характерних ознак розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) дозволило отримати цінні відомості про прояви цього розладу протягом життя. Аналіз симптоматики та проявів РДУГ у всіх вікових періодах, від раннього дитинства до дорослого віку, підкреслив важливість розгляду цього розладу як проблеми, яка зберігає свою актуальність протягом усього життя.

Особлива увага на дорослих в цьому дослідженні виправдана не лише тим, що РДУГ може продовжувати виявлятися у дорослому віці після дитинства, але й через важливість розуміння впливу цього розладу на життя дорослих. Дорослий вік характеризується особливими викликами та вимогами, включаючи особисті, професійні та соціальні аспекти, тому розуміння симптомів та проявів РДУГ в цьому контексті є надзвичайно важливим для розробки ефективних стратегій підтримки та лікування.

У дорослому віці соціальна підтримка продовжує відігравати важливу роль у пом'якшенні симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Розуміння і терпіння з боку партнера допомагають справлятися з труднощами, пов'язаними з РДУГ, такими як забування про зобов'язання або труднощі в управлінні домашніми обов'язками.

На робочому місці особи з РДУГ можуть стикатися з труднощами, пов'язаними з виконанням завдань, дотриманням термінів і зосередженням. Розуміння з боку керівництва та надання необхідних адаптацій, таких як гнучкий графік роботи або можливість працювати в менш відволікаючому середовищі, можуть суттєво покращити продуктивність та знизити рівень тривожності.

Розуміння та допомога з боку партнерів, колег, друзів та сім'ї сприяють створенню підтримуючого середовища, яке полегшує управління симптомами РДУГ і дозволяє досягати своїх особистих і професійних цілей.

Це дослідження робить особливий акцент на вивченні характеристик розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) серед студентів четвертого курсу. Вибір саме цієї групи студентів обумовлений їхнім переходом до дорослого життя та особливим стресом, який може виникати в університетському середовищі. Розуміння та виявлення РДУГ у цій віковій групі має велике значення для створення підтримки та інтервенційних стратегій, які можуть полегшити їхнє навчання та адаптацію до нових викликів. Такий підхід дозволить не лише покращити якість життя студентів, але й зробити важливий внесок у розвиток освіти та соціального благополуччя.

**2.2. Методологія та методи дослідження емпіричних даних прояву РДУГ**

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю є одним із найчастіших порушень функціонування нервової системи. Зачасту він виявляється в дитинстві і може спостерігатися протягом усього дорослого життя. Люди, що стикаються з цим розладом, можуть відчувати проблеми зі здатністю втримувати увагу, за контролем над імпульсивною поведінкою або мати підвищений рівень активності.

Діагностика розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) часто стикається з низкою складнощів, що виникають з різних причин. Однією з таких причин є відсутність чітких та універсальних критеріїв діагностики, особливо враховуючи варіативність симптомів РДУГ у різних вікових групах та індивідуальних особливостях. Симптоми розладу можуть бути прихованими, або виявлятися у формі депресивних станів, агресивності чи навіть проблем з адаптацією до соціальних ситуацій. Такі складнощі у діагностиці РДУГ у дорослих часто пов'язані з недостатнім розумінням симптоматики та відсутністю чітких методик виявлення розладу в цій віковій групі.

Крім того, існує широке розмаїття факторів, що можуть впливати на прояви РДУГ у дорослих, таких як стрес, травми, навчальні чи професійні труднощі, а також наявність супутніх психічних розладів. Це ускладнює процес діагностики та вимагає комплексного та індивідуалізованого підходу до кожного випадку. Такі складнощі в діагностиці РДУГ свідчать про необхідність подальшого дослідження та розвитку нових методів та критеріїв, що дозволять ефективно виявляти цей розлад у дорослих пацієнтів.

Щодо діагностики як дітей, так і дорослих, немає одного тесту, який одразу встановить діагноз РДУГ, оскільки багато інших проблем, таких як тривога, депресія, проблеми зі сном і навчанням, можуть мати подібні симптоми. Діагностика РДУГ часто включає в себе контрольний список симптомів та збір інформації про медичну історію. Якщо це стосується дитини, то від батьків, вчителів та, можливо, самої дитини [42].

Для проведення досліджень синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю важливо дотримуватися певних методологічних принципів, щоб забезпечити наукову об'єктивність та достовірність отриманих результатів.

Початок дослідження РДУГ передбачає чітке визначення критеріїв діагностики, які використовуються для визначення цього розладу. Зачасту ці критерії ґрунтуються на системах класифікації, таких як Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів (DSM) або Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10).

Згідно з сучасними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV, розлад дефіциту уваги із гіперактивністю характеризується наступними основними ознаками:

1. Виявлення вікових особливостей, що відхиляються від норми і вказують на недостатню здатність до адаптації.
2. Порушення уваги, яке проявляється у складності збереження уваги на певних завданнях чи діях.
3. Виражена гіперактивність та імпульсивність, яка може виявлятися у надмірній рухливості та складнощах у контролі імпульсів.
4. Початок симптомів у віці до 7 років, що вказує на раннє проявлення розладу.
5. Постійне збереження симптомів не менше шести місяців на такому рівні, що вказує на низьку адаптованість.
6. Недостатня адаптація в різних ситуаціях і оточеннях, незважаючи на рівень інтелектуального розвитку, що відповідає віковим нормам.

Для постановки діагнозу розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) необхідно виявити шість або більше симптомів неуважності та гіперактивності/імпульсивності. Ці симптоми мають проявлятися протягом щонайменше шести місяців і мати достатньо виражений характер, щоб свідчити про низьку адаптацію та невідповідність нормам нормального вікового розвитку.

Серед дослідників виникло питання про ефективність використання психологічних тестів для діагностики РДУГ. Загалом вважається, що такі тести корисні лише для розкриття конкретних ситуацій і виявлення проблемних областей, які можуть стати перешкодою для освіти та соціального взаємодії. До цього часу не було розроблено загальноприйнятного інструменту для діагностики дисфункції в регулюванні та контролі психічних процесів.

При проведенні дослідження важливо врахувати можливість існування інших причин симптомів, які можуть бути схожі на РДУГ, таких як інші психічні розлади, фізичні захворювання або проблеми у навчанні.

Для отримання достовірних результатів дослідження важливо використовувати стандартизовані методи, які включають тести, шкали та опитувальники. Вони дозволяють зменшити вплив особистих уподобань дослідника чи оператора, що здійснює вимірювання, та уникнути спотворень у результаті. Стандартизовані інструменти дають змогу співсталяти результати між різними дослідженнями, групами або особами, що дозволяє зробити узагальнення та виявити загальні тенденції. Вони також забезпечують стабільність та відтворюваність результатів у різних умовах і середовищах, що є важливим для переконливості й достовірності досліджень.

Застосування однакових правил та процедур для всіх учасників дослідження допомагає зменшити випадкові помилки й підвищити точність отриманих вимірювань. Використання стандартизованих методів сприяє дотриманню наукових стандартів і етичних принципів, що є ключовим для визнання та прийняття отриманих результатів у науковому співтоваристві.

Крім того, застосування стандартизованих методів сприяє покращенню репрезентативності вибірки, оскільки вони дозволяють однаково оцінювати всіх учасників дослідження за однаковими критеріями. Це дозволяє зробити більш точні та об'єктивні висновки про характеристики досліджуваної групи або явища.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю може виявлятися різними способами з плином часу. Для глибшого розуміння цього стану та ефективності його лікування важливо проводити довготривалі дослідження та спостерігати за людиною протягом тривалого періоду.

Для отримання достовірних висновків важливо проводити об'єктивні аналізи зібраних даних і застосовувати статистичні методи для визначення статистичної значущості результатів.

Всі наукові дослідження мають додержуватися високих етичних стандартів у відношенні до учасників дослідження, зокрема щодо захисту їх прав і добробуту. Це включає забезпечення конфіденційності усіх персональних даних та відповідне отримання згоди від усіх учасників дослідження перед початком дослідження. Дотримання цих принципів є необхідним для забезпечення довіри до результатів дослідження та етичного обгрунтування його проведення.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю може проявлятися по-різному в різних вікових групах населення, включаючи дітей, дорослих та людей похилого віку. Дослідження цього розладу вимагає охоплення різних вікових категорій та індивідуальних особливостей. Для цього необхідний інтегративний підхід, який розглядає різні аспекти фізичного, психологічного та соціального розвитку в різних вікових групах. Методологія досліджень повинна належним чином ураховувати вікові особливості та індивідуальні риси кожної групи. Залучення мультидисциплінарного експертного складу сприяє глибокому розумінню розладу та розробці ефективних корекційних стратегій.

Необхідно дослідити довгострокові наслідки розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) на фізичне, психічне та соціальне благополуччя. Це допоможе краще зрозуміти, як цей розлад впливає на життя людей і яким чином може відбитися на їхньому загальному самопочутті та функціонуванні.

В дорослому віці розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) залишається мало дослідженим явищем порівняно з дослідженнями, проведеними серед дітей та підлітків. Хоча розгляд розладу у контексті дитинства та юності є важливим етапом у розумінні його природи та впливу, дорослий вік представляє інші виклики та можливості, які також потребують наукової уваги.

Однією з причин цього явища є історична перспектива на РДУГ, яка раніше розглядалася переважно як дитячий розлад. Це призводило до недостатнього дослідження його проявів у дорослому віці та недооцінки його впливу на життя дорослих.

У зв'язку з цим, проведення дослідження серед студентів набуває особливого значення, оскільки ця вікова група перебуває в перехідному періоді між дитинством та дорослістю. Це є періодом значних змін у соціальному, емоційному та академічному житті, який може виявити особливу вразливість до проявів РДУГ. Тому, дослідження саме серед студентів може розширити наше розуміння прояву цього розладу у дорослому віці та сприяти розробці ефективних стратегій підтримки та інтервенції.

У цьому дослідженні використано дві шкали для збору даних: шкалу діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю для дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS) і багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS). Перша шкала, ASRS, дозволила нам оцінити рівень симптомів РДУГ у серед студентів, а друга, MSPSS, допомогла виміряти їхнє сприйняття соціальної підтримки в різних аспектах.

За допомогою цих методик можна визначити чи існує зв'язок між вищим рівнем соціальної підтримки і меншими симптомами РДУГ, виявити, наскільки важливою є соціальна підтримка для покращення функціонування студентів із розладом уваги та гіперактивністю, а також з'ясувати, чи може вона вплинути на зменшення симптомів цього розладу.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) — це опитувальник із 18 пунктів, призначений для оцінки симптомів синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (ADHD) у дорослих (18+). Ця шкала базується на комбінованому міжнародному діагностичному інтерв’ю Всесвітньої організації охорони здоров’я (2001 р.), а питання відповідають критеріям DSM, але сформульовані, щоб краще відображати прояв симптомів у дорослих. Ця шкала корисна для скринінгу та діагностики РДУГ серед дорослих віком від 18 років і повинна використовуватися разом із клінічним інтерв’ю для надання додаткової клінічної інформації [35].

Опитувальник складається з двох частин. Частина A містить 6 пунктів, і було встановлено, що ці запитання є найбільш прогнозними щодо РДУГ і є найкращими для використання як скринінговий інструмент. Частина B містить 12 додаткових запитань на основі критеріїв DSM, які надають додаткові підказки та можуть слугувати подальшими дослідженнями симптомів пацієнта. Щоб симптоми клієнта вважалися відповідними діагнозу РДУГ, вони вимагають 4 або більше відповідей на певних рівнях тяжкості в Частині А ASRS.

Розраховуються три окремі показники:

– Частина А (пункти 1-6. Діапазон балів від 0 до 6). Якщо респондент отримує 4 або більше балів у Частині A, тоді профіль симптомів особи вважається таким, що дуже відповідає діагнозу РДУГ у дорослих (Adler та ін., 2006; Кесслер та ін., 2007) [35].

– Частина Б (пункти 7-18. Діапазон балів від 0 до 12). Оцінки частоти в Частині B надають додаткові підказки та можуть служити для подальшого визначення тяжкості симптомів пацієнта та впливу неуважності чи гіперактивності на його життя.

– Загальний бал (і перцентиль) (діапазон балів від 0 до 18). Окрім ключових показників інтерпретації з Частини А та Частини Б, загальний бал (сума частин А та Б) перетворюється на перцентиль для контекстуалізації відповідей у порівнянні з нормативними даними (22 397 дорослих; Adler et al., 2018). Наприклад, перцентиль 90 означає, що респондент набрав більше балів, ніж 90 відсотків інших типових дорослих у своєму віковому діапазоні в суспільстві [21].

Ці процентилі порівнюють загальні бали з однолітками, пов’язаними з віком, тому важливо переконатися, що введено правильну дату народження клієнта [41].

Три субшкали ADHD представлені відповідно до факторів, визначених Stanton та ін. (2018). Наведено вихідні бали, а також відсоток схвалених питань, що надає більш конкретну інформацію про труднощі:

* Субшкала неуважності (пункти 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, діапазон від 0 до 9)): вимірювання рівня труднощів дорослого зосередитися на деталях, бути організованим, запам’ятовувати деталі, робити необережні помилки та концентруватися .
* Субшкала гіперактивності/імпульсивності (моторна) (пункти 5, 6, 12, 13, 14, діапазон від 0 до 5): вимірювання труднощів дорослої людини всидіти на місці, залишатися посидючим та здатності розслаблятися.
* Субшкала гіперактивності/імпульсивності (вербальна) (пункти 15, 16, 17, 18, діапазон від 0 до 4): вимірювання труднощів дорослого контролювати, як багато він говорить, перебиває інших і чекає своєї черги.

Розгляд відсотка елементів, схвалених для кожної з підшкал, може бути корисним для визначення підтипу РДУГ, визначеного в DSM-V: комбінований, гіперактивність-імпульсивність або неуважність. Проте, в DSM-V не має розрізнення на вербальний і моторний гіперактивні підтипи.

Залежно від питання відповіді оцінюються як 0 або 1. За пунктами 1-3, 9, 12, 16 і 18 оцінки іноді, часто або дуже часто отримують один бал (оцінки ніколи або рідко присвоюють нуль бали). Для решти 11 пунктів оцінки «часто» або «дуже часто» присвоюють один бал (оцінки «ніколи», «рідко» або «інколи» отримують нуль балів) [43].

Щоб симптоми клієнта вважалися відповідними діагнозу РДУГ, вони вимагають 4 або більше відповідей у Частині А (перші 6 запитань) ASRS. Використовуючи цей умовний підрахунок балів, попередні дослідження (наприклад, Hines, King & Curry, 2012) повідомляють про високу чутливість (1,0) і помірну позитивну прогностичну силу (0,52), що свідчить про те, що ASRS рідко пропускає РДУГ у дорослих із РДУГ. Крім того, ASRS має помірну специфічність (0,71) і високу негативну прогностичну силу (1,0), що вказує на те, що цей інструмент досить успішно не ідентифікує когось із РДУГ, якщо у нього немає розладу (Hines, King & Curry, 2012) [33].

Методичний посібник "Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки" детально описує основні принципи та застосування україномовної версії опитувальника Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), розробленого Zimet et al. у 1988 році, що складається із 12 пунктів [46].

MSPSS містить три субшкали, в кожній з яких є чотири пункти:

Субшкала "Сім'я": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку членів сім'ї.

Субшкала "Друзі": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку друзів.

Субшкала "Близькі люди": оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку близького оточення.

Дослідження показали, що MSPSS є надійним і валідним інструментом для вимірювання сприйняття соціальної підтримки. Цей опитувальник успішно використовувався в різноманітних дослідженнях, включно з тими, що стосуються психічного та фізичного здоров'я, подолання труднощів і рівня соціальної підтримки [40].

MSPSS, як інструмент для вимірювання сприйняття соціальної підтримки, є важливим і корисним. Він дозволяє виявити осіб, які можуть бути вразливими до ризику соціальної ізоляції або самотності, і використовується для оцінки ефективності програм та втручань, спрямованих на підвищення рівня соціальної підтримки. MSPSS визнаний як надійний і валідний інструмент, який допомагає в розумінні соціальних динамік та психосоціального благополуччя.

Ось кілька переваг MSPSS:

* Це короткий і простий у використанні інструмент, що робить його доступним.
* Ефективність MSPSS підтверджена у різних дослідженнях, що свідчить про його надійність та валідність.
* Інструмент доступний на різних мовах, що сприяє його використанню в різних культурно-мовних середовищах [39].

У цілому, MSPSS представляє собою корисний інструмент для вимірювання сприйняття соціальної підтримки. Його підтверджена надійність і валідність дозволяють ідентифікувати осіб, які можуть бути вразливими до соціальної ізоляції або відчувати самотність. Крім того, MSPSS може бути корисним інструментом для оцінки ефективності заходів, спрямованих на зміцнення соціальної підтримки [37].

Отже, у висновку можна сказати, що дослідження розладу дефіциту уваги та гіперактивності серед дорослих є недостатньою областю наукового дослідження. Хоча РДУГ широко вивчається у контексті дитинства та юності, а дорослий вік залишається малодослідженою сферою. В цьому контексті методики, які були запропоновані ля дослідження, надають цінний внесок у розвиток цієї області наукових досліджень. Зокрема, шкала діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю для дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS) та багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) дозволяють більш об'єктивно та комплексно вивчати симптоматику РДУГ серед дорослих студентів і розуміти взаємозв'язок між рівнем соціальної підтримки та проявами цього розладу.

**2.3. Інтерпретація та графічне представлення отриманих результати емпіричного дослідження прояву та симптомів РДУГ у дорослих**

Дане дослідження проводилось серед студентів четвертого курсу, віком від 20 до 22 років. Загальна кількість учасників дослідження становила 35 студентів, що дозволило отримати репрезентативні дані та вивчити різноманітні аспекти прояву РДУГ у цільовій групі. Обрана вікова категорія студентів 4 курсу також має важливе значення, оскільки вона представляє період перехідного віку, коли ризик розвитку розладів уваги може бути особливо високим.

Дослідження проходило в онлайн-форматі зо допомогою гул-форми, в якій містились дві методики: Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) та багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) (Додаток А). Опрацювання даних відбувалось за допомогою таблиць програми Microsoft Exсel (Додаток Б).

Спочатку учасники пройшли опитування за ASRS v1.1, який використовувався для виявлення симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дорослих. Цей опитувальник створений на базі діагностичних критеріїв, визначених в діагностичному та статистичному керівництві психічними розладами (DSM-IV-TR). Опитувальник складається з двох частин: перша частина містить 6 питань, які стосуються історії прояву РДУГ, а друга частина містить 12 питань, спрямованих на виявлення поточних симптомів. Кожне питання має 5 варіантів відповідей, які оцінюються за шкалою від «ніколи» до «дуже часто». Респондентам потрібно відповісти на кожне питання відповідно до того, наскільки часто вони спостерігали такі симптоми в останні шість місяців. Після заповнення опитувальника, набрані бали аналізуються з метою визначення наявності РДУГ та визначення його вираженості. Високі бали вказують на можливість наявності РДУГ, тоді як низькі бали свідчать про його менш виражене проявлення.

Також отримані результати опрацьовуються у відповідності до трьох субшкал — неуважності, гіперактивності/імпульсивності (моторна), гіперактивності/імпульсивності (вербальна). Обрахування субшкал ASRS дозволяє отримати більш детальний аналіз різних аспектів симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) серед дорослих. Кожна з цих субшкал фокусується на конкретних аспектах симптоматики, що дозволяє отримати більш глибоке розуміння ситуації.

Відповідно до цієї шкали осіб з сильно вираженими симптоми РДУГ не виявлено. Людей з помірно вираженими проявами - 12, маловираженими - 23.

Щодо аналізу субшкал, то встановлено, що сильновиражена нуважність є у 8 респондентів, слабо виражена - у 27. Сильновиражена моторна гіперактивність спостерігається у 3 опитуваних, слабовиражена - 32. Вербальна гіперактивність присутня у 8, слабко виражена - у 26. (рис. 2.1)

**Рис. 2.1 Аналіз субшкал**

Отже, отримані результати дослідження свідчать про те, що серед опитаних осіб не виявлено людей із сильно вираженими симптомами розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Більшість респондентів (23) мають маловиражені симптоми, що може свідчити про те, що у них розлад не є значно вираженим і, можливо, не потребує серйозного втручання.

Загалом, ці результати можуть свідчити про те, що у більшості опитаних симптоми РДУГ є незначними або помірними, а не сильно вираженими, що може вказувати на важливість проведення подальших досліджень для з'ясування причин та визначення можливих способів підтримки цих осіб.

Наступним бланком були запитання з шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS). Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) — це опитувальник із 12 пунктів самооцінки, який вимірює сприйняту доступність і адекватність соціальної підтримки з трьох джерел: родини, друзів та інших близьких людей. Він був розроблений Zimet, Dahlem, Zimet і Farley (1988).

Респонденти відповідають на питання, що стосуються їхнього сприйняття соціальної підтримки з різних джерел. Кожен з пунктів оцінюється за п'ятибальною шкалою, де відповіді відображають рівень сприйнятої підтримки від "ви дуже не згодні" до "ви дуже згодні". Після опитування, отримані дані аналізуються з метою визначення рівня соціальної підтримки у досліджуваних осіб.

Результати дослідження MSPSS вказують на різнобічні рівні сприйнятої соціальної підтримки серед учасників. За отриманими даними, з 35 опитуваних: 22 особи мають високий рівень соціальної підтримки, 12 осіб характеризуються середнім рівнем соціальної підтримки, 1 особа виявила низький рівень соціальної підтримки.

Високий рівень соціальної підтримки може свідчити про наявність стабільних і підтримуючих соціальних відносин у житті особи. Це може означати, що вони мають різноманітні соціальні контакти, оточені різними джерелами підтримки, такими як родина, друзі, колеги тощо. Така ситуація сприяє відчуттю психологічної безпеки, покращує самопочуття та підвищує загальний рівень благополуччя.

Низький рівень соціальної підтримки може вказувати на відчуття соціальної ізоляції чи відсутність стабільних соціальних зв'язків. Особа з низьким рівнем підтримки може відчувати себе вразливою та недооціненою у власних соціальних відносинах, що може призвести до стресу та погіршення психічного стану.

Середній рівень соціальної підтримки може означати, що особа має певну кількість соціальних зв'язків, але вони не є достатньо стійкими або задовільними для покращення їхнього самопочуття та психосоціального функціонування. (рис. 2.2)

**Рис. 2.2 Аналіз рівні соціальної підтримки**

Аналіз субшкал MSPSS, що вимірюють рівень соціальної підтримки від різних джерел (партнера, сім'ї та друзів), вказує на важливі аспекти соціальних відносин серед учасників дослідження.

За результатами дослідження субшкали соціальної підтримки від партнера, більшість учасників (28 з 35) мають високий рівень соціальної підтримки від свого партнера. Це може свідчити про те, що вони відчуваються підтриманими та впевненими у своїх романтичних відносинах, що сприяє психологічному благополуччю та збільшує стійкість відносин. Ще 6 мають середній рівень і тільки один респондент низький.

Аналіз результатів субшкали соціальної підтримки від сім'ї показав, що 14 осіб мають високий рівень підтримки від сім'ї. Однак, більшість учасників (18 з 35) характеризується середнім рівнем підтримки від родини. Це може свідчити про те, що хоча у багатьох є певний рівень підтримки від сім'ї, цей рівень може не бути задовільним.

Більшість учасників в оцінюванні субшкали соціальної підтримки від друзів (26 з 35) відзначили високий рівень підтримки від своїх друзів; тільки 8 середній рівень і 1 - низький. Це свідчить про наявність стійких та підтримуючих дружніх зв'язків, що може бути важливим фактором у підтримці психічного здоров'я та загального благополуччя. (рис. 2.3)

**Рис. 2.3 Аналіз субшкал соціальної підтримки**

Отже, виходячи з результатів дослідження з використанням багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) серед 35 учасників, можна зазначити значну варіативність рівнів сприйнятої соціальної підтримки. Значна кількість учасників має високий рівень підтримки, що свідчить про наявність стабільних та підтримуючих соціальних відносин у їхньому житті. Однак, дослідження також виявило осіб з середнім та низьким рівнями соціальної підтримки, що може свідчити про важливість подальшого вивчення та розуміння факторів, що впливають на ці рівні.

Для перевірки гіпотези, що існує зв'язок між рівнем симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дорослих та рівнем соціальної підтримки, де менші симптоми РДУГ пов'язані з більшою соціальною підтримкою.

Загальний аналіз результатів дослідження, яке включало аналіз впливу вираженості симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) із рівнем соціальної підтримки, вказує на такий важливий висновок.

Учасники дослідження, які мали менш виражені симптоми РДУГ, виявили більший рівень соціальної підтримки. Це співпадає з гіпотезою, яка передбачала зв'язок між меншими симптомами РДУГ та більшою соціальною підтримкою.

Зокрема, серед учасників з високим рівнем соціальної 7 продемонстрували помірні симптоми РДУГ, 15 - мало виражені; з середнім рівнем соціальної підтримки у 4 учасників помірно виражені симптоми, а в 8 - мало виражені; з низьким рівнем тільки один учасник показав помірно виражені симптоми. (рис. 2.4)

**Рис. 2.4 Результати співставлення шкал**

 Отже, ці результати підтверджують гіпотезу про зв'язок між рівнем симптомів РДУГ та рівнем соціальної підтримки, де менш виражені симптоми РДУГ асоціюються з вищим рівнем соціальної підтримки.

Загальні результати дослідження свідчать, що серед учасників з високим та середнім рівнями соціальної підтримки переважали особи з маловираженими симптомами РДУГ. У групі з високим рівнем соціальної підтримки 68.2% мали маловиражені симптоми, тоді як 31.8% демонстрували помірні симптоми. Аналогічно, у групі з середнім рівнем підтримки 66.7% мали маловиражені симптоми і 33.3% – помірні. У групі з низьким рівнем соціальної підтримки всі учасники демонстрували помірні симптоми.

Однак, варто врахувати, що дані дослідження мають свої обмеження і не можуть встановити причинно-наслідкові зв'язки напряму.

Цей висновок підкріплюється статистично значимими даними, отриманими за допомогою ASRS v1.1 та MSPSS, що дозволяють зробити об'єктивні висновки про взаємозв'язок між досліджуваними змінними.

**2.4. Рекомендації щодо оптимізації соціальної підтримки для осіб із РДУГ**

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є одним із найбільш поширених невропсихіатричних розладів, що впливають на функціонування людини у різних аспектах життя. Особливо важливим є розуміння впливу РДУГ на соціальні взаємодії та потреби в соціальній підтримці. Спілкування, підтримка та взаємодія з оточуючими можуть впливати на якість життя та загальне самопочуття осіб з РДУГ.

Головним висновком попереднього розділу є те, що існує статистично значимий зв'язок між рівнем симптомів РДУГ та рівнем сприйнятої соціальної підтримки. Тобто, чим менше виражені симптоми РДУГ у дорослих, тим більше вони відчувають соціальну підтримку від свого оточення.

Оптимізація соціальної підтримки для осіб із РДУГ є важливим етапом у покращенні їхнього життя та психосоціального благополуччя. Це також може сприяти зменшенню негативних наслідків розладу та підвищенню якості життя для цієї групи людей.

Розглянемо це з погляду соціальної теорії РДУГ. Згідно з цією теорією, люди з РДУГ можуть мати складнощі у взаємодії з оточуючими через свою гіперактивність, неуважність або імпульсивність. Це може призвести до того, що їм важче отримати або зберегти соціальну підтримку. І навпаки, коли симптоми РДУГ менш виражені, люди можуть легше адаптуватися до соціальних ситуацій, що сприяє збільшенню сприйнятої соціальної підтримки [22].

Також, варто враховувати можливі механізми, які можуть пояснювати цей зв'язок. Наприклад, люди з менш вираженими симптомами РДУГ можуть бути більш успішними у встановленні та підтримці соціальних зв'язків, що в свою чергу сприяє підвищенню рівня соціальної підтримки. Однак, цей зв'язок може бути взаємодією, а не причино-наслідковим, тому що існує й інші фактори, які можуть впливати на обидві змінні, такі як генетика, середовище та індивідуальні характеристики.

Для глибшого розуміння потреб у соціальній підтримці для осіб із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), була проведена бесіда з людиною з РДУГ. Ця бесіда є цінним джерелом інсайтів та досвіду, які можуть допомогти нам краще зрозуміти та врахувати потреби та перспективи цих людей у відносинах та спілкуванні з оточуючими.

Бесіда відбулась із студенткою Прикарпатського університету. Їй 21 рік. На питання про те як проявляються її симптоми протягом дня, дівчина відповідає, що їй часто важко концентруватися на одному завданні відразу, вона може легко відволікатися від роботи або швидко переходити від одного діла до іншого, не закінчуючи жодне з них. Також важко контролювати свою енергію, якщо її забагато.

Дівчина каже, що труднощі можуть виникати у багатьох аспектах життя, наприклад, в університеті є проблеми зі зосередженням на завданні, забуванням про дедлайни. Інколи її рухи можуть бути такими швидкими або непосидючими, що це може стати проблемою для друзів по навчанню. Також є труднощі у виконанні рутинних обов'язків, таких як планування часу або організація простору.

Про взаємини з іншими людьми вона говорить, що інколи їй важко дотримуватися правил соціальної взаємодії, наприклад, тримати контроль над своєю енергією чи рухами. Також важко буває слідкувати за розмовою або вислухати когось довго без відволікань. Але з іншого боку, дівчина вважає, що симптоми роблять її цікавішою людиною. Вона може бути енергійною і креативною, що привертає увагу та призводить до цікавих знайомств.

Про те, чи відчуває дівчина підтримку від свого оточення, вона говорить, що це допомагає їй відчувати себе сильнішою і збалансованішою у повсякденному житті. Вони також допомагають розвивати стратегії для керування симптомами та надихають досягати своїх цілей, незважаючи на виклики, які можуть виникати.

На питання про те, якою дівчина бачить ідеальну підтримку від свого оточення, вона дала відповідь, що в першу чергу це розуміння симптомів РДУГ і того, як вони впливають на її життя. Також, не менш важливим є відкритий діалог, в якому вона може відкрито розмовляти зі своїми близькими про свої потреби, відчуття і симптоми. Це допомагає зберегти здорові взаємини і забезпечує підтримку у важкі моменти.

Також дівчина поділилась своїми стратегіями керування симптомами та збереження соціальної підтримки. Серед них: створення розкладу та списків задач, щоб краще організувати свій час і уникати відволікань; регулярна фізична активність, яка допомагає знизити гіперактивність і заспокоїти розум, а йога або прогулянки, можуть допомогти збалансувати енергію; медитація або глибоке дихання, щоб зменшити стрес і тривожність, які часто супроводжують РДУГ.

Ця бесіда має велике значення з декількох причин.

По-перше, вона дозволила поглянути на досвід особистого життя людини з цим розладом. Інформація, отримана від самої особи, є найбільш достовірною та релевантною. Це дозволяє краще зрозуміти труднощі, з якими стикаються люди з РДУГ у повсякденному житті.

По-друге, бесіда відображає різноманітні аспекти впливу РДУГ на різні аспекти життя, такі як навчання, взаємини з оточуючими та самопочуття. Це допомагає отримати повніший образ про те, як розлад впливає на різні сфери життя особи та які стратегії вона використовує для керування симптомами.

По-третє, історія цієї студентки може бути корисною для розробки підходів та рекомендацій до підтримки та допомоги для інших людей з РДУГ.

Зважаючи на складнощі, з якими стикаються особи з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у взаємодії з оточенням, особливо у сфері соціальної підтримки, рекомендації для оптимізації цього аспекту життя можуть бути ключовими для поліпшення якості їхнього життя.

Перш за все, головною рекомендацією є підтримка з боку оточення. Основною складовою підтримки є розуміння та емпатія. Важливо, щоб родина, друзі, колеги та інші члени оточення розуміли природу розладу та його вплив на поведінку та емоційний стан особи. Це може допомогти зменшити відчуття відокремленості та неприйнятності, які часто виникають у зв'язку з РДУГ.

Важливо створити атмосферу відкритості та взаєморозуміння, де особа з РДУГ може відчувати себе комфортною для висловлення своїх потреб, переживань та симптомів. Це може сприяти побудові довірливих стосунків та допомогти залучити підтримку в моменти потреби.

Члени оточення можуть навчитися різним стратегіям підтримки, які можуть бути корисними для осіб з РДУГ. Це може включати навчання способів підтримки концентрації, організації часу та завдань, а також розвиток навичок комунікації та взаємодії.

Однією з найважливіших рекомендацій є залучення осіб з РДУГ до групових програм підтримки, де вони можуть взаємодіяти з іншими, які розуміють їхні потреби та досвід. В такому оточенні вони можуть знаходити рівності, отримувати підтримку та ділитися стратегіями керування симптомами.

Особам з РДУГ може бути важко організувати свій час та робочий процес. Рекомендується створення чітких планів дня, списків завдань та використання різних технік для структуризації часу та завдань.

Для ефективної взаємодії з оточенням особам з РДУГ важливо розвивати комунікаційні навички. Це може включати навчання навичкам слухання, вираження своїх потреб та емоцій, а також вивчення ефективних способів взаємодії з іншими.

Люди з РДУГ можуть скористатися різними стратегіями саморегуляції для контролю емоцій та енергії. Це може включати регулярну фізичну активність, медитацію, глибоке дихання або інші техніки, спрямовані на зменшення стресу та покращення фокусу.

Ці рекомендації не лише допоможуть особам з РДУГ краще розуміти та керувати своїми симптомами, але й сприятимуть створенню сприятливого соціального середовища, де вони можуть відчувати себе почутими та успішними.

**ВИСНОВКИ**

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю є неврологічним розладом, що характеризується важкістю зосередження, непосидючістю та імпульсивністю. Цей розлад може виявлятися у різній мірі в різних вікових групах, але його симптоми зазвичай залишаються стійкими протягом життя.

Основні симптоми РДУГ у дорослих включають проблеми зі зосередженням, важкість у виконанні рутинних завдань, непосидючість, низьку самодисципліну та труднощі у керуванні часом. Ці симптоми можуть суттєво впливати на якість життя та професійні можливості осіб з цим розладом.

У цій роботі досліджено взаємов’язок між рівнем симптомів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дорослих та рівнем соціальної підтримки, де менші симптоми РДУГ пов'язані з більшою соціальною підтримкою.

Сучасні дослідження свідчать про те, що РДУГ є нейробіологічним розладом, який має генетичні, нейрохімічні та екологічні та інші передумови. Попри значний прогрес у розумінні цього стану, існують прогалини у знаннях, зокрема щодо його специфічних проявів у дорослому віці. Їх виявлення та вивчення є важливим кроком для покращення діагностики та терапії.

Соціальна підтримка відіграє критичну роль у розвитку та вираженості симптомів РДУГ. Високий рівень підтримки з боку сім’ї, друзів та партнерів може значно пом’якшити негативні впливи РДУГ, допомагаючи дорослим краще адаптуватися та зменшувати симптоми. Розуміння цього взаємозв’язку є ключовим для розробки ефективних стратегій втручання.

Проведене дослідження серед студентів показало, що рівень соціальної підтримки суттєво впливає на вираженість симптомів РДУГ. Для підтвердження чи спростування гіпотези було опитано 35 респондентів віком 20-22 роки. Опитування проводилось онлайн за допомогою гул-форми. Використання методик Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) та Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) дозволило виявити, що студенти з високим рівнем соціальної підтримки мають менш виражені симптоми РДУГ.

Результати дослідження вказують на те, що РДУГ має значний вплив на академічну та соціальну сферу життя дорослих. Студенти з вираженими симптомами часто стикаються з труднощами у навчанні, організації часу та соціальних взаємодіях. Ці дані підкреслюють важливість інтеграції соціальної підтримки у терапевтичні програми.

На основі результатів дослідження були сформульовані рекомендації, які можуть покращити стратегії лікування та підтримки дорослих з РДУГ. Психологи та соціальні працівники повинні враховувати важливість соціальної підтримки у своїй практиці, розробляючи індивідуалізовані плани втручання, що включають залучення родини, друзів та партнерів.

Рекомендації також включають розробку стратегій для покращення соціальної підтримки, таких як проведення навчальних програм для родичів та друзів, створення груп підтримки для дорослих з РДУГ та активне залучення до терапевтичного процесу близьких людей пацієнтів.

Також хочеться підкреслити важливість подальших досліджень щодо етіології та механізмів розвитку РДУГ у дорослих. Додаткові дослідження можуть допомогти краще зрозуміти генетичні, нейрохімічні та середовищні фактори, що впливають на розвиток РДУГ, та розробити персоналізовані підходи до підтримки осіб з цим розладом.

**ДЖЕРЕЛА**

1. Андрейко Б.В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків : дис. … канд. психологічних наук : 19.00.07. / Б.В. Андрейко. – Київ, 2018. – 248с.

2. Бояршинова К. І., Кравченко Р. І., Клепець Ю. М. та ін. (робоча група). Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді : клінічна настанова, заснована на доказах. К. : Державний експертний центр МОЗ України, 2019. URL: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/11/2019\_09\_30\_kn\_rozladdu.pdf

3. Бреслав Г.М. Рівні активності навчання школярів та етапи формування особистості / Г.М. Бреслав // Формування активності учнів і студентів у колективі. – Рига, 1989. – 99 с.

4. Войтко В.В. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) у дітей: психолого-педагогічний супровід : навч.-метод. посіб. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2023. 76 с.

5. Гончаренко Н.А. Копінг-стратегії стресу матерів дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Актуальні проблеми психології. Т. 10.: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ, 2020. № 34. С. 55-65.

6. Гончарук Н. М. Специфіка формування комунікативних навичок у дітей з різними психологічними проблемами / Н. М. Гончарук // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 15. – Кам’янець Подільський: Аксіома, 2012. – С. 134-143.

7. Григоренко О.Л. Генетичні основи синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю [Електронний ресурс]/Е.Л.Григоренко. – Режим доступу: https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-osnovy-sindroma-defitsitavnimaniya-sgiperaktivnostyu/viewer

8. Гурлєва Т.С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах [Електронний ресурс] /Т.С.Гурлєва. //Актуальні проблеми психології. – Т. ІІІ : Консультативна психологія і психотерапія. – Випуск 14. – 2018. – С. 191-213.

9. Дегтяренко Т. М. Карта корекційно-реабілітаційного супроводу осіб з особливими потребами / Т. М. Дегтяренко // Логопедія. – 2012. – № 2. – С. 23–29.

10. Етіологія та патогенез гіперкінетичного розладу. Психіатрія і наркологія : підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. III–IV рівнів акредитації / за ред. О. К. Напрєєнка. Київ : Медицина, 2011. 527 с.

11. Заваденко Н. Н. Фактори ризику для формування дефіциту уваги та гіперактивності у дітей /Н. Н. Заваденко//Світ психології. - 2002. - № 1. - С. 6-13.

12. Марценковська І. І. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2020. № 4(115). С. 17-19.

13. Меш Е. Дитяча патопсихологія. Порушення психіки дитини Ерік Меш, Девід Вольф. - М.: АСТ; СПб. : прайм-ЄВРОЗНАК, 2007. - 511

14. Піддубна Н. Гіперактивність старших дошкільників: причини та психологічна підтримка дітей. Актуальні проблеми психолого-педагогічного та соціального супроводу дитини на ранніх етапах соціалізації / Н. Піддубна // Гуманізація навчально-виховного процесу. – Спецвипуск 4. – Ч. І. – Словянськ. – 2010. – С. 223-230.

15. Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. Молодь і ринок. 2013. № 4 (99). С. 82-86.

16. Прокопів Л. Комплексний підхід у вихованні і навчанні гіперактивних дошкільників / Л. Прокопів // Психологія особистості. – 2013.– № 1. – С. 149-156.

17. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей /О. Романчук. – Львів : Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»,2008. – 324 с.

18. Романчук, О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей : практичне керівництво. Львів: Свічадо, 2015. 328 с.

19. Сухіна І. В. Гіперактивна дитина / І. В. Сухіна. — Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. — 40 с. — (Інклюзивне навчання)

20. Ферт О. Диференційований підхід до дітей з порушеннями психічного розвитку в інклюзивному освітньому процесі : дис. … д. пед. наук: 13.00.03. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2020. 501 с. URL: https://npu.edu.ua/images/file/vidil\_aspirant/dicer/%D0%94\_26.053.23/Fert.pdf

21. Adler, L. A., Faraone, S. V., Sarocco, P., Atkins, N., & Khachatryan, A. (2019). Establishing US norms for the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) and characterising symptom burden among adults with self-reported ADHD. International Journal of Clinical Practice, 73(1), e13260. https://doi.org/10.1111/ijcp.13260

22. Barkley R. A. Attention–Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment. New York: The Guilford Press, 2006. 770 p.

23. Barkley R. A. Behavioral ingibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory, of attention deficit hyperactivity disorder / R. A. Barkley // Psychopharm. – Bull. 1997. – Vol. 121. – № 1. – P. 65-94.

24. Barkley R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Child Psychology / Eds. E.J. Marsh and R. Barkley. New York: Guilford Press, 1996. Р. 34 67.

25. Barkley RA. ADHD: Longterm course adult outcome and comorbid disorders. NIH consensus development conference on diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder 1998; 57-60.

26. Bertin M. (2015). Mindful Parenting for ADHD: A Guide to Cultivating Calm, Reducing Stress, and Helping Children Thrive. (13)

27. Danielson M.L., Bitsko R.H., Ghandour R.M. et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents. J. Clin Child Adolescent Psychology. 2016. № 47(2). С. 199-212. (14)

28. Erskine H. E., Norman R. E., Ferrari A. J., Chan G. C., Copeland W. E., Whiteford H. A., Scott J. G. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2016. Vol. 55(10), Р. 841–850. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.01

29. Faraone S. V. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder / S. V. Faraone, J. Biederman // Biol. Psychiatry. – 1998. – Vol. 44. – № 10. – P. 951 -958.

30. Fleming M., Fitton C. A., Steiner M. F., McLay J. S., Clark D., King A., Mackay D. F., Pell J. P. Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. JAMA Pediatrics, 2017. Vol. 171(7). e170691. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0691

31. Goldstein S., Goldstein M. Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: A Guide for Practitioner. NY: Wiley, 1998. 896 р.

32. Heininger J. E. From Chaos to Calm: Effective Parenting for Challenging Children with ADHD and Other Behavioral Problems / J. E. Heininger, S. K. Weiss. – Perigee, 2002. – 269 p.

33. Hines, J. L., King, T. S., & Curry, W. J. (2012). The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM, 25(6), 847–853. https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.06.120065

34. Kasparek T., Theiner P., Filova A. Neurobiology of ADHD From Childhood to Adulthood: Findings of Imaging Methods. Journal of Attention Disorders. 2015, Vol. 19(11). Р. 931 –943. DOI: 10.1177/1087054713505322

35. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological Medicine, 35(2), 245–256. https://doi.org/10.1017/s0033291704002892

36. Nigg, J.T., Stavro, G., Ettenhofer, M., Hambrick, D.Z., Miller, T., & Henderson, J.M. (2005). Executive Functions and ADHD in Adults: Evidence for Selective Effects on ADHD. Journal of Abnormal Psychology, Nov; 114(4), 706-717. [Electronic resource]. – Mode of access: https://doi.org/10.1037/0021 - 843X.114.3.706

37. Pypenko, I. S., Stadnik, A. V., Melnyk, Yu. B., & Mykhaylyshyn, U. B. (2023). The impact of the war in Ukraine on the psychological well-being of students. International Journal of Science Annals, 6(2), 20–31. https://doi.org/10.26697/ijsa.2023.2.2

38. Rosenberg // Indian J.Ped. – 2010. – Vol.57. – № 3. – P. 353-360. (15)

39. Stadnik, A. V., Melnyk, Yu. B., Babak, S. A., Vashchenko, I. V., & Krut, P. P. (2022). Psychological distress among students and cadets of universities in the war conditions. International Journal of Science Annals, 5(1 -2), 20–29. https://doi.org/10.26697/ijsa.2022.1 -2.0

40. Stadnik, A. V., Melnyk, Yu. B., Mykhaylyshyn, U. B., & de Matos, M. G. (2023). Peculiarities of the psychological well-being and social adaptation of young students and cadets in wartime conditions. International Journal of Science Annals, 6(1), 22– 30. https://doi.org/10.26697/ijsa.2023.1.7

41. Stanton, K., Forbes, M. K., & Zimmerman, M. (2018). Distinct dimensions defining the Adult ADHD Self-Report Scale: Implications for assessing inattentive and hyperactive/impulsive symptoms. Psychological Assessment, 30(12), 1549–1559. https://doi.org/10.1037/pas0000604

42. Target M. The efficacy of child psychoanalysis for children with emotional disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry / М. Target, Р. Fonagy. – 33. – Р. 361-371.

43. Vida J. E. Treating the "wise baby" / J. E. Vida // Am J Psychoanal. – 2015. – Vol. 65 (1). – P. 3-12.

44. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1985;24(2):211 -20.

45. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019 [Електронний ресурс]. URL : https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90

46. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52(1), 30–41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2>

**Додаток А**

**ASRS-v 1.1 Adult ADHD Self-Reported Scale**

**Інструкція.** Будь ласка, дайте відповідь на запитання нижче, оцінюючи себе за кожним із критеріїв, наведених за шкалою праворуч на сторінці. Відповідаючи на кожне запитання, поставте хрестик у полі, який найкраще описує, як ви себе почували та поводилися протягом останніх 6 місяців. Будь ласка, передайте цей заповнений чек-ліст своєму медичному працівнику для обговорення під час сьогоднішнього прийому.

|  | ніколи | рідко | іноді | часто | дуже часто |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| 1. Як часто у вас виникають проблеми з укладанням остаточних деталей проекту після того, як складні частини виконані? |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  2. Як часто у вас виникають труднощі з наведенням порядку, коли вам доводиться виконувати завдання, яке вимагає організованості? |  |  |  |  |  |
|  3. Як часто у вас виникають проблеми із запам'ятовуванням зустрічей або зобов'язань? |  |  |  |  |  |
| 4. Коли у вас є завдання, яке вимагає багато обдумування, як часто ви уникаєте чи відкладаєте початок? |  |  |  |  |  |
|  5. Як часто ви непосидючі, чи метушливо рухаєте руками чи ногами, коли доводиться довго сидіти? |  |  |  |  |  |
| 6. Як часто ви відчуваєте себе надмірно активними і вимушеними робити щось, наче вами керує якийсь мотор? |  |  |  |  |  |
|  Частина А |
|  7. Як часто ви робите помилки по неуважності, коли вам доводиться працювати над нудним або важким проектом? |  |  |  |  |  |
|  8. Як часто вам важко утримувати увагу, коли ви виконуєте нудну або повторювану роботу? |  |  |  |  |  |
|  9. Як часто вам важко зосередитися на тому, що вам говорять люди, навіть коли вони звертаються напряму? |  |  |  |  |  |
|  10. Як часто ви кладете речі не на те місце і шукаєте їх вдома чи на роботі або вам важко їх віднайти? |  |  |  |  |  |
|  11. Як часто вас відволікає діяльність або шум навколо вас? |  |  |  |  |  |
|  12. Як часто ви залишаєте своє місце на зборах або в інших ситуаціях, коли очікується, що ви мали б залишитися сидіти? |  |  |  |  |  |
|  13. Як часто ви відчуваєте неспокій або непосидючість? |  |  |  |  |  |
|  14. Як часто вам важко розслабитися, навіть коли у вас є час на себе? |  |  |  |  |  |
|  15. Як часто ви занадто багато говорите, коли перебуваєте в соціальних ситуаціях? |  |  |  |  |  |
|  16. Як часто під час розмови ви закінчуєте речення людей, з якими розмовляєте, перш ніж вони самі закінчують? |  |  |  |  |  |
|  17. Як часто у вас виникають труднощі з очікуванням своєї черги в ситуаціях, коли потрібно почекати? |  |  |  |  |  |
|  18. Як часто ви перебиваєте чи відволікає та інших, коли вони зайняті? |  |  |  |  |  |
| Частина Б  |

**Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)**

**Інструкція.** Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Опитування є добровільним і анонімним.

Ми зацікавлені в тому, що ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень.

Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо: 0 - ви дуже не згодні, 1 - ви не згодні, 2 - ви трохи не згодні, 3 - якщо ви нейтральні, 4 - ви злегка згодні, 5 - ви згодні, 6 - ви дуже згодні. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

3. Моя сім’я насправді намагається допомогти мені.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

- 1 - "ви дуже не згодні";

- 2 - "ви не згодні";

- 3 - "ви трохи не згодні";

- 4 - "якщо ви нейтральні";

- 5 - "ви злегка згодні";

- 6 - "ви згодні";

- 7 - "ви дуже згодні".

**Додаток Б**

| Позначка часу | Скільки вам років? | ASRS | MSPSS |
| --- | --- | --- | --- |
| 22.04.2024 16:34:42 | 21 | 10 | 5,6 |
| 22.04.2024 16:37:54 | 20 | 2 | 6,4 |
| 22.04.2024 16:38:30 | 21 | 2 | 4,75 |
| 22.04.2024 16:38:42 | 20 | 3 | 4,6 |
| 22.04.2024 16:39:46 | 21 | 4 | 4,9 |
| 22.04.2024 16:40:17 | 20 | 10 | 5,4 |
| 22.04.2024 16:40:06 | 20 | 5 | 6,4 |
| 22.04.2024 16:40:37 | 21 | 7 | 6,1 |
| 22.04.2024 16:41:37 | 20 | 2 | 5,9 |
| 22.04.2024 16:42:25 | 20 | 2 | 4,5 |
| 22.04.2024 16:45:12 | 21 | 5 | 4,8 |
| 22.04.2024 16:48:10 | 21 | 1 | 5,8 |
| 22.04.2024 16:49:02 | 20 | 1 | 5,9 |
| 22.04.2024 16:51:05 | 21 | 6 | 6,1 |
| 22.04.2024 17:02:46 | 21 | 3 | 5,5 |
| 22.04.2024 17:13:28 | 22 | 9 | 2,5 |
| 22.04.2024 17:15:13 | 20 | 7 | 4,5 |
| 22.04.2024 19:21:08 | 21 | 9 | 5,5 |
| 23.04.2024 09:25:48 | 21 | 5 | 6 |
| 23.04.2024 18:16:07 | 20 | 9 | 3,9 |
| 23.04.2024 20:51:05 | 20 | 4 | 4,75 |
| 23.04.2024 20:51:13 | 20 | 1 | 6,3 |
| 23.04.2024 20:54:05 | 21 | 2 | 6,5 |
| 23.04.2024 21:34:33 | 20 | 8 | 5,8 |
| 24.04.2024 08:19:35 | 20 | 4 | 4,6 |
| 24.04.2024 09:56:04 | 21 | 9 | 3,5 |
| 24.04.2024 10:10:15 | 21 | 1 | 6,2 |
| 24.04.2024 12:45:01 | 21 | 8 | 3,9 |
| 24.04.2024 13:15:09 | 22 | 2 | 5,1 |
| 24.04.2024 14:58:45 | 22 | 3 | 4 |
| 26.04.2024 11:54:29 | 21 | 7 | 5,1 |
| 26.04.2024 12:00:51 | 21 | 7 | 6,1 |
| 26.04.2024 12:14:24 | 22 | 2 | 5,5 |
| 26.04.2024 19:54:24 | 20 | 1 | 5,8 |
| 28.04.2024 19:54:49 | 20 | 5 | 6 |