

УДК 159.96

DOI <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.1.3>**Наталія ПІНАС**

студентка спеціальності 053 «Психологія»,
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»
ORCID: 0009-0005-8956-2978

Антоніна ГРИСЬ

доктор психологічних наук, професор кафедри психології,
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»
ORCID: 0000-0002-0153-2303

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ ІЗ РДУГ

У статті представлено розгляд актуальної для психології проблеми – особливості адаптації осіб дорослого віку із РДУГ. Метою статті є висвітлення результатів емпіричного дослідження впливу соціально-психологічних чинників на підвищення адаптаційного потенціалу осіб дорослого віку із РДУГ.

Стаття присвячена аналізу соціально-психологічних чинників, що визначають психоемоційний стан осіб дорослого віку із РДУГ. Розкрито сучасні підходи до понять «стрес» та «адаптація» у вітчизняній та зарубіжній літературі. Представлено аналіз сучасних наукових уявлень про вплив стресу на процеси адаптації, розвиток порушень адаптації і ПТСР. Висвітлено результати вивчення взаємозв'язку стресу, травматичних подій і порушень адаптації. Обґрунтовано психодіагностичний інструментарій, що дав змогу вивчити феномен адаптації осіб дорослого віку із РДУГ. Виявлено, що для дорослих із РДУГ найважливішими є прийняття і підтримка соціуму, що було представлено у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ. Виявлено, що для дорослих із РДУГ найбільш важливі толерантність і відсутність стигматизації: у родині, в колективі, у суспільстві. Виявлено взаємозв'язки між відчуттям ізольованості і відсутності підтримки у особи та важкістю проявів РДУГ і коморбідних розладів.

У контексті представлених матеріалів авторами викладено емпіричне узагальнення результатів дослідження психологічних чинників, що впливають на адаптаційні властивості осіб дорослого віку із РДУГ. Відзначається роль травматичного досвіду у формуванні і важкості перебігу РДУГ і супутніх психіатричних розладів. Наголошується, що дорослі із РДУГ прагнуть до опанування різних способів емоційної саморегуляції та стратегій подолання симптомів РДУГ, а також досягнення ефективності у роботі та навчанні. Запропоновано практичні рекомендації психологам щодо ефективної роботи з особами дорослого віку із РДУГ як у груповому, так і в індивідуальному форматі.

Дослідження відкриває перспективи вивчення проблем, пов'язаних із щоденним функціонуванням дорослих осіб із РДУГ і розладами адаптації.

Ключові слова: РДУГ, адаптація, розлад адаптації, дезадаптація, ПТСР, травма, стрес.

Nataliya Pinas, Antonina Hrys. SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT FACTORS IN ADULTS WITH ADHD

The article addresses a topical issue in psychology – adjustment peculiarities in adults with ADHD. The aim of the article is to show the results of an empirical research of the influence of social and psychological factors on the increase of adjustment potential in adults with ADHD.

The article is devoted to the analysis of social and psychological factors determining psycho-emotional state of adults with ADHD. Modern approaches to the notions of stress and adjustment in the national and world literature are revealed. An analysis of modern scientific views on the impact stress has on adjustment processes, development of adjustment disorder and PTSD is presented. The results of researching the interrelation between stress, traumatic events and adjustment disorder are shown. Psychodiagnostic tools enabling the study of the adjustment phenomenon in adults with ADHD are substantiated. It is discovered that it is of utmost importance for adults with ADHD to be accepted and supported by the society, as presented in a support group of adults with ADHD. It is discovered that the most important thing for adults with ADHD is tolerance and the absence of stigma: in a family, group, society. The article reveals how the feeling of isolation and the absence of support are connected with ADHD severity and comorbid disorders.

In the context of the presented materials, the authors set out an empirical generalization of the results of researching psychological factors that influence adjustment peculiarities in adults with ADHD. The role of a traumatic experience in the formation and severity of ADHD and comorbid psychiatric disorders is mentioned. It is accentuated that adults with ADHD seek to master different methods of emotional self-regulation and strategies for combating ADHD symptoms as well as reaching efficiency in work and study. Practical recommendations for psychologists on how to work effectively with adults with ADHD both in a group and individually are proposed.

The research reveals the prospects of studying issues related to the daily functioning of adults with ADHD and adjustment disorder.

Key words: ADHD, adjustment, adjustment disorder, maladjustment, PTSD, trauma, stress.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що до цього часу в Україні майже не походилися дослідження особливостей адап-

тації осіб дорослого віку із розладом дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ). В основному література, діагностика, психоедукація,

навчальні програми та спеціальна підтримка в Україні спрямована на дітей та підлітків із РДУГ. Хоча діти з РДУГ і їх батьки дуже потребують цих знань, проте особи дорослого віку, в яких діагностовано РДУГ, також потребують спеціальних програм, які допоможуть їм у подоланні проявів РДУГ.

Дослідження адаптації серед осіб дорослого віку із РДУГ зумовлюється тим, що доросла людина кожного дня взаємодіє зі своєю родиною, робочим чи навчальним колективом та соціумом. Адаптація – це здатність пристосуватися до нової інформації та досвіду. Деадаптація дорослої особи із РДУГ заважає конструктивному спілкуванню, виконанню професійних обов'язків, фінансовому благополуччю, стосункам у сім'ї та позитивній взаємодії з оточуючими. Варто зауважити, що деякі дорослі із РДУГ більш адаптовані, а деякі – менше. Також одні можуть мати кращу адаптацію в одній сфері, а інші – в другій. Все це зумовлює актуальність та важливість вивчення чинників особливості адаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що питанням адаптації осіб із РДУГ цікавилися, але увагу приділяли найчастіше дитячому і підлітковому віку. Тобто вивчали покращення адаптації в дітей, а не дорослих. В Україні виявлено лише кілька опублікованих наукових праць щодо вивчення адаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

Це ще раз довело актуальність та важливість вивчення означеної теми.

Об'єкт дослідження – це адаптація осіб дорослого віку із РДУГ.

Предмет дослідження – особливості адаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

Мета дослідження – теоретично вивчити та емпірично дослідити психологічні особливості адаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

Реалізація поставленої мети передбачала вирішення наступних теоретичних і емпіричних завдань:

1. Теоретично проаналізувати сучасні концепції адаптації особистості дорослого віку.

2. Емпіричним шляхом вивчити особливості проявів адаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

3. Розробити та апробувати програму психокорекції з підвищення рівня адаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

4. Надати практичні рекомендації щодо виявлення та подолання деадаптації осіб дорослого віку із РДУГ.

Методи дослідження: опитування, тестування, порівняльний метод, метод узагальнення, систематизація наукової літератури щодо виявлення чинників адаптації, емпіричні.

Методики дослідження: у дослідженні використовувались наступні емпіричні методики:

– Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS);

– Шкала депресії (PHQ-9);

– Опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу (GAD-7);

– Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВТП (Impact of even scale – Revised, IES-R);

– Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах.

Основною теоретико-методологічною базою роботи є концепція «стресу» і «адаптаційного синдрому» науковця Г. Сельє [14] і праці з психічної адаптації психолога Ж. Піаже [13]. Дослідженнями розладів адаптації в Україні займаються такі науковці, як Л. О. Герасименко [1; 2; 3; 4], А. М. Скрипніков [3; 4; 10], Р. І. Ісаков [3; 4], Н. В. Пророк [8], Л. Г. Царенко [8], С. Т. Бойко [8], О. В. Самойлова [9], К. В. Гринь [10], Я. П. Мартиненко [10], Г. М. Кожина [12], К. О. Зеленська [12], Т. Ю. Красковська [12] та інші. Питанням РДУГ присвятили свою працю Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський, Л. О. Булахова, які досліджували зв'язок гіперкінетичного розладу у дорослих як можливу причину соціальної дезадаптації [5].

Результати та дискусія

Розлади адаптації – стани суб'єктивного дистресу, що виникають у період адаптації до стресових подій і вагомих змін життєвого укладу, заважаючи продуктивності соціального функціонування. Феноменологічно межі розладів адаптації охоплюють широкий спектр станів короточасних стресових реакцій тривалістю від одного до шести місяців [4].

Етіологічними чинниками дистресу, що призводять до порушень адаптації, є:

– зміна звичного середовища (незвичні умови життя, зміна місця проживання в середині країни чи у іншій державі, зміна мовного середовища та як наслідок, мовний бар'єр та соціальна ізоляція, інші культурні і релігійні традиції);

– трансформація соціального статусу (негативні зміни в соціальному статусі, вимушена зміна професійної діяльності, невідповідність між освітнім рівнем та вимушеним працевлаштуванням);

– нозогенні (в тому числі ятрогенні) впливи;

– розлука з близькими людьми, тривалі негативні емоції (тривога, страх, гнів тощо).

Для людей з розладом адаптації визначальним у кожному випадку є не контекст впливу психотравми, а індивідуальна значимість психогенії.

Розлади адаптації – патологічні реакції на стреси незначної сили та суб'єктивної значимості, що проявляються протягом місяця після стресових переживань у вигляді афективної, соматоформної чи (та) поведінкової симптоматики.

Психічна дезадаптація, що наступила в результаті пережитого стресу соціальних змін, може протікати як на донозологічному рівні, так і на рівні патологічної дезадаптації.

На *психологічному рівні* це може виявлятися почуттям соціальної знедоленості, чужості новим соціальним нормам і системі цінностей, усвідомленням власної безпорадності й ізольованості, відчуттям «загнаності в клітку», втратою перспективи.

Непатологічна психічна дезадаптація найчастіше проявляється у вигляді початкових етапів синдрому вигорання, при якому, окрім психологічного дискомфорту, періодично виникають порушення сну, емоційна лабільність, астеничні прояви, тривога, погіршення пам'яті та уваги, вегетативні дисфункції. Як правило, на цьому етапі соціальне функціонування і продуктивність пацієнтів істотно не порушені і вони не звертаються за медичною і психологічною допомогою.

Однак, при відсутності профілактичних і корекційних заходів, зростає ризик трансформації в клінічно оформлені невротичні, пов'язані зі стресом розлади та хронічні захворювання.

Н. В. Пророк, Л. Г. Царенко, С. Т. Бойко уточнюють, що під дезадаптацією розуміють саме розлад адаптації, при якому людина не здатна пристосуватися до умов існування (функціонування), які змінилися або продовжують змінюватися. Тобто дезадаптація – це свого роду хворобливий патологічний стан і передумова появи невротичних розладів, а у військових може бути причиною виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [8].

Клінічні прояви розладів адаптації дуже індивідуальні. Часто домінують тривожна і депресивна симптоматика, що ускладнює діагностування.

Головну небезпеку, окрім високого ризику суїцидальних проявів, становить перспектива поглиблення психопатологічної симптоматики із розвитком дистимій, депресивних епізодів чи нозофобічних проявів у рамках формування іпохондричної спрямованості особистості. Затяжні і несприятливі варіанти перебігу розладів адаптації можуть призводити до формування вторинних хімічних і нехімічних залежностей [6].

Загальні ознаки психогенних розладів, що присутні у клініці, так звана «Триада

К. Ясперса», такі: початок захворювання збігається у часі з початком дії та впливом психотравми; психотравма відображається у клінічній картині; одужання настає після того, як психотравма стає малоактуальною.

Психогенні розлади – група психічних порушень, що виникають у результаті дії зовнішніх психогенних факторів та впливають на діяльність головного мозку, що в свою чергу, призводить до психічного порушення.

Серед основних психогенних факторів виділяють такі: психічну травму, емоційну напругу та емоційний стрес (дистрес).

Ці чинники не у всіх осіб викликають психічні розлади. Чому так, досі не встановлено. Має значення сила психогенного чинника та його тривалість, що формує так званий «індивідуальний бордюр адаптації». З урахуванням того, що той чи інший фактор може бути визнаний або невизнаний як психотравмуючий, застосовується психометричний підхід, зокрема наведену у DSM-III-R Шкалу вираженості психотравмуючих впливів для дорослих. Вона враховує вираженість психотравми та психотравмуючі впливи.

Гострими вважають психотравми, тривалістю менше 6 місяців, хронічними – ті, що тривають більше 6 місяців.

Прикладами незначних психотравмуючих впливів є розрив стосунків з товаришем (подругою), розпочате навчання, або його закінчення, від'їзд (зміна місця проживання) дитини з дому, сімейні чвари та незадоволення роботою.

Приклади помірних психотравмуючих впливів: відчуття або потужні емоції, що пов'язані з весіллям, розлукою, втратою роботи, відставкою, проведенням абортom, розладом у сімейних стосунках; труднощі та конфлікти, що пов'язані з фінансами або стосунками з керівництвом.

Вираженими психотравмуючими впливами можуть вважатися такі, що співпадають з розлученням, народженням першої дитини, безробіттям та бідністю.

До екстремальних психотравмуючих впливів належать смерть чоловіка або дружини, серйозні захворювання у соматичній сфері, згвалтування та хронічне серйозне захворювання (в тому числі у своєї дитини).

Катастрофічними вважають наступні психотравмуючі впливи: смерть дочки або сина, суїцид чоловіка або жінки, вплив стихійного лиха, можливість стати заручником терористів та позбавлення свободи, пов'язане з перебуванням у концентраційному таборі.

Їх розподіляють на непсихотичні, гіпопсихотичні та психотичні форми в залежності від

важкості психічного стану. Вони обумовлені стихійним лихом, катастрофами, аваріями, при застосуванні зброї масового ураження та виникають одночасно у великій кількості людей в екстремальних умовах, коли є загроза життю, здоров'ю та благополуччю для значної кількості груп населення. Внаслідок цього впливу великої кількості раптово діючих психотравмуючих чинників одночасно виникають розлади психіки у великій кількості населення. При цьому клінічні прояви не мають індивідуального характеру, має місце невелика кількість відносно типових проявів. При цьому людина вимушена продовжувати активну боротьбу з наслідками стихійного лиха (катастрофи) заради виживання та збереження життя близьких та всіх оточуючих, незважаючи на розвиток психогенних розладів та продовження ситуації, що небезпечна для життя [6].

Для виявлення оцінки адаптації осіб дорослого віку із РДУГ було обрано методу Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS). Цей діагностичний інструментарій містить запитання про те, наскільки проблема особи пливає на кожну з вказаних сфер її життя (робота, ведення домашнього господарства, соціальне дозвілля, особисте дозвілля, сім'я та стосунки). На ці запитання слід відповідати в діапазоні від 0 до 8, де 0 це «анітрохи», 2 – «трохи», 4 – «точно», 6 – «помітно», 8 – «дуже сильно» [11]. Методика не містить інтерпретації результатів. Однак це дослідження дозволяє отримати інформацію, необхідну для ширшого розуміння впливу клінічних проявів РДУГ на загальний соматичний і психологічний стан особи. Слід зазначити, що людина суб'єктивно сприймає різні аспекти свого життя, тобто певною мірою ці показники відображають емоційний стан людини на момент опитування.

Згідно досліджень, РДУГ часто є коморбідним з іншими психічними розладами. Відповідно до цього було застосовано блок № 2 опитувальника РНҚ «Опитувальник здоров'я пацієнта», відомий як шкала РНҚ-9. Методика містить 9 запитань. Цей опитувальник застосовується для діагностики депресії за основними (А, В) та додатковими симптомами (С-І) симптомами; охоплює часовий інтервал «останні 2 тижні» та визначає частотність появи скарги (жодного разу – 0 балів, декілька днів – 1 бал, понад половину днів – 2 бали, майже кожен день – 3 бали). Шкала РНҚ-9 рекомендована для скринінгу депресії в первинній мережі. Вона заповнюється самим пацієнтом за 1–2 хвилини, складається з 10 тверджень. Отримані результати дозволя-

ють припускати наявність депресії й оцінити ефективність терапії [7].

З метою скринінгу на наявність тривожності було застосовано Опитувальник для визначення генералізованого тривожного розладу (General Anxiety Disorder-7, GAD-7). Блок № 5 Опитувальника РНҚ є самоопитувальником для оцінки рівня тривожності й скринінгу генералізованого тривожного розладу. Шкала являє собою тест із 7 питань, на кожне з яких пропонується чотири варіанти відповіді. За кожну відповідь нараховується певна кількість балів (ніколи (не було взагалі) – 0 балів, декілька днів (іноді) – 1 бал, більше половини днів (часто) – 2 бали, майже щодня (практично постійно) – 3 бали). На підставі їх суми робиться висновок про рівень тривожності, наявності симптомів ГТР та інших тривожних розладів. Людині потрібно відповідати, ґрунтуючись на своїх відчуттях протягом останніх 14 днів [7].

Також була застосована Шкала оцінки впливу травматичної події ШОВТП (Impact of even scale – Revised, IES-R). Вперше вона була опублікована у 1979 р. Горовіцем зі співавторами. Опитувальник складався з 15 пунктів, побудований на самозвіті і виявляв переважання тенденції уникнення або вторгнення травматичної події. Пізніше Д. Вейс з колегами (Weiss, Marmar, Metzler, 1995) вирішили, що шкала може бути кориснішою, якщо вона діагностуватиме не тільки такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які входять до діагностичного критерію DSM-IV і є складовою психологічної реакції на травматичні події. Тому тепер Шкала оцінки впливу травматичної події містить 22 пункти.

Шкала оцінки впливу травматичної події допомагає виявити симптоми посттравматичного стресового розладу та оцінити ступінь їх вираженості. Всі пункти опитувальника мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою («вторгнення», «уникнення», «збудливість») отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем». Кожен пункт оцінюється так: ніколи – 0 балів, зрідка – 1 бал, інколи – 3 бали, часто – 5 балів [4]. Це Шведська версія опитувальника. Рекомендований граничний бал 40 або вище вказує на клінічні рівні симптомів ПТСР [15].

Для ідентифікації та вимірювання вираженості психосоціальної дезадаптації було застосовано Шкалу для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах. Методика дозволяє діагностувати шість блоків проблем, які відповідають основним напрямкам порушеного психосоціаль-

ного функціонування: сімейний, батьківський, виробничий (професійний), міжособистісний, економічно-майновий і інформаційний. Шкала охоплює три основних кластери психосоціального функціонування: *макросоціальний*, який включає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації; *мезосоціальний*, що включає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації; та *мікросоціальний*, що включає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації. Методика містить 60 запитань. Кожне запитання має варіанти відповідей, тому опитуваному необхідно обрати той варіант, який йому найбільш імпонує. За допомогою цієї методики можна діагностувати ступінь дезадаптації як за окремою сферою психосоціального функціонування, так і інтегральний показник за видом дезадаптації (макро-, мезо-, мікросоціальна).

Показник за окремою сферою психосоціального функціонування менше 19 балів трактувався як відсутність ознак дезадаптації даної сфери. Показник за шкалою в межах 20–29 балів розцінювався як ознаки психосоціальної дезадаптації легкого ступеня, показник у межах 30–39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеня, показник у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеня.

Відповідно, інтегральний показник за видом дезадаптації (макро-, мезо-, мікросоціальна): 0–38 балів розцінюється як відсутність дезадаптації; 39–58 балів – наявність легкого ступеню дезадаптації; 59–78 балів – помірного ступеню дезадаптації; 79 балів і більше – дезадаптації вираженого ступеня [4].

Вибірку склали повнолітні респонденти на території України і за її межами, яким психіатром було встановлено діагноз РДУГ.

В опитуваннях брали участь 16 чоловік, з яких 14 були жінками (87,5%) і 2 – чоловіками (12,5%). Опитування проводилося в два етапи: 1 етап – в грудні 2023 року (16 опитаних); 2 етап – лютий 2024 року (15 опитаних).

З 16 респондентів 5 осіб (31,3%) мали вік від 18 до 25 років, 5 осіб (31,3%) – від 26 до 35 років, 5 осіб (31,3%) – від 36 до 45 років і 1 особа (6,1%) – від 46 до 55 років.

З 16 опитаних 14 осіб (87,5%) мали діагностовані психіатром супутні розлади, крім РДУГ, 2 осіб (12,5%) – не мали. Коморбідність з іншими психічними розладами наступна: 10 осіб мали депресивний епізод/ депресивний розлад, 3 осіб – тривожний розлад, 1 особа – біполярний розлад, 1 особа – обсесивно-компульсивний розлад, 1 особа – межовий розлад особистості, 1 особа – розлад аутичного спектру, 1 особа – розлад харчової поведінки. Респонденти могли вказати кілька діагнозів.

З 16 опитаних 14 (87,5%) знаходилися в індивідуальній терапії у психолога або психотерапевта, 10 осіб (62,5%) приймали медикаменти, призначені психіатром (найчастіше антидепресанти).

При моніторингу психоемоційного стану було з'ясовано наявність сильного відчаю у 5 осіб (31,3%). Також деякі респонденти відзначили наявність думок про самогубство впродовж останнього року.

За методикою Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS) було отримано самооцінку рівнів адаптації.

16 респондентів відзначили наявність впливу РДУГ та інших психологічних труднощів на погіршення можливостей виконувати обов'язки у наступних сферах:

– *робота* – 12 опитаних (75%), в т.ч. 6 осіб (37,5%) – максимальне «Дуже сильно»;

– *ведення домашнього господарства* (прибирання, покупки, приготування їжі, догляд за будинком / дітьми, оплата рахунків і т.д.) – 13 опитаних (81,25%), в т.ч. 3 осіб (18,75%) – максимальне «Дуже сильно»;

– *соціальне дозвілля* (участь у вечірках, розважальних активностях і т.п.) – 13 опитаних (81,25%), в т.ч. 5 осіб (31,25%) – максимальне «Дуже сильно»;

– *особисте дозвілля наодинці* (читання, садівництво, шиття, хоббі, прогулянки і т.д.) – 13 опитаних (81,25%), в т.ч. 2 осіб (12,5%) – максимальне «Дуже сильно»;

– *сім'ї та стосунки* (формування та підтримка близьких взаємовідносин з іншими людьми, включаючи подружній стосунок, батьківство і т.д.) – 14 опитаних (87,5%), в т.ч. 1 особа (6,25%) – максимальне «Дуже сильно».

В результаті застосування опитувальника Шкала депресії (PHQ-9) було отримано наступні дані щодо 16 респондентів: 3 особи (18,75%) мали мінімальні депресивні прояви, 7 осіб (43,75%) – легку депресію, 3 осіб (18,75%) – депресію середнього ступеня важкості, 3 особи (18,75%) – важку депресію.

Відповіді на запитання Опитувальника для визначення генералізованого тривожного розладу (General Anxiety Disorder-7, GAD-7) були наступні: 1 особа (6,25%) мала мінімальну тривогу, 8 осіб (50%) – легку тривогу, 6 осіб (37,5%) – помірне занепокоєння, 1 особа (6,25%) – сильну тривогу.

За Шкалою оцінки впливу травматичної події ШОВТП (Impact of even scale – IES-R) у 16 респондентів було отримано наступні результати: 6 осіб (37,5%) мали 40 і більше балів, що вказує на клінічні рівні симптомів ПТСР.

Враховуючи психоемоційний стан частини респондентів, Шкалу для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах було запропоновано заповнити 11 особам. Було отримано наступні результати:

– по блоку *соціально-економічної адаптації* (можливість заробляти гроші і їх заощаджувати, відсутність боргових зобов'язань і кредитів, очікування щодо можливостей більше заробляти у майбутньому) 4 особи (36,36%) мали відсутність ознак дезадаптації, 2 особи (18,18%) – легкий ступінь дезадаптації, 5 осіб (45,46%) – помірний ступінь дезадаптації;

– по блоку *соціально-інформаційної адаптації* (отриманні і реакції на інформацію) 10 осіб (90,91%) мали легкий ступінь дезадаптації, 1 особа (9,09%) – помірний ступінь дезадаптації;

– по блоку *соціально-професійної адаптації* (взаємодія з колегами по роботі і задоволеність своєю роботою) 1 особа (9,09%) не мала на даний час роботи, у 7 осіб (63,64%) відсутні ознаки дезадаптації, 2 особи (18,18%) мали легкий ступінь дезадаптації, 1 особа (9,09%) – помірний ступінь дезадаптації;

– по блоку *міжособистісної адаптації* (взаємодія з оточуючими) 5 осіб (45,46%) не мали ознак дезадаптації, 3 осіб (27,27%) – мали легкий ступінь дезадаптації, 3 осіб (27,27%) – помірний ступінь дезадаптації;

– по блоку *сімейної адаптації* (взаємодія у сім'ї) у 2 осіб (18,18%) відсутні ознаки дезадаптації, 6 осіб (54,55%) мали легкий ступінь дезадаптації, 2 особи (18,18%) – помірний ступінь дезадаптації, 1 особа (9,09%) – дезадаптацію вираженого ступеня;

– по блоку *виконання батьківських функцій* (батьківська адаптація) 7 осіб (63,64%) не мали на даний час дітей, у 2 осіб (18,18%) відсутні ознаки дезадаптації, 2 особи (18,18%) мали легкий ступінь дезадаптації.

Таким чином, інтегральні показники були наступними:

– за *макросоціальною дезадаптацією* (сума показників по блоках соціально-економічної адаптації і соціально-інформаційної адаптації) 6 осіб (54,55%) мали легкий ступінь дезадаптації, 5 осіб (45,45%) – помірний ступінь дезадаптації;

– за *мезосоціальною дезадаптацією* (сума показників по блоках соціально-професійної адаптації і міжособистісної адаптації) у 4 осіб (36,36%) були відсутності ознаки дезадаптації, 7 осіб (63,64%) – мали легкий ступінь дезадаптації;

– за *мікросоціальною дезадаптацією* (сума показників по блоках сімейної адаптації і виконання батьківських функцій (бать-

ківська адаптація) у 7 осіб (63,64%) відсутні ознаки дезадаптації, 4 особи (36,36%) – мали легкий ступінь дезадаптації.

Як бачимо, більшість дорослих осіб із РДУГ, які пройшли опитування, мали коморбідні психічні розлади (найчастіше депресивний епізод/ депресивний розлад і тривожний розлад). Також третина опитаних мали клінічні рівні симптомів ПТСР. Частина учасників мала суїцидальні думки, а деякі з них – спроби суїциду у минулому. Значна частина респондентів відзначила, що відчуває сильний відчай. Показники адаптації, за суб'єктивними оцінками респондентів, були гіршими у осіб з сильніше вираженими психоемоційними проблемами.

Інтегральні показники за макросоціальною дезадаптацією та мезосоціальною дезадаптацією у більшості опитаних відповідали легкому ступеню дезадаптації; за мікросоціальною дезадаптацією – відсутності ознак дезадаптації.

Практично всі учасники груп підтримки знаходилися в індивідуальній роботі з психологом/психотерапевтом і отримували медикаментозне лікування за призначенням психіатра (в основному антидепресанти).

Було висунуто гіпотезу про те, що одним з визначальних чинників для покращення психоемоційного стану і адаптаційних властивостей осіб дорослого віку із РДУГ є чинник підтримки і взаєморозуміння соціуму. Як модель соціуму виступає група підтримки, у якій учасники можуть поділитися своїми думками, проблемами, відчути підтримку і разом знайти способи подолання труднощів.

Для розвитку адаптаційних ресурсів в осіб дорослого віку із РДУГ було розроблено психокорекційну програму. При розробці програми було враховано принципи групової роботи. Для перевірки цієї гіпотези було вирішено провести формувальний експеримент, який полягав у проведенні груп підтримки для осіб дорослого віку із РДУГ.

Групи підтримки для дорослих людей із РДУГ проводилися 1 раз на тиждень 1,5 години протягом 8-ми тижнів. Критерієм відповідності для участі у групі було повноліття (18 років і більше) і наявність офіційно встановленого психіатром діагнозу РДУГ. Моніторинг психоемоційного стану перед початком роботи групи заповнили 16 учасників, після її закінчення – 15 учасників. Після проведення корекційної програми було проведено повторне дослідження. При остаточному аналізі показників дослідження було враховано результати опитувальників 15 осіб, які пройшли обидва етапи опитувань.

Завдання психокорекційної програми: ознайомлення з поняттям та ознаками РДУГ; розуміння симптомів РДУГ і розвиток навичок саморегуляції; розвиток навичок організації та прогнозування своєї поведінки; оволодіння навичками планування часу, дотримання планів і фінансової дисципліни; самопізнання і опрацювання своїх складнощів; усвідомлення своїх проблем в організації повсякденної діяльності і спілкуванні з оточуючими; формування вміння спілкуватися з оточуючими; розвиток емоційної стійкості; подолання прокрастинації; розвиток вмотивованості та цілеспрямованості.

Психокорекційну програму було розділено на 3 блоки. Проблеми дорослих людей із РДУГ проявляються не лише у взаємодії з оточуючими людьми, а і у повсякденному функціонуванні. Тому перший блок був «Психоедукація», другий блок «Навички самоорганізації», третій блок «Самопізнання». Отримані дані засвідчують, що після формувального експерименту відбулося суттєве покращення практично всіх аспектів психоемоційного стану і деяких аспектів адаптації дорослих осіб з РДУГ.

Результати повторного дослідження Шкали депресії PHQ-9 представлено в таблиці 1.

Детальний аналіз результатів опитування до моменту початку участі у групі і після її завершення кожного учасника засвідчив, що 12 із 15 учасників (80%) продемонстрували значне покращення психічного стану в контексті депресивного розладу (зменшення важкості депресії на 2–12 балів за Шкалою депресії PHQ-9).

Також значним є покращення у суб'єктивній оцінці людиною впливу депресії на своє щоденне функціонування (запитання в опитувальнику «Якщо Ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для Вас виконання Вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?»). Зменшення впливу депресії продемонстрували 9 із 15 учасників (60%).

Важливо зазначити, що позитивна динаміка в учасників підтримки осіб дорослого віку із РДУГ спостерігалася навіть попри надзвичайно важку ситуацію війни в Україні, яка справляла щоденний негативний вплив на кожного з них.

Результати повторного дослідження за Шкалою тривоги GAD-7 представлено в таблиці 2.

Детальний аналіз результатів показав, що 12 із 15 учасників (80%), які заповнили опитувальники до моменту початку участі у групі і після її завершення, продемонстрували значне покращення психоемоційного стану в контексті тривоги (зменшення важкості тривоги на 1–11 балів за Шкалою тривоги GAD-7).

Результати повторного опитування за Шкалою оцінки впливу травматичної події ШОВТП (Impact of even scale – Revised, IES-R) після завершення участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ продемонстрували покращення психоемоційного стану багатьох учасників.

Результати детального аналізу отриманих результатів за Шкалою робочої та соціальної адаптації (W&SAS) до моменту участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і по її завершенню показали, що динаміка покращення є, але не по всіх показниках адаптації. Очевидно, що для покращення результатів в учасників по всіх показниках адаптації необхідно набагато більше часу участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ. Слід зазначити, що адаптація – це складне явище, яке детермінується багатьма показниками. У зв'язку з війною в Україні учасники групи знаходилися у щоденному стресі та стані невизначеності, що справляло негативний вплив на їхній психологічний стан і показники адаптації в тому числі.

Найінформативнішим результатом проведеної роботи були показники динаміки психоемоційного стану учасників. Моніторинг психоемоційного стану учасників груп

Таблиця 1

Результати порівняння за Шкалою депресії PHQ-9 у опитаних до моменту участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і після її завершення

Ступінь важкості	До початку участі у групі підтримки		Після завершення участі у групі підтримки		Різниця, осіб
	Кількість осіб	Частка в %	Кількість осіб	%	
Мінімальні депресивні прояви	3	20%	8	53%	+5
Легка депресія	6	40%	3	20%	-3
Депресія середнього ступеня важкості	3	20%	4	27%	+1
Важка депресія	3	20%	-	-	-3

Таблиця 2

Результати порівняння за Шкалою тривоги GAD-7 у опитаних до початку їх участі у групах підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і після її завершення

Ступінь важкості	До початку участі у групі підтримки		Після завершення участі у групі підтримки		Різниця, осіб
	Кількість осіб	Частка в %	Кількість осіб	Частка в %	
Мінімальна тривога	1	6,7%	9	60%	+8
Легка тривога	8	53,3%	4	26,7%	-4
Помірне занепокоєння	5	33,3%	2	13,3%	-3
Сильна тривога	1	6,7%	-	-	-1

містив кілька запитань, які були важливими з точки зору розуміння їхнього психоемоційного стану. Для цього учасникам до початку участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і після її завершення були задані наступні запитання:

1. Чи відчуваєте Ви зараз сильний відчай?

До моменту початку участі у групі підтримки з 15 учасників 5 осіб (33,3%) відповіли «Так», 10 осіб (67,7%) – «Ні».

Після завершення участі з 15 учасників 1 особа (6,7%) відповіла «Так», 14 осіб (93,3%) – «Ні» (див. рисунок 1).

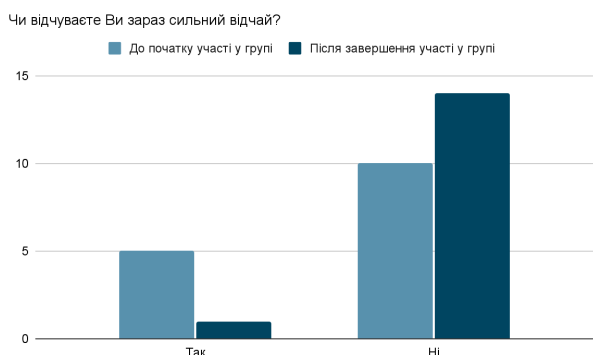


Рис. 1. Відчуття сильного відчаю в учасників до початку участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і після її завершення

2. Чи був у Вас план щодо самоушкодження / самогубства впродовж останнього місяця?

До моменту початку участі у групі підтримки з 15 учасників – 1 особа (6,67%) відповіла «Так», 14 осіб (93,33%) – «Ні».

Після завершення участі з 15 учасників 15 осіб (100%) відповіли «Ні» (див. рисунок 2).



Рис. 2. План самоушкодження / самогубства впродовж останнього місяця в учасників до початку участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і після її завершення

3. Протягом останніх двох тижнів як часто Вас турбували думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду, де 0 – зовсім не турбували; 1 – декілька днів; 2 – більше половини часу; 3 – майже щодня.

До моменту початку участі у групі підтримки з 15 учасників – 10 осіб (66,67%) відповіли «Зовсім не турбували», 4 особи (26,67%) – «Декілька днів», 1 особа (6,66%) – «Більше половини часу».

Після завершення участі з 15 учасників – 12 осіб (80%) відповіли «Зовсім не турбували», 3 особи (20%) – «Декілька днів» (рисунок 3).

Чи були у Вас думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

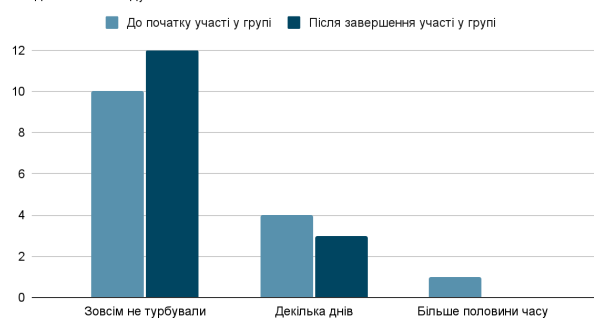


Рис. 3. Думки про самогубство впродовж останніх двох тижнів в учасників до початку участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ і після її завершення

Висновки. Формувальний експеримент підтвердив гіпотезу про те, що одним з визначальних чинників для покращення психологічного стану і адаптаційних властивостей осіб дорослого віку із РДУГ є чинник підтримки і взаєморозуміння соціуму, моделлю якого є група підтримки осіб дорослого віку із РДУГ. Дана інтервенція була ефективною навіть під час активних бойових дій в Україні.

Опираючись на отримані дані, ми можемо констатувати, що внаслідок участі у групі підтримки осіб дорослого віку із РДУГ відбулося покращення практично всіх аспектів психоемоційного стану учасників, що дозволило стабілізувати стан більшості учасників. Ми можемо це пов'язати з безпосереднім досвідом участі у групі, а саме тим, що учасники мали можливість ділитися своїми переживаннями і отримувати взаєморозуміння та підтримку. Також дуже важливим було те, що кожен учасник групи підтримки мав РДУГ і переживав схожі проблеми, а отже, не було потреби у маскуванні, тобто підтриманні вигляду нормотипової людини, щоб уникнути сорому і стигми. Маскування є однією з причин підвищеної напруженості і тривожності дорослих осіб з РДУГ. З часом його стає важко підтримувати, воно заважає людям ділитися тим, ким вони є насправді.

Крім того, отримані при проходженні психокорекційної програми навички сприяли покращенню якості щоденного функціонування і, як наслідок, підвищенню самооцінки учасників.

Також у підсумковому моніторингу психоемоційного стану учасники груп підтримки осіб дорослого віку із РДУГ відповіли на запитання: «Як Ви вважаєте, чи змінилося б Ваше життя, якби Вам діагностували РДУГ у ранньому шкільному віці? На які саме аспекти Вашого життя це б мало вплив?». Всі учасники відповіли, що так, це мало би значний вплив на їхнє подальше життя, зокрема на: самооцінку, розуміння своїх сильних і слабких сторін, раннє навчання менеджменту навичок контролю часу і виконання завдань, покращення стосунків з іншими людьми за рахунок кращого розуміння і прийняття себе, вибір партнера, можливості бути щасливішим.

Завдяки опитуванню було з'ясовано, що всі учасники груп підтримки осіб дорослого віку із РДУГ довідалися про наявність цього розладу у них нещодавно (менше 1 року тому), а запідозрили його в себе випадково (більшість – після випадкового ознайомлення з інформацією про РДУГ в мережі Інтернет).

Практично всі учасники зазначили, що обізнаність шкільних вчителів в Україні про РДУГ у дітей допомогла б вчасно звернути на нього увагу батьків і сприяти його ранній діагностиці. Обізнаність вчителів також допомогла б у розумінні особливостей дитини із РДУГ у школі, врахуванні її потреб у навчальній програмі і поданні навчального матеріалу, а також у загальному покращенні відношення до такого учня і зі сторони вчителів, і зі сторони однокласників завдяки толерантності та відсутності булінгу.

Враховуючи вищевказане, поінформованість щодо РДУГ суспільства загалом і шкільних вчителів зокрема, значно спростить життя дітей із РДУГ і їхніх родин у подальшому. На сьогоднішній день для подолання симптомів РДУГ у дітей напрацьовано достатньо методик і психотерапевтичних програм. І в подальшому при дорослішанні ці діти з високою ймовірністю зможуть уникнути тих проблем, з якими стикаються дорослі із РДУГ.

Література:

1. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. № 1. С. 62–65.
2. Герасименко Л. О. Розлади адаптації та реакції на стрес. *НейроNews*. 2022. № 9–10(137). С. 18–20.
3. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Р. І. Ісаков. Психогенні психічні розлади: навч.-метод. посіб. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. С. 141.
4. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. /– К.: ВСВ «Медицина», 2023.
5. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А., Булахова Л. О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації. *Архів психіатрії* Т. 22, № 4 (87) 2016.

6. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. – К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017.
7. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. редакцією Чабана О. С., Хаустової О. О. – 3-тє видання, виправлене і доповнене. – К.: Видавничий дім Медкнига, 2021. С. 40–43, 70–72.
8. Пророк Н. В., Царенко Л. Г., Бойко С. Т. Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. *Грааль науки*. 2021. № 9. С. 373–381.
9. Самойлова О. В. Сучасні погляди на проблему розладів адаптації (огляд наукової літератури). *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 1(9). С. 32–37.
10. Скрипніков А. М., Гринь К. В., Мартиненко Я. П. Терапевтичні аспекти лікування посттравматичних стресових розладів та розладів адаптації *Архів психіатрії*. 2017. – Т. 23, № 1. С. 79. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2017_23_1_25 (дата звернення 20.03.2024).
11. Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS), Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Режим доступу: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%25D0%25A8%25D0%259A%25D0%2590%25D0%259B%25D0%2590-%25D0%25A0%25D0%259E%25D0%2591%25D0%259E%25D0%25A7%25D0%259E%25D0%2587-%25D0%25A2%25D0%2590-%25D0%25A1%25D0%259E%25D0%25A6%25D0%2586%25D0%2590%25D0%259B%25D0%25AC%25D0%259D%25D0%259E%25D0%2587-%25D0%2590%25D0%2594%25D0%2590%25D0%259F%25D0%25A2%25D0%2590%25D0%25A6%25D0%2586%25D0%2587.pdf&ved=2ahUKEwjJiYDPnaOFaxVBYEEAHc6KCM0QFnoECBIQAQ&usq=AOvVaw3JV8Jc6JvWruNigd6QZiQt> (дата звернення 20.03.2024).
12. Kozhyna H., Zelenska K., Kraskovska T., Kozhyn M. A comprehensive approach in the treatment of adaptation disorders. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2020. Vol. 28, issue 4(105). P. 34–39
13. Piaget J. Construction of reality in the child. Routledge & Kegan Paul; 1957. doi:10.4324/9781315009650
14. Selye Hans. The Story of the Adaptation Syndrome. Montreal: Acta; 1952. pp. 50–51.
15. Validation of a Swedish version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in patients with burns / Sveen J., Low A., Dyster-Aas J., Ekselius L., Willebrand M., Gerdin B. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 24, Issue 6, August 2010, Pages 618–622 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618510000836#preview-section-introduction> (дата звернення 01.12.2023).