

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**САМОПРИНИЖЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОР ДЕПРЕСИВНИХ
РОЗЛАДІВ У ЖІНОК З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І
ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Клінічна психологія з
основами психотерапії»)

Кістерська Ольга Леонідівна

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук, асистент
кафедри психодіагностики та клінічної
психології

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОПРИНИЖЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОРА РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З РДУГ.....	9
1.1. Понятійний апарат самоприниження у сучасній психології	9
1.2. Патопсихологічні та Нейропсихологічні особливості депресивних розладів у осіб з РДУГ.....	16
1.3. Зміст та структура самоприниження як предиктора розвитку депресивних розладів при РДУГ	28
Висновки до розділу 1.....	34
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОПРИНИЖЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК З РДУГ.....	37
2.1. Методологічні основи дослідження впливу самоприниження на депресивні розлади в осіб з РДУГ	37
2.2. Обґрунтування та опис психометричного інструментарію.....	43
2.3. Особливості вибірки дослідження.....	49
2.4. Дизайн дослідження.....	53
2.5. Методи статистичного аналізу	56
Висновки до розділу 2.....	56
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	58
3.1. Загальні тенденції у показниках самоприниження, депресії та РДУГ у респонденток.....	58
3.2. Вплив самоприниження та наявності РДУГ на рівень депресивних проявів: кореляційний та регресійний аналіз.....	65
3.3. Інтерпретація результатів статистичного аналізу.....	80
3.4. Рекомендації щодо роботи з самоприниженням для профілактики депресивних розладів	84
3.5. Переваги та обмеження дослідження.....	86
Висновки до розділу 3.....	88

ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93
ДОДАТКИ.....	102

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

APA - Американська психологічна асоціація

ASRS - Шкала самооцінки РДУГ у дорослих

BDI - шкала депресії Бека

BOLD - рівень кисню в крові

DMN - дефолтна нейронна мережа

DSM-V - Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів 5 видання

SDS - шкала Самоприниження

SN - мережа виявлення значущості

TPN - виконавча нейронна мережа

ВООЗ - Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

ВДР - великий депресивний розлад

ВФ - виконавчі функції

ДПТ - діалектично-поведінкова терапія

ЕЕГ - Електроенцефалографія

МКХ-11 - Міжнародна статистична класифікація хвороб 11 видання

МРО - межовий розлад особистості

РАС - розлад аутистичного спектру

РДУГ - розлад дефіциту уваги і гіперактивності

СІЗЗС - антидеприсанти класу селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну

фМРТ - функціональна магнітно-резонансна томографія

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Багато сучасних теоретико-емпіричних досліджень психологів, нейробіологів та психіатрів розкривають актуальні знахідки щодо поведінкових особливостей, генетичних ризиків та структури мозку у осіб з депресивними розладами та розладом дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) (Felipe Rici Azarias, Mads L Pedersen, Jacqueline F. Saad, Kristi R. Griffiths, Samantha J. Broyd, Kerstin Konrad, T. Wise, J. Paul Hamilton, Tina Chou). Такі дослідження свідчать про наявність тенденцій, які вказують на деякі спільні нейробіологічні механізми активності дефолтної нейронної мережі (DMN) в обох розладах. РДУГ супроводжується зміненими моделями взаємозв'язків у DMN, що, ймовірно, пов'язано з нетиповим антагонізмом між DMN та виконавчою мережею (Task-positive network, TPN). Зокрема, це може бути основою патофізіології даного розладу, що, найімовірніше, пов'язане з неуважністю, порушеннями в робочій пам'яті та мінливістю у виконанні завдань. З іншого боку, у пацієнтів із депресією спостерігається посилення зв'язків між ділянками DMN, які впливають на появу румінації та самокритичних думок, властивим депресії. Це корелює з тяжкістю депресивних симптомів, зокрема з ангедонією та відчуттям безнадії. Подібні результати свідчать про те, що порушення DMN пов'язані з різними аспектами депресії та сприяють неоднорідності симптомів, які спостерігаються у цій категорії розладів. У осіб із депресією спостерігається відмінність у роботі DMN не лише у стані спокою, а й під час виконання певних завдань. Тому, ці дані можуть бути використані для раннього виявлення субклінічних депресивних станів при РДУГ шляхом ідентифікації самоприпинення.

Самоприпинення мало досліджене явище у психології, хоча воно присутнє як у здорових людей (І. Сантос, К. Піментель, Т. Маріано), так і при різноманітних психічних розладах, та має багато спільного з такими симптомами депресії, як румінація та аутоагресія. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю дослідження механізмів та чинників коморбідності РДУГ і депресивних розладів з метою превенції та психологічної допомоги.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично визначити вплив самоприпинення на виникнення депресивних розладів у жінок з РДУГ.

Завдання:

1. Теоретично проаналізувати основні підходи до поняття самоприпинення у сучасній психології, з'ясувати основні тенденції та особливості депресивних розладів у осіб з РДУГ.
2. Визначити зміст та структуру самоприпинення як предиктора депресії у жінок з РДУГ.
3. Встановити рівень вираженості самоприпинення та депресивних симптомів досліджуваних.
4. Проаналізувати вплив самоприпинення на появу симптомів депресії у жінок при РДУГ.
5. Розробити рекомендації для психологічного супроводу жінок з РДУГ, які мають депресивні розлади.

Об'єкт: самоприпинення як психологічний феномен

Предмет: самоприпинення, як предиктор депресивних розладів у жінок з РДУГ

Методи дослідження:

1. Теоретичні методи: в кваліфікаційній дипломній роботі застосовувалися такі наукові методи, як аналіз, синтез порівняння, і узагальнення наукових джерел, екстраполяція.
2. Емпіричні методи: була складена анкета для збору соціально-демографічних даних, для визначення рівня самоприпинення використовувалася шкала самоприпинення SDS, опитувальник депресії Бека BDI для визначення рівнів депресії, а також Шкали самооцінки РДУГ у дорослих ASRS-v.1.1.
3. Методи математично-статистичного аналізу: аналіз частот, коефіцієнт альфа Кронбаха, описові статистики (середнє, медіана, мода, стандартне відхилення, розмах, мінімум та максимум), тести нормальності розподілу Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка, тест Левена, тест

порівняння двох незалежних вибірок Велча, однофакторний дисперсійний аналіз One-Way ANOVA, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, лінійний множинний регресійний аналіз. Весь статистичний аналіз був виконаний за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics (версія 21).

Дослідницька вибірка:

За допомогою анонімного онлайн-опитування на платформі Google Forms, з 01.02.2026 до 01.04.2026, було залучено 113 учасників. Цільовою віковою категорією були дорослі жінки віком 18 - 60 років і більшість респонденток належали до групи 18 - 24 років. Більшість з досліджуваних мають постійну роботу з повною зайнятістю та не мають досвіду лікування ментального здоров'я. Майже половина респонденток, на момент проходження опитування, мала додаткові діагностовані психічні розлади, окрім РДУГ.

Наукова новизна одержаних результатів

Наукова новизна здобутих результатів полягає у поглибленні розуміння поняття явища самоприниження та його впливу на появу депресивних розладів у жінок, які мають РДУГ та жінок без діагностованого розладу. У цьому дослідженні самоприниження всебічно розглянуто як психологічний предиктор депресії в контексті РДУГ. Крім того, уточнено роль супутніх психічних розладів та досвіду лікування ментального здоров'я у структурі досліджуваних психологічних взаємозв'язків, розширивши уявлення щодо факторів, які сприяють розвитку депресивних проявів у жінок із РДУГ та в загальній популяції.

Практичне значення одержаних результатів.

Результати цього дослідження мають практичне значення для створення програм психологічної підтримки жінок з РДУГ та депресивними розладами. Емпірично підтверджено роль самоприниження як стабільного предиктора депресивних проявів, незалежно від тяжкості симптомів РДУГ, наявності супутніх психічних розладів або попереднього досвіду лікування ментального

здоров'я. Цей встановлений зв'язок дозволяє розглядати стійке негативне відношення до себе як важливий психологічний чинник психологічної дезадаптації. Результати дослідження можуть бути використані в індивідуальному консультуванні, психотерапевтичній роботі та для розробки шкал та методів раннього скринінгу депресивних станів. Практичне застосування також включає використання інтервенцій та методик, спрямованих на зниження рівня самоприпинення у програми профілактики та психологічної підтримки.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів: забезпечена методологічно-теоретичним підґрунтям дослідження, використанням валідних та надійних психометричних інструментів. Під час емпіричної частини використовувалися стандартизовані анкети та шкали, які пройшли перевірку в міжнародних та українських дослідженнях, які мають високі показники валідності та внутрішньої узгодженості. Варіативність вибірки відповідає завданням та цілям дослідження, а для статистичного аналізу даних використовувалися сучасні методи кількісного аналізу.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається з вступу, трьох розділів, висновки до кожного з них, загальних висновків щодо дослідження, списку використаних джерел з 87 найменувань, серед яких 62 іноземною мовою, 4 додатків, 13 таблиць і 12 рисунків. Основна частина роботи має об'єм у 92 сторінок, а загальний обсяг роботи становить 111 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОПРИНИЖЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОРА РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З РДУГ

1.1 Понятійний апарат самоприниження у сучасній психології.

Самоприниження - це мало досліджене поняття в психології і зазвичай розглядається лише як протилежність самооцінки. Однак у літературі все частіше висвітлюється його взаємозв'язок із психічним здоров'ям та загальним благополуччям.

У словнику самоприниження характеризується як знецінення власних якостей та здібностей [74]. Згідно з визначенням від Американської психологічної асоціації (АРА) самоприниження це індивідуальна властивість людини до власного знецінення, незалежно від її реальних обставин, яка може бути пов'язана з депресивними розладами. Нещодавно *Szczęśniak et al. (2021)* підтримали дану концепцію в своєму дослідженні та описали самоприниження як негативну самооцінку, згідно з якою, особа впевнена у власній некомпетентності та применшує власні здібності.

У цих визначеннях присутня певна особливість: самоприниження вважається індивідуальним явищем, яке, здається, пов'язане з самооцінкою та судженнями щодо власних досягнень [74]. Крім того, самоприниження асоціюється з депресивним симптомокомплексом і може бути однією з форм поведінки, що проявляється у суб'єктів з діагностованими депресивними розладами. Незважаючи на зв'язок із самоідентифікацією та шкодою для психічного здоров'я, на які вказують попередні концепції, самоприниження рідко згадується в психології і не має чіткого визначення у науковій літературі. У своєму дослідженні *Silva Santos, I. L., Pimentel (2022)* намагалися більш чітко окреслити визначення даного явища.

Отже, щоб розпочати повноцінний розбір цього поняття, з огляду на відсутність бібліографії пов'язаною виключно з цією проблематикою,

необхідно ввести два терміни, які дозволять краще зрозуміти самоприниження: самооцінка (галузь, в якій самоприниження почали обговорювати більш послідовно) та злякисна самооцінка (сучасний феномен у галузі психології особистості, що пов'язує спосіб оцінки власної особистості з психопатологічними розладами) [74]. Самооцінка - це суб'єктивна оцінка, яку індивід надає своїй цінності як особистості. Браун (1993) у цьому визначенні наголошує саме на афективний аспект, а не на когнітивний. Це означає, що висока або низька самооцінка більше пов'язана з емоційним ставленням щодо себе, ніж з раціональним розумінням позитивних або негативних характеристик людини. Такий підхід дозволяє прогнозувати інші психосоціальні аспекти.

Однак, розглядати самоприниження лише як низьку самооцінку, недостатньо для того, щоб пояснити такий складний феномен. Оуенс (1994) вже висловлював думку про те, що самооцінка може мати два аспекти: позитивний, який традиційно вважається самооцінкою, та негативний, самоприниження, яке визначається ступенем того, наскільки людина критично та негативно ставиться до власної цінності та здібностей. У своєму дослідженні, з урахуванням розподілу позитивних і негативних аспектів самооцінки, автор зміг виявити більш тонкі відмінності в результатах.

Крім того, феномен злякисної самооцінки з'явився у більш сучасних дослідженнях як альтернативний погляд на особливості групи розладів особистості, які не увійшли до п'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V). Це депресивний, мазохістський, самозневажливий та вразливий нарцисичний розлади особистості [74]. Тож, злякисна самооцінка – це набір спільних характеристик, особистісний конструкт, який, швидше за все, проявляється у людей, які страждають від раніше згаданих розладів. До злякисної самооцінки входять загострений перфекціонізм та самокритика, висока потреба в схваленні та визнанні, постійне почуття провини та сорому, відчуття власної неадекватності, схильність до розвитку депресивних станів, труднощі у

підтримці здорової самооцінки, чутливість до зовнішньої критики та нездатність контролювати злість чи гнів [74].

До того ж, зазначеним вище розладам, притаманна погана емоційні регуляції та труднощі у підтримці стабільних та змістовних стосунків, що спричинено проблемним сприйняттям власної цінності. Huprich & Nelson (2014) виявили високу негативну кореляцію ($r = -0,64$) між зляканою самооцінкою та шкалою самооцінки Розенберга (1989). В свою чергу, на відміну від самооцінки, злякана самооцінка виходить далеко за межі афективних аспектів. Таким чином, внесок Huprich (2014) у розуміння самоприниження полягає у запропонованій низці характеристик, які можна пов'язати з цією темою, особливо схильність до депресивної симптоматики, відчуття неповноцінності та відсутність почуття задоволеності собою.

Самоприниження можна також визначити як ставлення (оцінку, яка складається з афективних, когнітивних аспектів та намірів у поведінці), що характеризується:

- афективно - негативними почуттями до себе (асpekt, який доволі наближений до «негативної» версії самооцінки);
- когнітивно - як набір переконань про свою нездатність, сприйняття людиною себе як непотрібну, нікчемну або не підготовлену до повсякденної діяльності;
- поведінково - уникненням успіху, прокрастинацією, нездатністю прийняти та визнати свої успіхи.

Тому, на відміну від самооцінки, самоприниження не зосереджується виключно на афективному компоненті, а поширюється на когнітивні та поведінкові моделі. Воно також відрізняється від зляканої самооцінки, оскільки це субклінічне ставлення до себе і зовсім не обов'язково пов'язане з психопатологічними розладами. [74]

Загалом, самоприниження можна окреслити як субклінічний набір переконань, поведінки та думок, заснованих на впевненості індивіда у власній некомпетентності та неадекватності, який зазвичай відокремлений і не має

жодного стосунку до реальності. Самоприниження, з наведених вище визначень, можна розглядати як стан за крок до повноцінної ненависті до себе. Самоненависть є головною передумовою для самоспрямованої пасивно-агресивної, аутоагресивної поведінки, що проявляється як деструктивні дії, такі як самоушкодження, самопокарання або самоприниження. У цьому сенсі самоприниження є однією з багатьох складових аутоагресії, але оскільки воно не обов'язково означає самоненависть, а лише самосприйняття себе як «зламаного», що може призвести до підсвідомого самосаботажу, але не до навмисних дій проти власного благополуччя.

В цілому, самоприниження виникає завдяки взаємодії кількох емоційних та соціальних факторів. Більшість з них полягають саме у вихованні та оточенні, адже дитина народжується без будь-якого ставлення до себе чи навколишнього середовища. Психіка починає розвиватись у дитинстві, тому батьки, вчителі, друзі, родичі, фільми, серіали, засоби масової інформації, соціальні мережі, книги й музика – все це впливає на формування подальшого світогляду, життєвих цінностей, самооцінки та самосприйняття. Наразі, чимало стилів виховання центровані саме на таких емоціях, як сором та провина. Вони зазвичай використовуються аби навчити дитину моральним, соціальним чи сімейним стандартам поведінки та взаємодії з оточенням.

Ці емоції виникають, коли людина усвідомлює невідповідність між власною поведінкою, зовнішністю, думками та діями вищезазначеним стандартам, яким, на її думку, вона повинна відповідати. Коли з'являються сором та провина, особливо в ситуаціях, де людина піддається критиці, вони поступово формують внутрішні моделі самооцінки. Якщо критика спрямовується саме на особистісні риси чи здібності, а не на конкретні дії чи вчинки, то можливість засвоєння отриманого відгуку в самооцінку дуже висока. З часом, поєднання сорому, провини та інтерналізованої критики здатне перетворювати будь-який зовнішній негативний зворотній зв'язок на постійні самокритичні думки. Тому інтерпретація власних помилок чи недоліків далі використовується як доказ особистої некомпетентності. Ці

емоційні переживання та соціальний вплив формують психологічну основу, на якій розвивається самоприниження, відповідні переконання та ставлення.

Сором - це негативний емоційний стан, який викликаний невідповідністю власних думок, вчинків, поведінки чи вигляду загальноприйнятим моральним та етичним нормам, очікуванням оточуючих, а також власним уявленням про належну поведінку чи зовнішність.

Загалом, дослідники схиляються до думки, що сором не є базовою емоцією і належить до групи так званих емоцій самосвідомості, разом з такими емоціями як: гордість, провина, присоромлення та заздрість [11]. Загалом, дослідники схиляються до думки, що сором не є базовою емоцією і належить до групи так званих емоцій самосвідомості, разом з такими емоціями як: гордість, провина, ніяковість та заздрість [27]. Емоції самосвідомості зумовлені здатністю людини позитивно чи негативно оцінювати себе. В такому випадку, сором, провина, заздрість та ніяковість виникають внаслідок негативної оцінки, яка стосується власного «я» або пов'язаних з ним аспектів. З іншого боку, гордість виникає тоді, коли отримане судження було позитивним.

Емоції самосвідомості, зокрема сором, набуті з життєвим досвідом. Їх формування починається в дитинстві і супроводжується розвитком емоційного інтелекту, здатності встановлювати емоційні зв'язки, вміння висловлювати власні емоції та розуміти чужі. Крім того, важливу роль відіграє розвиток соціального інтелекту, зокрема здатності передбачати наслідки поведінки людей та розрізняти реакції залежно від обставин. Чималий вплив на появу емоцій самосвідомості мають ще засвоєні уявлення про мораль, норми, внутрішні ідеали та здібність розуміти їх й запам'ятовувати, як і вміння оцінювати власні дії та поведінку відповідно до них, а також здатність робити висновки щодо власної відповідальності за успіхи чи невдачі [68].

Почуття сорому виникає внаслідок соціальної взаємодії. Сутність сорому двояка і має суто соціальний характер. З одного боку, це суб'єктивне переживання, зосереджене на власній недосконалості та неадекватності. З

іншого, сором завжди соціальна реакція, пов'язана з думкою оточуючих. Тобто, сором полягає у тому, що людина сприймає себе як недосконалу в очах інших людей [63]. Сором може бути шкідливим, а також й причиною психологічних травм. Він підвищує рівень гормонів стресу і з часом погіршує пам'ять та виконавчі функції. Сором імітує відчуття жорсткого осуду з боку оточення, ніби весь світ стежить за кожним кроком цієї людини.

Інша емоція самосвідомості провина, яка впливає на розвиток самоприниження, теж має чимало підходів до розуміння [14]. Вважається, що почуття провини виникає, коли людина відчуває відповідальність за порушений зв'язок, і, як наслідок, прагне до самопокарання (Ф. Перлз). Його також можна охарактеризувати, як:

- суб'єктивний стан дистресу, що сприймається як «тривожна зіпсованість» (І. Ялом);
- поява емоційного досвіду, викликаного переконанням або усвідомленням, незалежно від реальності, що людина порушила власні стандарти поведінки або суспільні моральні норми і тепер відчувається відповідальною за це порушення;
- розуміння своїх помилок, а також того, що власні дії є неприйнятними (Академічний тлумачний словник);
- сприйняття свого вчинку або поведінки як небажаних, не втрачаючи самоповаги;
- каяття або смуток щодо вчинку скоєного в минулому, коли людина вважає, що заподіяла шкоду або порушила особисті моральні принципи (Марк Вінвуд).

З огляду на ці визначення слід зазначити, що провина має більш складний емоційний характер, оскільки вона прищеплюється ще з дитинства, а також може бути несвідомою, невротичною чи хронічною. У зв'язку з цим, наведені вище визначення цього явища лише приблизно відповідають його властивостям.

Водночас нерідко зустрічається суміщення понять провини та сорому в різних публікаціях. Проте провинна, як правило, пов'язана з конкретними діями, вчинками чи намірами індивідуума. Натомість сором стосується людини в цілому, тобто її особистості та самосвідомості [14]. Саме оцінка особою чи іншими її власних дій та бездіяльності створює підґрунтя для почуття провини, ірраціонального чи обґрунтованого. Оцінка власних дій чи бездіяльності як «недобрих», «недосконалих», «поганих» та «дуже поганих» і викликає провину.

Відчуття провини вважається нормальним і корисним явищем в соціумі, оскільки воно спонукає людину виправити свої помилки, компенсувати завдану шкоду та налагодити ситуацію. Але саме всеохопність є головною небезпекою ірраціонального почуття провини. Зазвичай провину перед іншою людиною можна подолати (вибачившись або виправивши ситуацію тим чи іншим способом), натомість ірраціональне почуття перешкоджає нормальному життю та саморозвитку [51]. Через деякий час такий стан психіки сприятиме розвитку тривожних та депресивних розладів. Хронічне або постійне почуття провини також може бути причиною ще таких розладів, як: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), дисфорія, а також розладів харчової поведінки.

Окрім емоцій самосвідомості, на самоприпинення чималий вплив також має критика. Під критикою мається на увазі негативний відгук, з метою оцінювання, що виникає під час соціальних взаємодій [23]. Критика спрямована або на риси чи здібності особи, або на процес чи стратегії, які вона використовує для досягнення мети [23]. Подібно до хвали, критика може бути позитивним втручанням, що сприяє підвищенню мотивації та спонукає адаптувати поведінку для подальшого здобуття успіху [22]. Однак залежно від того, як саме висловлюється критика, вона може мати як позитивний, так і негативний ефект. Критика, спрямована на особу, а не на її стратегії, з більшою ймовірністю повпливає на рівень умовної самооцінки та призведе до моделей поведінки з підвищеними негативними емоціями, спробами уникнути

майбутньої критики та ймовірністю знецінення здібностей та інтелекту через негативні самоуявлення [23]. Проте саме цей тип деструктивної критики люди найчастіше сприймають [23]. Сприйнята критика відповідає кількості критики, яка «доходить до адресата» [22]. Високий рівень сприйнятої критики пов'язаний із рецидивами депресії та тривожності, а також із зниженою самооцінкою [22].

1.2 Патопсихологічні та нейропсихологічні особливості депресивних розладів у осіб з РДУГ

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) - нейророзвитковий розлад, характерний симптомами неуважності, гіперактивності та імпульсивності, які не відповідають віковим нормам розвитку та обмежують повсякденну життєдіяльність [18]. У більшості випадків симптоми з'являються в дитинстві і продовжують впливати на людину вже в дорослому віці.

Розрізняють три підтипи РДУГ: переважно неуважний, переважно гіперактивно-імпульсивний та комбінований - вони відрізняються за вираженістю та поєднанням симптомів [18]. У більшості випадків, етіологія РДУГ полягає у сукупності генетичних та екзогенних факторів ризику.

Зазвичай РДУГ характерний проявом симптомів неуважності та гіперактивності. Однак деякі моделі розладу вказують на те, що симптоми доцільніше класифікувати за принципом «зверху вниз», а саме через опис порушень в роботі виконавчих функцій. Наприклад, відхилення виконавчих функцій можуть викликати труднощі з саморегуляцією, проявом яких є труднощі з концентрацією уваги (розсіяність або гіперфокус), труднощі з регуляцією емоцій та з гальмуванням імпульсивної поведінки. Симптоми порушень саморегуляції виглядають як виражена гіперактивність, але й можуть проявлятися у вигляді прискореного мислення або відчуття внутрішнього неспокою.

РДУГ є найпоширенішим розладом нейророзвитку і, ймовірно, найбільш суперечливим. Він вважається складною генетичною ознакою через відсутність чіткої межі між клінічно значущим та субклінічним станом. Крім того, високи рівні коморбідності з іншими розладами переконливо вказують на складні епістатичні або плейотропні впливи, що діють разом з факторами навколишнього середовища. Це означає, що один і той самий ген або гени пов'язані з різними фенотипами, які спостерігаються одночасно.

У дослідженнях, присвячених людям із РДУГ, зазвичай використовуються визначення, засновані на DSM-V та/або МКХ-11. Згідно з цими діагностичними стандартами, розлад діагностується у осіб, які відповідають певній кількості критеріїв, що визначаються за допомогою надійних та валідних психіатричних інструментів. Однак численні дані свідчать про те, що зв'язок між генними маркерами ризику та симптомами РДУГ, ймовірно, є багатофакторним, тобто один і той самий ген або гени можуть бути пов'язані з різними та одночасними фенотипами. Аналогічно, кілька досліджень вказують на те, що РДУГ є одним із крайніх проявів нормальної поведінки.

Традиційні моделі тлумачать його як патологічний розлад, спричинений порушенням діяльності функцій мозку, що зумовлює недостатнє вивільнення таких нейромедіаторів, як серотонін, дофамін та норадреналін, тоді як еволюційна психологія розглядає симптоми РДУГ як адаптацію, яка була корисною в первісну епоху, проте стала недоцільною в сучасних умовах.

Еволюційна психологія аналізує поведінкові та когнітивні риси людини як наслідок природного відбору, що сприяв виживанню пращурів. У межах цього підходу симптоми РДУГ розглядаються як еволюційна невідповідність, тобто поведінкові адаптації, які приносили користь у певних обставинах, але стали недоречними внаслідок кардинальних змін у способі життя людини [31]. Однак не всі симптоми РДУГ можна пояснити як еволюційну адаптацію. Наприклад, виражена імпульсивність часто зумовлює ризиковану поведінку, що навіть у первісну добу могла мати негативні наслідки, такі як хвороби,

поранення та смерть. По-друге, сучасне суспільство настільки різноманітне, що відповідність певних рис може залежати від конкретного культурного контексту. Тому досі важко повністю обґрунтувати або пояснити всі симптоми, що спостерігаються при РДУГ. Проте еволюційна психологія пропонує корисний інструмент для переосмислення РДУГ, дестигматизації цього розладу та визнання нейрорізноманіття як невід'ємної частини людської природи. Це також підтверджується більш сучасним підходом до класифікації та поділу даного розладу за ступенями вираженості на: симптоматичний, фенотиповий та клінічний.

Статеві відмінності у показниках поширеності РДУГ, згідно з опублікованими даними, вказують на те, що поширеність РДУГ серед хлопчиків у 2-9 разів вища, ніж серед дівчаток, у клінічних вибірках, та у 2-3 рази вища в епідеміологічних [65]. Ці дані відповідають тенденціям, які спостерігаються у європейських країнах, де розповсюдженість РДУГ серед хлопчиків у 3-16 разів вища, ніж серед дівчаток [65]. Превалентність РДУГ у дорослому віці, схоже, більш співставна між статями, ніж у дитячому, хоча у чоловіків у 2 рази вищий рівень порівняно з жінками (5,4% проти 3,2% відповідно) проте жінки, як правило, старші за чоловіків на момент діагностики [65]. Попри відмінності у частоті діагностики, поширеність медикаментозного втручання нижча серед дівчат та жінок порівняно з хлопцями та чоловіками. Проте подібні показники, скоріш за все пов'язані з вищими рівнями маскування та помилок при діагностиці РДУГ у жінок, адже більшість діагностичних критеріїв були побудовані на симптомах, які найчастіше зустрічаються у чоловіків.

З огляду на зафіксоване зростання кількості виявлених випадків РДУГ серед дорослих жінок, у кількох нещодавніх дослідженнях було вивчено особливості впливу розладу на жінок та дівчат. Дослідження показали, що жінки з РДУГ, порівняно з чоловіками, з більшою ймовірністю отримують діагноз із запізненням та зазнають низки негативних наслідків, пов'язаних з цим діагнозом [21]. Наприклад, жінки з РДУГ мають підвищений ризик

розвитку різних психосоціальних та фізичних супутніх захворювань (Fuller-Thomson et al., 2016), включно з, але не обмежуючись, розладами настрою та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин (Hartman et al., 2023), порушення працездатності, підліткова вагітність, а також несуйцидальне самоушкодження та спроби самогубства [21]. Жінки, з пізнім діагнозом РДУГ, повідомляють про значні труднощі у всіх сферах життя, що впливає на їх фізичне, психологічний, соціальний, освітній та фінансовий добробут. Особливо слід відзначити негативний вплив недіагностованого РДУГ на самооцінку, причому деякі жінки повідомляють про симптоми пов'язані з травмою, такі як порушене самоусвідомлення, відсутність довіри до себе та інших, а також використання дезадаптивних копінг-стратегій [84].

Наразі, дослідження щодо РДУГ все ще зосереджена переважно на чоловіках, тоді як досліджень щодо жінок із РДУГ проводиться менше, незважаючи на зазначені вище дані, які свідчать про підвищений рівень психологічних проблем у дівчат та жінок із цим розладом. Через гендерний розрив у дослідженнях та досі поширене упередження, що жінки рідко мають РДУГ, медики схильні відкидати можливість діагностування РДУГ у дівчат, які звертаються на обстеження, а також можуть недооцінювати гендерні нюанси прояву симптомів. Оскільки у жінок з РДУГ, порівняно з чоловіками, менша ймовірність прояву зовнішніх та деструктивних моделей поведінки, фахівці можуть вважати, що розлад у них протікає у легкій формі. Як наслідок, втручання виявляються недостатніми, що призводить до ще гірших довгострокових наслідків для жінок з РДУГ.

Якісні дослідження та аналітичні звіти, присвячені вивченню досвіду жінок з РДУГ, виявили низку психосоціальних сфер, на які впливає цей діагноз [19]. До цих сфер належать впевненість у собі, самооцінка, емоційне благополуччя, регулювання емоцій, робота, кар'єра, інтимні стосунки та інші важливі взаємовідносини.

Низька самооцінка більш поширена серед жінок із РДУГ, ніж серед чоловіків або жінок-контрольної групи [65]. У демографічному дослідженні

дітей віком 10–11 років дівчата з РДУГ отримали нижчі бали, ніж хлопці, за підшкалами «психічне благополуччя», «стосунки з батьками» та «стосунки з іншими» за шкалою самооцінки «I Think I Am» [65]. В іншому дослідженні підлітків (віком 13-16 років) дівчата з РДУГ демонстрували нижчу самооцінку, ніж хлопці з тим же розладом та здорові контролі за «Шкалою депресії у дітей» [65]. Цікаво, що вищий рівень дефіциту виконавчих функцій у дівчат пов'язаний із більш низьким рівнем прийняття однолітками, що може додатково сприяти зниженню самооцінки. Низька самооцінка може зберігатися і після дитинства, а самооцінка серед дорослих з РДУГ нижча у жінок, ніж у чоловіків [65].

Багатьом людям з РДУГ, особливо жінкам, бракує почуття контролю, тому вони стають більш вразливими до психологічного дистресу та можуть відчувати меншу задоволеність життям [19]. Відчуття контролю невід'ємне для благополуччя та життєвої задоволеності, а також вважається захисним фактором для психічного здоров'я. Посилене відчуття контролю, на думку дослідників, зумовлює зниження рівня психологічного дистресу, депресії та тривоги [19].

Коморбідність з афективними розладами доволі поширена серед осіб з РДУГ, особливо серед жінок 8,9, і дані свідчать про те, що ці розлади зберігаються й у дорослому віці 15–17. Серед дівчат (віком 6–18 років) з РДУГ було зафіксовано значно вищі показники коморбідності протягом життя порівняно з групою здорових дівчат того ж віку: 17% проти 1% у випадку великого депресивного розладу та 34% проти 5% у випадку множинних (більше ніж 2) тривожних розладів.⁸ В 11-річному лонгітюдному дослідженні було виявлено, що жінки з РДУГ, який діагностували вже у дорослому віці, з більшою ймовірністю мали в анамнезі депресію та тривогу, ніж жінки без РДУГ.

Незалежно від того, чи ці супутні розлади не пов'язані з РДУГ, чи розвиваються внаслідок невчасно виявленого РДУГ, їх наявність може вплинути на діагноз РДУГ [65]. Пацієнтки, у яких переважають симптоми

неуважності, зазвичай повідомляють про низький рівень енергії, тому їм можуть поставити діагноз «дистимія» замість РДУГ, тоді як жінкам із комбінованими симптомами, що супроводжуються підвищеною енергійністю та імпульсивністю, можуть помилково поставити діагноз «біполярний розлад». В такому випадку лікування спрямоване саме на ці розлади, а РДУГ навіть не згадується. Загальнонаціональне опитування показало, що більше дівчат, ніж хлопців, приймали антидепресанти до початку лікування РДУГ (14% проти 5%), [65] що підкріплює думку про те, що фармакотерапія у жінок, як правило, орієнтована саме на стани, що не пов'язані з РДУГ.

Серед афективних розладів депресія/дистимія є одними із найпоширеніших супутніх розладів у людей із РДУГ. За результатами досліджень, поширеність депресії коливається від 18,6 % до 53,3 % [44]. Депресія - це негативний афективний стан, що варіюється від нездоволеності до крайнього почуття смутку, песимізму та зневіри, які заважають повсякденному життю. Зазвичай, одночасно спостерігаються різні фізичні, когнітивні та соціальні зміни, зокрема порушення харчових звичок або режиму сну, брак енергії чи мотивації, труднощі з концентрацією або прийняттям рішень, а також уникання соціальних контактів. Загалом, депресивні розлади притаманні будь-які порушення настрою, для яких найбільш характерними симптомами є смуток, відчуття порожнечі або дратівливість.

З когнітивної точки зору, під час депресії порушуються різні психічні функції: пам'ять, увага, виконавчі функції (ВФ), здатність до навчання, швидкість обробки інформації, мовні та психомоторні функції. Крім того, з когнітивними порушеннями під час депресії пов'язані структурні та функціональні зміни в мозку.

Аналогічно, у дослідженнях зазначається, що особи з коморбідним РДУГ та депресією мають високий рівень тягара захворювання, зокрема нижчу самооцінку якості життя, ніж пацієнти, які страждають лише на великий депресивний розлад (ВДР) [44]. Однак важливо врахувати, що депресивні симптоми можуть проявлятися як наслідок адаптації до зниженого гедонічного

тону при РДУГ, а не як ознака депресивного розладу, окремого від РДУГ. Згідно з результатами нещодавнього дослідження, у 28% осіб, направлених до спеціалізованої клініки для оцінки емоційного стану та тривожності, був виявлений недіагностований РДУГ [44]. Серед факторів, що мали значущу прогностичну цінність щодо невиявленого РДУГ, була кількість раніше прийнятих антидеприсантів класу селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) ($P < 0,03$). Цей факт не випадковий, оскільки серотонінергічні препарати самі по собі не сприяють покращенню симптомів РДУГ, які зазвичай реагують на катехоламінергічні засоби, такі як інгібітори зворотнього захоплення норадреналіну та дофаміну або психостимулятори. Суто серотонінергічна активність знижує рівні дофаміну та норадреналіну через вплив на інтернейрони 5-HT_{2C} та 5-HT_{2A} відповідно [44]. Водночас цей прояв може свідчити про зниження життєвого тону внаслідок РДУГ та подальшу появу таких симптомів, як ангедонія, проблем зі сном та дратівливість.

Однією з ключових ділянок мозку, яка здатна збільшувати ризик розвитку розладів психічного здоров'я, є так звана дефолтна мережа (Default Mode Network, DMN). Це ділянка мозку, яка активується у стані спокою та пов'язана з внутрішнім психічним станом, побудовою планів на майбутнє та виконанням завдань, орієнтованих на досягнення власних цілей. Вельми важливо, що вона пов'язана з прийняттям рішень на основі моральних увірувань та уявними конструкціями гіпотетичних подій, тобто з важливим мисленням у форматі «а що, якби», а також із відчуттям суб'єктності чи відчуттям «я» та усвідомленням того, що саме з нас починаються всі зміни [21]. До різних відчуттів «я», пов'язаних із цим, належать суб'єктивне відчуття «я», а також наративне «я», тобто історія про самого себе.

У 2001 році вчений Маркус Райчл, доктор медичних наук, помітив, що коли мозок не був задіяний у виконанні завдання, розмові чи іншій діяльності, які вимагали б концентрації уваги, певні ділянки мозку активізувалися, демонструючи підвищену метаболічну активність. Він виявив, що мозок «у

стані спокою», на відміну від часу, коли він зосереджений на певній задачі, більш активний Ці ділянки мозку він назвав «дефолтною мережею». До неї входять: медіальна префронтальна кора, задня поясна кора, гіпокамп, мигдалина, а також частини нижньої тім'яної частини. По суті, DMN це та частина мозку, яка пов'язана з соціально-емоційною його функцією і відповідає за самосвідомість як розповідь у часі.

Взаємодія між DMN та іншими мережами мозку, зокрема з мережею уваги та мережею виявлення значущості (Salience network, SN), регулює здатність людини відчувати та підтримувати позитивні емоційні стани, такі як задоволення [21]. Функціональні порушення в DMN пов'язують з афективними розладами, такими як депресія, тривожність [21], а також із такими станами, як РДУГ, шизофренія, розлад аутистичного спектру (РАС), і, згідно з деякими дослідженнями, із межовим розладом особистості теж. Ці порушення можуть бути зумовлені аномальними закономірностями в роботі дефолтної мережі, а також з її взаємодією з виконавчою мережею (Task-positive network, TPN), яка відповідає за взаємодію з зовнішнім середовищем, на відміну від внутрішнього. До того ж, SN відіграє вирішальну роль в розпізнаванні відповідних стимулів та обробці емоцій, виконуючи функцію перемикача між DMN та TPN [73]. Коли ідентифікується значущий стимул, SN деактивує DMN та активує TPN, забезпечуючи, щоб мозок надавав пріоритет необхідній інформації та ефективно регулював афективні стани [21]. По-перше, аномалії саме у цьому процесі часто пов'язані з дифункціями. По-друге, вони пов'язані зі зниженою функціональною сполученістю дефолтної мережі, а також з відмінностями між DMN і TPN щодо їх зворотнього зв'язку, оскільки вони часто чергуються, поки мозок дуже активно залучений у діяльність. Після завершення завдання мозок повертається до дефолтної мережі, але раптом щось відбувається, і він швидко вмикає TPN [21].

Загалом, дефолтна мережа працює як внутрішній монолог, як внутрішня історія, що звертається до самого себе. Вона відокремлена від навколишнього середовища, адже ігнорує зовнішні подразники і фокусується на внутрішньому

діалозі, який постійно точиться у свідомості. «Блукаючий розум», а саме DMN, вважається абсолютно нормальним, як і перехід від виконавчої мережі, зосередженої на виконанні завдань, до дефолтної. Але надмірна активність DMN спричиняє низку проблем, пов'язаних з психопатологіями.

Провідні дослідження вивчають взаємозв'язок між РДУГ та дефолтною мережею (DMN) з метою вивчення нейробіологічних основ цього розладу та ідентифікації можливих біомаркерів для діагностики та лікування [21]. В осіб з РДУГ часто спостерігаються дисфункції в роботі DMN, зокрема гіпоактивність у ділянках, пов'язаних із контролем уваги та регулюванням поведінки. Вони проявляються у вигляді мрійливості, труднощів із переключенням уваги між завданнями або нав'язливих думок. З іншого боку, при депресії дисфункція цих ділянок мозку часто пов'язана з румінацією та постійним згадуванням сумних або негативних моментів. Деякі експерти вважають, що наявність попередніх відмінностей у цій ділянці мозку може підвищувати ризик розвитку депресивних розладів у осіб з РДУГ.

Моделі регресії з використанням еластичної мережі Пуассона, перевірені методом перехресної валідації, що базуються на кореляціях як усередині мереж, так і між ними у стані спокою, а також на кількох відомих факторах ризику, таких як біологічна стать, соціально-економічний статус та наявність у батьків проблемного вживання алкоголю та наркотиків, показали:

- зв'язок між дефолтною мережею та дорсальною мережею уваги був єдиним, який мав значущу кореляцію з порушеннями уваги;
- зниження негативної кореляції між дефолтною мережею та дорсальною мережею уваги корелювало з посиленням порушень уваги у дітей

Дослідження DMN, за допомогою функціонально магнітно-резонансної томографії фМРТ, свідчать про порушення в її роботі як у дітей, так і у дорослих з РДУГ. РДУГ заважає швидко «вимкнути» DMN і «увімкнути» TRN. Як наслідок, люди з РДУГ довше залишаються в тому чи іншому психічному

стані, і щоб змінити цей стан потрібен більш потужний сенсорний стимул. Також, нездатність деактивувати або "перемкнути" DMN підсилюється під час виконання завдань, які вимагають більших когнітивних зусиль.

В одному дослідженні було виявлено високі загальні та субшкальні показники за шкалами SNAP-IV та SRS у підлітків із РДУГ. Автори дійшли висновку, що порушення соціального пізнання та комунікації, а також РДУГ можуть мати спільні особливості у вигляді аномалій функціональної сполученості в DMN, лобово-тім'яній та цингуло-оперкулярній мережі.

Інше дослідження виявило підвищену взаємодію між дефолтною та виконавчими мережами у людей з РДУГ порівняно з їхніми братами і сестрами без розладу, та контрольною групою. У братів та сестер без РДУГ було виявлено підвищену взаємодію всередині мережі виявлення значущості та знижену взаємодію між DMN та SN, на відміну від їх братів та сестер з РДУГ і контрольної групи.

Крім того, результати функціональної візуалізації у людей з РДУГ свідчать не тільки про відмінності в ділянках DMN порівняно з контрольною групою, а й про нормалізацію її функцій під час лікування стимуляторами (у даному випадку метилфенідатом). При РДУГ вищий внутрішній рівень мотивації щодо контролю уваги означає, що увага та її керованість настільки ж високі, як і в осіб без розладу, за умови відповідного високого (внутрішнього) інтересу, і відрізняються від осіб без розладу лише в разі нижчого (внутрішнього) інтересу. За цей процес відповідає дефолтна мережа і стимулятори здатні вирівняти контроль уваги у осіб з РДУГ до рівня здорових контролів, навіть за відсутності (внутрішнього) інтересу.

Таким чином, РДУГ, схоже, пов'язаний з аномальними послідовностями взаємозв'язків у дефолтній мережі, що, ймовірно, пов'язано з нетиповим антагонізмом між DMN та мережами, активними під час виконання завдань, і може бути основою патофізіології даного розладу. Зокрема, видозмінена активність DMN, вірогідно, пов'язана з нестабільністю уваги, порушеннями

робочої пам'яті та мінливістю результатів виконання завдань, властивими для РДУГ.

Натомість, взаємозв'язок між депресією та DMN досліджувався набагато ширше через його важливість для розуміння нейробіології депресивних розладів та розробки нових терапевтичних підходів [21]. Депресія пов'язана з різноманітними змінами в активності DMN, включно з гіперконнективністю між DMN та лімбічними ділянками, такими як задня поясна кора та гіпокамп. Подібні зміни можуть сприяти появі таких симптомів, як румінація, самокритика та повторювані негативні думки [21].

Дослідження з функціонально нейровізуалізацією, такі як фМРТ та електроенцефалографія (ЕЕГ), неодноразово виявляли зміни в активності та зв'язках DMN у пацієнтів із депресією [21]. Наприклад, нещодавній метааналіз продемонстрував гіперконнективність між регіонами DMN, такими як медіальна префронтальна кора та задня поясна кора, у пацієнтів з депресією. Така надмірна зв'язаність може бути причетна до появи румінації та самокритичних думок, що спостерігаються при депресії.

В ході досліджень розглядалося, як зміни в DMN пов'язані з певними симптомами депресії [21]. Наприклад, було виявлено, що підсилення зв'язків між ділянками DMN корелює з тяжкістю депресивного симптомокомплексу, зокрема з ангедонією та відчуттям безнадії. Ці дані свідчать про те, що певні дисфункції в DMN можуть бути пов'язані з різними аспектами депресії та сприяти гетерогенності проявів цієї групи розладів.

Відмінності у функціонуванні DMN у людей з депресією спостерігаються не тільки у стані спокою, але й під час виконання завдань. Водночас, у осіб із депресією також спостерігається значне послаблення активності в дорсомедіальній префронтальній корі, порівняно з контрольною групою, під час формування суджень щодо себе на основі негативних зображень. Ця закономірність результатів свідчить про те, що активність DMN безпосередньо пов'язана з упередженою обробкою негативної інформації в індивідів, які на даний момент мають клінічно значущі симптоми депресії.

Дослідники зосереджувалися насамперед на румінації, негативних та пасивних самозосереджених думках, як особливому виді когнітивних процесів, які, ймовірно, пов'язані з порушеннями в функціонуванні DMN. Румінація може слугувати предиктором появи депресивних епізодів та симптомів. Сполучення між ділянками DMN, задньою поясною корою та підкірковою поясною ділянкою мало позитивну кореляцію з тенденцією до румінації та журливого мислення серед осіб з депресією та здорових осіб контрольної групи. Румінація при депресивних розладах позитивно корелює зі сполученням між латеральною скроневою корою (LTC) та парагіпокампальною корою.

Загалом, у людини з депресією мозок зосереджується на внутрішньому монолозі, використовуючи інформацію з найрізноманітніших джерел, щоб його сформувати. До них належать спогади, плани та події, що не мають між собою жодного зв'язку. Проблема при депресивних розладах полягає в тому, щоб зменшити надмірну активність DMN, навіть під час звичайних когнітивних процесів. Тож коли людина виконує різноманітні завдання, які потребують когнітивних зусиль, а дефолтна мережа залишається активною, внутрішній діалог перетворюється на постійне джерело перешкод та дискомфорту.

Якщо людина опинилася в депресивному стані, їй може бути важко відволіктися від цього внутрішнього монологу. Тобто вона може зануритися в румінацію. В результаті, автобіографічна пам'ять стає досить дезорганізованою та спотворюється, тому що не може отримати зовнішнього зворотного зв'язку, і з часом наратив наповнюється роздумами про негативний внутрішній світ. Проблема полягає в тому, що під час депресії власний внутрішній світ стає для людини більш реальним, ніж зовнішній. Через це, в результаті румінації та надмірної зосередженості на негативних думках, DMN може сформувати у людини загальну негативну самооцінку.

1.3 Зміст та структура самоприниження як предиктора розвитку депресивних розладів при РДУГ

Загалом, самоприниження має багато спільних рис із такими явищами, як румінація та аутоагресія, які вважаються симптомами депресії. Хоча за своєю природою воно все ж залишається субклінічним феноменом, адже може траплятися навіть у здорових людей.

Зв'язок між аутоагресією та депресією можна пояснити за допомогою «моделі самоконтролю депресії» [71], яка ґрунтується на поведінковій моделі самоконтролю Канфера [71]. Згідно з цією моделлю, депресивні симптоми є наслідком дезадаптивного циклу зворотного зв'язку, що складається з дисфункціонального самоконтролю та спотвореної самооцінки. Самоконтроль охоплює спостереження за власною поведінкою (зокрема попередніми подіями та наслідками). При депресії цей процес, як правило, порушується, оскільки увага зосереджується лише на негативних подіях та короткострокових наслідках, тоді як потенційні позитивні ефекти в майбутньому ігноруються. Самооцінка полягає у співставленні інформації, отриманої в результаті самоконтролю, з внутрішніми еталонами [71]. Серед осіб, які мають депресію, самооцінка вважається недостовірною через суворі та жорсткі стандарти внутрішньої оцінки. Негативна самооцінка призводить до зменшення рівня самозаохочення (пасивно-аутоагресивна поведінка) та посилення самопокарання (активно-аутоагресивна поведінка), що, у свою чергу, спричиняє появу та стійкість депресивної симптоматики.

У межах цієї теорії психологічні фактори моделі діатез-стрес (румінація, дисфункціональні установки та негативний стиль атрибуції) також можна інтерпретувати наступним чином. Румінація - це obsесивні послідовності в мисленні, що супроводжуються надмірними, повторюваними думками чи темами, які перешкоджають іншим формам розумової діяльності, і є формою дисфункціонального самоконтролю [71].

Дисфункціональні ставлення, що викликають негативні думки про себе, інших та майбутнє, а також стиль сприйняття негативних подій як внутрішніх,

стабільних та глобальних [71], сприяють спотворенню самооцінки в рамках циклу зворотного зв'язку. У даному випадку саме самоприниження значною мірою відповідає за підтримку та закріплення негативних думок щодо власної персони.

Якщо розглянути це питання більш детально та з урахуванням згаданих вище понять, самоприниження надзвичайно схоже на один із трьох ключових елементів когнітивної тріади Бека, також відомої як “негативна тріада” [24]. Це когнітивно-терапевтична концепція, яка складається з трьох ключових елементів системи переконань людини, що спостерігаються при депресії. Тріада охоплює «автоматичні, спонтанні та, здавалося б, неконтрольовані негативні думки» про себе, світ або оточення та майбутнє [24].



Рис. 1.1. Когнітивна тріада Бека

З когнітивної точки зору, депресивні розлади супроводжуються дисфункціональними негативними уявленнями людей про себе, свій життєвий досвід (та світ загалом) і своє майбутнє.

Люди з депресією схильні пов'язувати свій неприємний досвід з власними імовірними фізичними, психологічними та/або моральними недоліками.[24] Вони можуть відчувати надмірне почуття провини, вважати себе нікчемними, вартими осуду та непотрібними собі й оточенню. Їм може бути дуже важко

увияти себе особистостями, які коли-небудь зможуть досягти успіху, отримати визнання або бути задоволеними собою, що призводить до відчуження та ізоляції, які ще більше погіршують самопочуття. [24]

Бек вважає, що у людей з депресивними розладами розвиваються когнітивні спотворення - різновид когнітивних упереджень, які іноді також називають хибними або шкідливими моделями мислення. Він назвав деякі з цих упереджень «автоматичними думками», припускаючи, що вони не повністю підкоряються свідомому контролю. Люди з депресією, як правило, швидко знецінюють свої позитивні якості та применшують значення своїх досягнень, вважаючи їх незначними або безглуздими, що є проявом самоприниження.

Згідно з наведеними визначеннями, самоприниження дуже подібне до аспекту «негативного ставлення до себе» з тріади, а подекуди навіть і його повним втіленням. Як субклінічний комплекс переконань, поведінки та думок, що ґрунтуються на впевненості у власній некомпетентності та неадекватності, яка найчастіше має мало або взагалі не має відношення до реальності, його також можна розглядати як сукупність когнітивних спотворень, що поширюються лише на думку людини про саму себе.

Бек зробив класифікацію основних когнітивних спотворень:[24]

- Безпідставні висновки - формування висновків на основі недостатніх доказів або їх повної відсутності.
- Вибіркова абстракція - формування висновків на основі лише одного з багатьох елементів ситуації.
- Надмірне узагальнення - формування загальних висновків на основі однієї події.
- Гіперболізація - перебільшення важливості несприятливої події.
- Мінімізація - применшення значущості позитивних подій.
- Персоналізація - приписування собі негативних почуттів інших

Бек також стверджував, що людина в депресії, часто через травматичний досвід в дитинстві, має негативну схему самооцінки. Така схема може бути зумовлена негативним досвідом в ранньому віці, таким як критика, жорстоке поводження або знущання [24]. Бек припускає, що люди з негативними схемами самооцінки схильні інтерпретувати інформацію з несприятливої точки зору, що призводить до когнітивних спотворень, зазначених вище. Песимістичний стиль обґрунтування це спосіб, у який люди з депресивними або невротичними станами реагують негативно на певні події та приклад впливу цих схем на самооцінку. Цей стиль обґрунтування передбачає звинувачення власної особи у виникненні негативних подій, що не піддаються контролю, або у поведінці інших (персоналізація). Водночас людина вірить, що такі події триватимуть вічно, тому підсвідомо дозволяє їм суттєво впливати на свій емоційний стан.

Згідно з результатами минулих і сучасних досліджень, люди з РДУГ мають дуже високу ймовірність пережити негативні події в ранньому дитинстві. Також почуття провини та сорому, не тільки зумовлюють потенційну самопринижуючу поведінку, а й вони значно більш поширені серед осіб з РДУГ, порівняно з загальною популяцією. Це зумовлено кількома різними чинниками:

- Відчуття невдачі: труднощі з дотриманням дедлайнів, організацією, вмінням слухати або виконанням завдань можуть викликати почуття провини та сорому. Вчителі, батьки та опікуни людей із РДУГ постійно ставлять під сумнів їх ступінь докладених зусиль до виконання того чи іншого завдання, а також вважають їх достатньо розумними, але ледачими. Це загострює відчуття «втраченого потенціалу», яке зазвичай зберігається і в дорослому віці та може спричиняти постійні проблеми з самооцінкою.
- Соціальні виклики: імпульсивність та неувважність можуть спричиняти помилки у спілкуванні, такі як часте перебивання співрозмовника, відволікання від бесіди, настирливі запитання та відверті висловлювання

без самоцензури. Крім того, труднощі з декодуванням невербальних сигналів здатні часто викликати непорозуміння. Коли особа з РДУГ стикається з соціальними труднощами, вона може «закритися» або почати взагалі уникати соціальну взаємодію. Також можуть розвинути надмірні компенсаторні механізми для контролю імпульсивної поведінки, як-от уникнення контакту з іншими через побоювання припуститися нових помилок.

- Самокритика: негативні думки про самого себе та інтерналізована критика можуть посилювати почуття власної неадекватності та сорому. Зауваження інших з легкістю можуть перетворитися на предмет постійного критичного самоаналізу. Іноді важко визначити, чи цей негативний внутрішній діалог походить від самої людини, чи ґрунтується виключно на зовнішніх впливах.

Почуття провини та сорому зазвичай мають глибокий вплив на самооцінку, психічне здоров'я та загальне самопочуття. Загалом, сором можна вважати однією з головних причин труднощів у дорослих з РДУГ. Сором сприяє їх неспроможності відчувати задоволення від власних досягнень, тому як наслідок, дорослі з РДУГ часто не вміють приймати компліменти чи похвалу. Незалежно від того, яких успіхів вони досягли, їм здається, ніби це зробив хтось інший або то був випадковий збіг обставин. Наприклад, їм може бути занадто соромно аби радіти, вони можуть відчувати себе недостатньо досконалими, аби відчувати натхнення, або вважати, що пишатися собою непристойно. Здорове почуття гордості настільки стає їм не властиве, що вони змушені шукати його у дитячих спогадах. Фактично, сором заважає дорослим з РДУГ напрацювати належні компенсаторні механізми та обмежує подальше самопізнання.

В цілому, низька самооцінка вважається серйозною і доволі поширеною проблемою серед осіб із РДУГ, особливо у жінок та дівчат [42]. До того ж, за даними досліджень, у осіб з РДУГ спостерігається підвищена чутливість до

критики та схильність до її засвоєння. РДУГ досить гетерогенний розлад, оскільки різні люди демонструють відмінні комбінації та ступені тяжкості характерних проявів [23].

Вважається, що симптомокомплекс РДУГ зумовлений порушеннями у діяльності двох основних підсистем виконавчих функцій (ВФ): регуляції поведінки та метакогнітивних процесів (робоча пам'ять, планування/розв'язання проблем та емоційна регуляція) [23]. Зокрема, гіперактивні та імпульсивні форми поведінки, імовірно, є наслідком зниженої здатності до самоконтролю, тоді як симптоми неуважності зумовлені порушеннями у різних сферах метакогнітивних процесів. Таким чином, у дорослих симптоми імпульсивності можуть проявлятися через такі форми поведінки, як недоречні висловлювання у невідповідний час, перебивання співрозмовника або схильність травмуватися звичайними предметами. Прояви гіперактивності можна спостерігати у вигляді надмірної балакучості, метушливості та неспокою, тоді як симптоми неуважності полягають у складнощах із концентрацією уваги та виконанням завдань, проблемах із плануванням або дотриманням часових обмежень, постійних помилках, регулярній втраті речей або видимій розсіяності [23].

Саме тому важливо розглянути численні подібності у функціонуванні дефолтної мережі (DMN) у осіб з депресивними розладами чи РДУГ. Якщо люди з депресією борються з постійною румінацією, опиняючись у замкненому колі негативних думок, які спотворюють та затьмарюють їх внутрішню реальність, самоприниження може різко прискорити розвиток клінічної депресії у будь-кого при наявності певних симптомів. РДУГ, в свою чергу, підвищує ризик розвитку депресії через високу можливість несприятливого життєвого досвіду та значні неврологічні особливості. На базовому рівні їх DMN не здатна легко припиняти роботу під час виконання завдань, що передбачають зовнішні когнітивні стимули, і у них спостерігається значно сильніше відчуття власної некомпетентності. Слід зауважити, що при РДУГ DMN може перешкоджати роботі TPN через цикли позитивних, нейтральних

та негативних думок. Однак, в той же час, у людей з депресією гіперактивність DMN є основною причиною саме румінації (негативних циклів думок), тоді як TPN, навпаки, гіпоактивна.

З огляду на це можна стверджувати, що самоприниження, навіть якщо воно притаманне як нейротиповим, так і нейродивергентним особам, може бути важливим фактором, що передбачає розвиток клінічної значущої депресії у людей з РДУГ. Ця група вже вразлива до більшого впливу від наслідків неприємних подій, а крім того має гіперактивну DMN, яку легко можуть поглинути цикли негативних думок, як наслідок самоприниження. На відміну від звичайних випадків, коли відчуття власної неадекватності не має зв'язку з реальністю, особи з РДУГ живуть у суспільстві, яке не відповідає їх рисам і нагадує їм про те, що їм важко належним чином адаптуватися та функціонувати в рамках існуючої системи. Фактично вони постійно отримують підтвердження власної некомпетентності, якому передують боротьба за участь у базових повсякденних справах, що робить їх самоприниження обґрунтованим реальними подіями. Отже, закономірно, що вони можуть без суттєвого опору досягти рівня клінічної депресії, оскільки життєвий досвід формує в них «негативне бачення світу та майбутнього», а початкове самоприниження вже виконує роль «негативних почуттів щодо себе», довершуючи когнітивну тріаду Бека.

Висновки до розділу 1

1. Самоприниження - це мало досліджене поняття в психології і зазвичай розглядається лише як протилежність самооцінки. Однак у літературі все частіше висвітлюється його взаємозв'язок із психічним здоров'ям та загальним благополуччям. Воно характеризується знеціненням власних якостей та здібностей, а також є властивістю людини до власного знецінення, незалежно від її реальних обставин, яка може бути пов'язана з депресивними розладами. Його також можна окреслити як субклінічний набір переконань, поведінки та думок людини, побудованих на впевненості щодо власної некомпетентності та

неадекватності, проте ці переконання, як правило, відокремлені від реальності.

2. Однією з ключових ділянок мозку, яка збільшує ризик розвитку психічних розладів є так звана дефолтна мережа (DMN). З цією системою пов'язані суб'єктивне відчуття «я», а також «нарративне я». Дисфункції в DMN пов'язують із афективними розладами, такими як депресія, тривожність, а також із РДУГ, шизофренією, розладом аутистичного спектру (РАС), і, за підсумками деяких досліджень, із межовим розладом особистості (МРО). Люди з РДУГ часто мають дисфункції в діяльності DMN, зокрема гіпоактивність у ділянках, пов'язаних із контролем уваги та регулюванням поведінки. У осіб із депресією дисфункція цих ділянок мозку часто пов'язана з румінацією та пригадуванням сумних або негативних моментів. Деякі експерти вважають, що наявні відмінності в цій ділянці мозку можуть підвищувати ризик депресивних розладів у людей з РДУГ. У осіб із депресією дисфункція цих ділянок мозку часто пов'язана з румінацією та пригадуванням сумних або негативних моментів. Деякі експерти вважають, що наявні відмінності в цій ділянці мозку можуть підвищувати ризик депресивних розладів у людей з РДУГ.

3. Самоприниження має багато спільних рис із такими явищами, як румінація та аутоагресія, які вважаються симптомами депресії. Цей зв'язок можна пояснити за допомогою «моделі самоконтролю депресії», згідно з якою, депресивні симптоми є наслідком дисфункціонального самоконтролю та спотвореної самооцінки. Дисфункціональні ставлення, що викликають негативні думки про себе, інших та майбутнє, а також стиль сприйняття негативних подій як внутрішніх, стабільних та глобальних, сприяють спотворенню самооцінки в рамках циклу зворотного зв'язку. У даному випадку саме самоприниження значною мірою відповідає за підтримку та закріплення негативних думок щодо власної персони. В цілому, самоприниження надзвичайно схоже на один із трьох ключових елементів когнітивної тріади Бека, також відомої як “негативна тріада”. Це явище подібне до аспекту

«негативного ставлення до себе» з тріади, а подекуди навіть і його повним втіленням. Його також можна розглядати як сукупність когнітивних спотворень, що поширюються лише на думку людини про саму себе.

4. Самоприпинення може стати новим аспектом, який допоможе зрозуміти високий рівень коморбідності депресивних розладів та РДУГ. Це явище, спричинене такими емоціями, як сором та провина, які досить поширені серед людей з РДУГ, суттєво впливає на самооцінку та самосприйняття, навіть на субклінічному рівні. З огляду на нейробіологічні особливості дефолтної, виявлення значущості і виконавчої мереж та їх порушень в обох типах розладів, незважаючи на певні відмінності, самоприпинення може бути ранньою ознакою появи депресивних симптомів при РДУГ. Гіперактивна дефолтна мережа вже характерна для РДУГ, як і підвищений ризик негативного життєвого досвіду та підтвердження почуття власної некомпетентності в реальному житті.

5. Таким чином, є підстави вважати, що раннє виявлення самоприпинення з подальшим цілеспрямованими терапевтичними інтервенціями може запобігти погіршенню депресивного симптомокомплексу у людей з РДУГ. Майбутні дослідження повинні зосередитися на пошуку ефективних методів виявлення самоприпинення, найбільш дієвих видів психотерапії для раннього втручання та на лонгітюдному вивченні негативних життєвих подій, які найбільш ймовірно провокують самоприпинення у людей з РДУГ, з метою розробки чітких рекомендацій щодо мінімізації їхнього впливу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОПРИНИЖЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК З РДУГ

2.1 Методологічні основи дослідження впливу самоприниження на депресивні розлади в осіб з РДУГ

Аналіз сучасних досліджень, які вивчають взаємозв'язок між розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), низькою самооцінкою, румінацією, функціонуванням дефолтної мережі (DMN) та депресивною симптоматикою, вказує на стійку тенденцію до застосування комплексних методологічних підходів, поєднуючи психометричні, клінічні, когнітивні та нейробиологічні моделі досліджень. Об'єктом дослідження в більшості проаналізованих робіт зазвичай виступають дорослі з діагностованим або фенотиповим РДУГ, з депресивною симптоматикою або поєднанням РДУГ та депресії, тоді як предметом дослідження виступають специфічні психологічні та нейрокогнітивні механізми, зокрема негативні автоматичні думки, румінація, самоприниження, емоційна дисрегуляція та дисфункція DMN [52, 22, 79].

Темою теоретичного та методологічного підґрунтя для дослідження самоприниження виступає когнітивна модель депресії, запропонована Беком, згідно з якою депресивна симптоматика підтримується негативними автоматичними думками та дисфункціональними базовими переконаннями, що утворюють когнітивну тріаду [24].

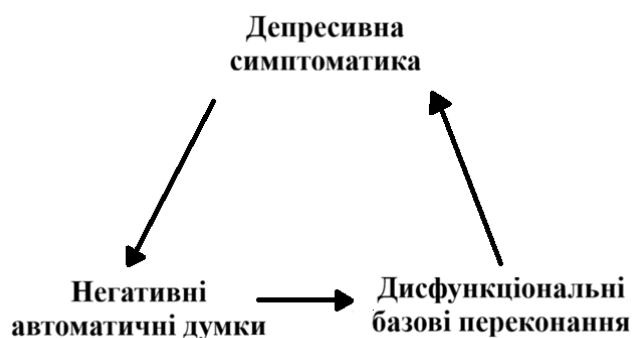


Рис. 2.1. Когнітивна тріада Бека

Згідно з цією моделлю, депресивні прояви оцінюються за допомогою стандартизованих психометричних інструментів, зокрема Шкали депресії Бека (BDI), яка вимірює когнітивні, афективні та соматичні компоненти депресії за допомогою самозвітання респонденток. У сучасних дослідженнях опитувальник BDI-II часто використовується для оцінки загального рівня депресії, а також для визначення ступеня тяжкості за допомогою порядкових категорій відповідей [52, 22].

Клінічні симптоми РДУГ у дорослих зазвичай оцінюють за допомогою Шкали самооцінки РДУГ у дорослих (ASRS). Цей стандартизований опитувальник розроблений відповідно до діагностичних критеріїв DSM, пройшов валідацію як для клінічних, так і для загальних груп населення (30; 31). ASRS дозволяє проводити кількісне вимірювання кластерів симптомів неухважності та гіперактивності-імпульсивності, використовуючи параметри загального навантаження симптомів та диференціації за субшкалами, і показники, засновані на оцінках частоти та клінічних порогових значеннях. Емпіричні дослідження свідчать, що більш виражені симптоми РДУГ супроводжуються посиленням депресивного симптомокомплексу, але цей зв'язок часто опосередкований і залежить від когнітивних факторів [52; 53; 79].

У значній кількості наукових робіт підкреслюється роль румінації як основного когнітивного механізму, що пов'язує РДУГ та депресивні розлади. Сучасні емпіричні дослідження з використанням поперечних та медіаційних дизайнів демонструють, що румінація суттєво впливає на рівень тяжкості депресії та частково опосередковує взаємозв'язок між симптомами РДУГ та емоційними наслідками [1]. У цих дослідженнях румінація оцінюється за допомогою психометричних шкал, які вимірюють повторювані негативні думки, зокрема з компонентами розмірковування та рефлексії, а її показники представлені як середні бали субшкал та коефіцієнти регресії. Цей методологічний підхід підкреслює важливість самореферентних когнітивних процесів у розвитку симптомів депресії.

З румінацією доволі тісно пов'язане поняття негативних автоматичних думок, емпірично досліджене у дорослих із РДУГ. Згідно з результатами, при РДУГ спостерігається істотно вищі рівні самокритичних та самопринижуючих думок порівняно з контрольними групами, підкреслюючи припущення, що дезадаптивні когнітивні процеси сприяють додатковій емоційній дисрегуляції [55]. З методологічної точки зору, ці дослідження використовують кореляційні моделі з параметрами частоти та інтенсивності негативних думок, а також показники, отримані за допомогою стандартизованих шкал самооцінки, таких як шкала Розенберга.

Незважаючи на актуальність самоприниження як явища, методологічна література вказує на те, що його часто вимірюють не як незалежну змінну, а як складову більш широких понять, таких як самокритика чи негативна самооцінка. Ініціативи щодо більш точного визначення самоприниження підкреслюють необхідність у валідних та надійних інструментах вимірювання, наголошуючи на факторній структурі, внутрішній узгодженості та конструктній валідності [73]. Інші теоретичні дослідження пов'язують самоприниження з самовідчуженням та аутоагресивними тенденціями, припускаючи, що стійке негативне самосприйняття сприяє порушенням емоційної адаптації.

Вивчаючи функціонування дефолтної мережі (DMN) під час депресії та самореферентного мислення, нейробіологічні дослідження розширюють емпіричну базу для цієї групи психологічних розладів. Результати функціональної нейровізуалізації свідчать, що гіперактивність DMN та змінена зв'язність пов'язані з румінацією та депресивним симптомокомплексом [83, 29, 37]. Серед параметрів у цих дослідженнях зазначаються функціональна сила зв'язку між ключовими ділянками DMN, такими як медіальна префронтальна кора та задня поясна кора, тоді як показники одержують із кореляцій сигналів, що залежать від рівня кисню в крові (BOLD), та мережевих характеристик. Додаткові дані свідчать про те, що у людей з РДУГ спостерігаються порушення в регуляції DMN, зокрема у

здатності пригнічувати «внутрішній монолог» під час виконання завдань, що сприяє стійким негативним думкам про власну особу [49, 40].

З методологічної точки зору, у дослідженнях, присвячених дисфункції DMN при РДУГ, часто фМРТ у стані спокою в поєднанні з когнітивними завданнями. Такі дизайни дозволяють дослідникам вивчати як внутрішню мережеву конективність, так і модуляцію, пов'язану з виконанням завдань за допомогою таких параметрів, як: сила зв'язків, узгодженість мережі та патерни деактивації, а також коефіцієнтів кореляції та індикаторів змін сигналу [65, 67].

Гендерні дослідження додають ще один важливий аспект, оскільки висвітлюють відмінності у проявах РДУГ та пов'язаних з ним емоційних труднощів саме у жінок. Наукові роботи, зосереджені на жіночій популяції, вказують на те, що жінки з РДУГ схильні інтерналізувати власні симптоми, відчувати провину та до набуття ознак депресії, що свідчить про вплив гендерно-специфічних психосоціальних чинників на формування самопринижуючих когнітивних процесів [61]. З методологічної точки зору, ці дослідження використовують крос-секційні опитування з такими параметрами, як: сприйняття стигматизації, емоційна дисрегуляція, тяжкість депресії, та показники, отримані за допомогою регресійного аналізу.

В цілому методологічний дизайн розглянутих досліджень ґрунтується на крос-секційному кореляційному аналізі, який доповнювався лонгітюдними популяційними дослідженнями та методами нейровізуалізації. Ключовими параметрами були вираженість симптомів РДУГ, тяжкість депресивних розладів, інтенсивність румінації та показники негативного мислення, а для їх оцінки використовувалися валідні психометричні шкали та показники нейровізуалізації. Для перевірки гіпотез щодо опосередкованості чинників, зокрема впливу когнітивних процесів на зв'язок між РДУГ та депресією, зазвичай використовують факторний та регресійний аналіз [52, 79]. У Таблиці 2.1 наведено зведені дані щодо методів, які використовувалися для дослідження кожного з явищ.

Таблиця 2.1

Методологія досліджень основних концепцій

Явище	Досліджувані вибірки	Досліджувані параметри	Дизайн дослідження	Параметри	Індикатори	Джерела
РДУГ	Дорослі з РДУГ	Вираженість симптомів, порушення виконавчих функцій	Кореляційний (перехресний), когортний	Загальний бал ASRS, субшкали	Частотні оцінки, порогові значення	[45, 53]
Депресія	Дорослі з/без РДУГ	Вираженість депресивних проявів	Перехресний, лонгitudний	Загальний бал BDI-II	Бали за шкалою 0–3, рівні тяжкості	[52, 22]
Румінація	Люди з РДУГ чи депресією	Повторюване негативне мислення	Кореляційний, медіаційний	Показники хвилювань та рефлексії	Середні значення, регресійні коефіцієнти	[1]
Негативні автоматичні думки	Дорослі з РДУГ	Самокритичне мислення	Кореляційний	Частота та інтенсивність думок	Сумарні бали шкал	[55]
Самоприниження	Клінічні вибірки	Самознецінення, самодискредитація	Розробка шкал, кореляційний	Факторна структура, надійність	Коефіцієнт α , показники валідності	[74]
DMN (дефолтна мережа)	Люди з РДУГ чи депресією	Функціональна зв'язність мережі	fMRI-дослідження	Сила зв'язності	Кореляції BOLD-сигналу	[83, 29, 37]
Зв'язок DMN і РДУГ	Особи з РДУГ	Дисрегуляція нейронної мережі	fMRI, експериментальний	Деактивація, інтерференція	Зміни сигналу, кореляції	[49, 40, 67]
Гендерні фактори	Жінки з РДУГ	Інтерналізація, самозвинувачення	Перехресний	Стигматизація, депресія	Регресійні коефіцієнти	[61]

Після попереднього аналізу сучасних наукових робіт та їх методології, було визначено такі параметри вимірювання для даного дослідження:

- Рівень та тяжкість депресії (BDI) [15]: ступінь депресії, рівень субдепресивних проявів, тяжкість симптомокомплексу.
- Рівень самоприпинення (SDS) [74]: визначення та вимір ступеня поведінки, увірувань та почуттів, які пов'язані або утворюють самоприпинення.
- Наявність РДУГ (ASRS-1.) [17, 74]: додатковий інструмент визначення наявності РДУГ у респонденток для подальшого розподілу на відповідні групи.

Основною гіпотезою дослідження є те, що високий рівень самоприпинення має значущий кореляційний зв'язок з появою депресивних розладів у осіб з РДУГ. Вторинна гіпотеза: люди з РДУГ матимуть більше субклінічних депресивних проявів в порівнянні зі здоровими контролями. У даному дослідженні впливу самоприпинення як предиктора появи депресивних розладів в осіб з РДУГ планується розглянути емпіричну модель з трьома змінними: самоприпинення (незалежна змінна), рівня й тяжкості депресії (залежна змінна), та наявність РДУГ (незалежна та групуюча змінна).

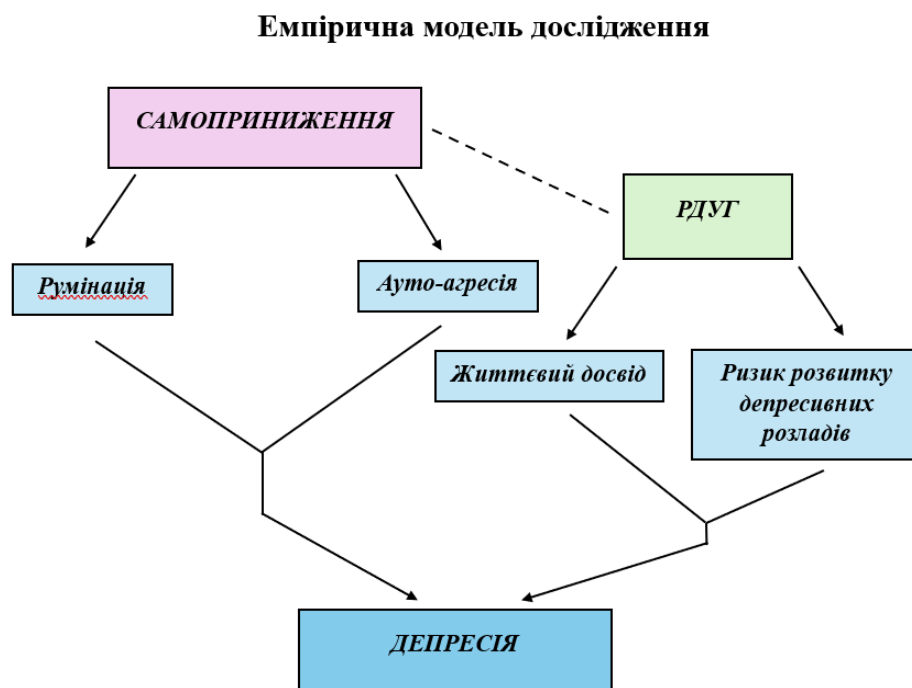


Рис. 2.2. Емпірична модель дослідження

Для того, щоб визначити вплив самоприпинення на появу депресивних розладів у жінок з РДУГ, організовано і проведено емпіричне дослідження. Використовуючи емпіричну модель (рис. 2.1.), для обґрунтування основних гіпотез буде проведено кореляційний та регресійний аналіз.

2.2 Обґрунтування та опис психометричного інструментарію

На початку опитування використовувалася анкета для збору соціально-демографічних даних респонденток. Мета цієї частини полягала в тому, щоб визначити основні характеристики учасників дослідження, щоб оцінити репрезентативність вибірки та отримати додаткову інформацію щодо особливостей взаємодії зі сферою ментального здоров'я. Основні соціально-демографічні параметри (додаток Г), представлені в анкеті: вік, вид зайнятості, наявність підозри чи діагнозу РДУГ, присутність інших психічних розладів та досвід лікування ментального здоров'я (робота з психологом, фармакотерапія чи відсутність будь-якого лікування).

У ході емпіричного дослідження було використано такі психометричні інструменти: “Шкала Самоприпинення” (Self-deprecation scale, SDS) (І. Сантос, К. Піментель, Т. Маріано); “Шкала депресії Бека” BDI (А. Бек); “Шкала діагностики РДУГ у дорослих” ASRS-v1.1 (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, ВООЗ).

Для вимірювання самоприпинення була перекладена та використана “Шкала Самоприпинення”, розроблена Карлосом Едуардо Піментелем, Ізабеллою Сілвою Сантос та Тайлсоном Маріано (Pimentos, 2022) в їх дослідженні «Самоприпинення: в пошуках методик вимірювання», спрямованого на створення психометричного інструментарію для оцінки самоприпинення. Шкала спрямована на визначення рівня внутрішнього негативного сприйняття, зокрема на поведінкові, когнітивні та емоційні аспекти знецінення власної особистості. Вона складається з 15 пунктів, що описують поведінку (наприклад, «У мене є схильність до прокрастинації»), переконання (наприклад, «У мене більше недоліків, порівняно з більшістю

людей») та почуття (наприклад, «Я часто невдоволений/на власним ставленням до життя і життєвою позицією») респонденток. Відповіді надаються за шкалою Лайкерта від 1 до 5 та оцінюються за 5-бальною системою: від «ні» (1 бал) до «так» (5 балів). Для перевірки оцінок надійності в дослідженнях зазвичай використовують коефіцієнт Альфа Кронбаха та Омега Макдональда і в цьому дослідженні дослідники використовували Омега Макдональда для SDS. Вони отримали значення $\omega = 0,89$, отже, їхню шкалу можна вважати психометрично прийнятною. Високі кореляції шкали з іншими показниками самооцінки, ворожості, гніву та загального психологічного благополуччя підтверджують її конструктивну валідність. Підсумковий бал обчислюється шляхом додавання балів з кожного окремого пункту і дозволяє визначити рівень суб'єктивного самоприпинення, тобто чим вищий бал, тим сильніше самоприпинення.

Таблиця 2.2

Перевірка внутрішньої узгодженості SDS (Шкала Самоприпинення)

		N	%
Випадки	Дійсні	113	100.0
	Вилучені	0	0.0
	Загалом	113	100.0
Альфа Кронбаха	0.849	-	-
Кількість елементів	15	-	-

Для даного дослідження шкала була перекладена українською мовою, тому що не має офіційної адаптації. Переклад SDS на українську мову складався з декількох етапів. Спочатку анкета перекладалася з використанням низки спеціалізованих програм. Отримані переклади були об'єднані в єдину

текстову версію, котра згодом була перевірена шляхом зворотного перекладу. Після цього було проведено перевірку показників перекладеної версії SDS, використовуючи відповідну вибірку (113 осіб), і показник Кронбаха $\alpha = 0,849$ продемонстрував високу внутрішню узгодженість.

Для оцінки тяжкості депресії та депресивних проявів була застосована Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Її запропонував А.Т. Бек в 1961 р. і розробив на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг. Після співставлення списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був створений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого внеску симптому в загальний ступінь важкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу. У первинному варіанті методика заповнювалася за участі кваліфікованого експерта (психіатра, клінічного психолога чи соціолога), який зачитував вголос кожен пункт з категорії, а після просив пацієнта вибрати твердження, найбільш відповідає його стану на поточний момент. Українську адаптацію шкали здійснив Український інститут когнітивно-поведінкової терапії (2017). Альфа Кронбаха для даної шкали зазвичай становить 0.89-0.93 (у різних популяціях), що свідчить про високий рівень надійності.

Після процедури перевірки показників BDI на внутрішню узгодженість, отриманих під час проведення опитування у рамках цього дослідження, показник Кронбаха α становив 0,905 (див. Табл. 2.3.).

Таблиця 2.3

Перевірка внутрішньої узгодженості BDI (Шкала Депресії Бека)

		N	%
Випадки	Дійсні	113	100.0
	Вилучені	0	0.0
	Загалом	113	100.0
Альфа Кронбаха	0.905	-	-
Кількість елементів	21	-	-

Показник по кожній категорії шкали розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 згідно з наростанням важкості симптому. Сумарний бал складає від 0 до 63 і знижується відповідно до поліпшення стану:

- 0-9 – відсутність депресивних симптомів
- 10-15 – легка депресія (субдепресія)
- 16-19 – помірна депресія
- 20-29 – виражена депресія (середньої важкості)
- 30-63 – важка депресія

Пункти 1-13 - когнітивно-афективна субшкала (CA)

Пункти 14-21 – Субшкала соматичних проявів депресії (SP)

Також під час дослідження, для розподілу респонденток на відповідні групи була використана Шкали самооцінки РДУГ для дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS-v1.1). Її сформували спільно з Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) і робочою групою дорослих з РДУГ та групою психіатрів і дослідників: Ленард Адлер, Рональд Кесслер, Томас Спенсер. ASRS-v1.1 має високу внутрішню узгодженість, зі значеннями

коефіцієнтів Альфа Кронбаха від 0,79 до 0,91, що свідчить про високу надійність як 18-пунктного опитувальника, так і 6-пунктного скринінгового тесту.

Даний інструмент складається з вісімнадцяти критеріїв DSM-IV-TR та відповідає всім критеріям для діагностики РДУГ за DSM-V. Шість із вісімнадцяти запитань виявилися найбільш вдалими предикторами щодо симптомів РДУГ, тому вони стали основою для опитувальника ASRS v1.1, а також є частиною списку симптомів кластеру А.

Решта питань (дванадцять) містяться у частині В переліку симптомів. У методиці заповнюються частина А та частина Б скринінгу, відмічаються ті поля, які найбільше відповідають частоті появи кожного із симптомів за останні 6 місяців. Спочатку оцінюється частина А.

- Оцінка Частини А: якщо присутні 4 або більше відповідей (іноді, часто, дуже часто), це означає, що у людини є симптоми відповідні РДУГ у дорослих.
- Оцінки частот відповідей в Частині В надають додаткові підказки та можуть служити для подальшого дослідження симптомів.

Підсумковий бал в частині А знаходиться в діапазоні від 0 до 6, причому бал 4 або вище в частині А свідчить про позитивний результат скринінгу на РДУГ. Частина Б складається з пунктів 7–18, які ґрунтуються на критеріях DSM, надають додаткові підказки та слугують для подальшого аналізу симптомів пацієнта. Кожному пункту шкали присвоюється бал «0» або «1»:

- Питання 1-3, 9, 12, 16, 18 оцінюються в 1 бал при відповідях “іноді”, “часто” та “дуже часто”;
- Питання 4-8, 10-11, 13-15, 17 оцінюються в 1 бал лише при відповідях “часто” та “дуже часто”;

ASRS-v.1.1 містить 3 підшкали, що допомагають визначити підтипи РДУГ, із відповідними номерами питань:

- Неуважність: оцінює труднощі з увагою до деталей, організованістю, запам'ятовуванням зустрічей, допущенням необережних помилок та концентрацією уваги (питання 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11);
- Гіперактивність/імпульсивність – моторна: вимірює труднощі з зберіганням спокою, сидінням на місці та здатністю розслабитися (питання 5, 6, 12, 13, 14);
- Гіперактивність/імпульсивність - вербальна: вимірює труднощі з контролем обсягу розмов, перебиванням інших та очікуванням своєї черги (питання 15, 16, 17, 18).

Оскільки не існує офіційної адаптації чи перекладу, для використання у цьому дослідженні, шкала отримала український переклад. Переклад ASRS на українську мову здійснювався з урахуванням мовних та культурних особливостей і складався з кількох етапів. На першому етапі анкета перекладалася за допомогою декількох програм, після чого на основі отриманих перекладів було сформовано єдину узгоджену версію, яка згодом була перевірена шляхом зворотного перекладу. Потім відбулася перевірка психометричних властивостей.

Таблиця 2.4

Перевірка внутрішньої узгодженості ASRS-v1.1 (Шкала самооцінки РДУГ для дорослих)

		N	%
Випадки	Дійсні	113	100.0
	Вилучені	0	0.0
	Загалом	113	100.0
Альфа Кронбаха	0.901	-	-
Кількість елементів	18	-	-

Надійність перекладеної версії ASRS оцінювалася на представлений вибірці (113 учасників), за допомогою коефіцієнта Альфа Кронбаха, що становив 0,901, та підтвердив достатню внутрішню узгодженість перекладу шкали.

2.3 Особливості вибірки дослідження

Вибірка була обрана з огляду на основні соціально-демографічні та поведінкові характеристики респонденток, щоб забезпечити якість емпіричного дослідження самоприниження як предиктора депресивних розладів у осіб з РДУГ. За допомогою анонімного онлайн-опитування було залучено 113 учасників на добровільній основі. Застосування такого підходу дозволило задіяти представників різних соціальних груп, а отже, провести комплексний аналіз. Після завершення анкетування, учасники були розділені на три групи, відповідно до показників ASRS-v1.1: контрольна 43 особи, клінічна 42 особи, клінічна (діагноз) 28 осіб.

У даній вибірці усі респондентки жінки. Такий гомогенний гендерний склад вибірки був обраний для дослідження з метою збільшення кількості наукових робіт, які стосуються безпосередньо жінок з РДУГ. Згідно з даними досліджень, 62% жінок з РДУГ мають коморбідний депресивний розлад, тоді як серед чоловіків цей показник становить 51%. У жінок РДУГ зазвичай проявляється більш внутрішньо, а також супроводжується значним приховуванням симптомів. Самоприниження це внутрішній процес, тому в цьому дослідженні було більш доцільно насамперед зосередитися на жінках, бо вони більш вразливі.

Цільовою віковою категорією були дорослі жінки віком 18 - 60 років, бо у підлітковому та дитячому віці РДУГ має трохи інші прояви та додаткові особливості розвитку. Більшість досліджуваних належить до вікової групи 18-24 роки (29,2 %). На другому місці за кількістю респонденток знаходяться

вікові групи 31-40 (24,8 %) та 41-50 (23 %), що свідчить про досить рівномірний розподіл серед представниць середнього віку.

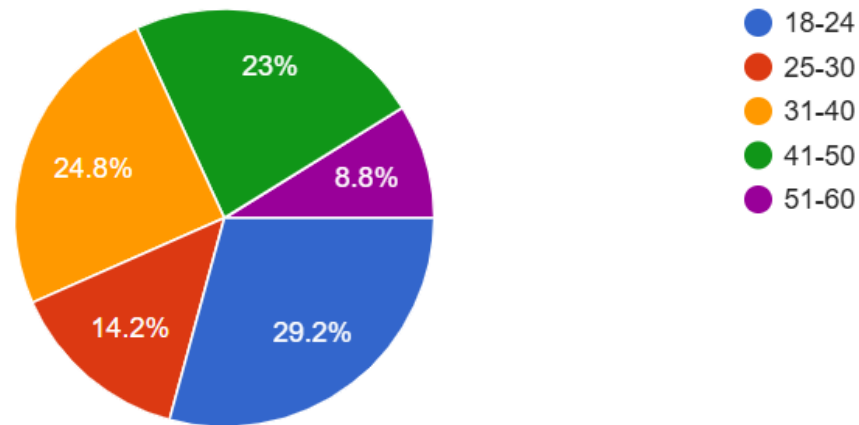


Рис. 2.3. Демографічна інформація (вік)

До групи 25 - 30 входить 14,2% опитаних, що помітно менше, проте це все ще значна частка. Найменший сегмент склала вікова група 51-60 років (8,8%), однак такий розподіл пов'язаний з розповсюдженням опитування саме в університетах та Telegram групах по РДУГ. В цілому, більшість учасників це молоде покоління, тоді як частка старших вікових груп поступово зменшується з віком. Загалом, розподіл респонденток за даним демографічним показником більш менш рівномірний, що дає можливість комплексно оглянути вплив самоприниження.

Отримані дані, щодо видів діяльності респонденток, демонструють у першу чергу про те, що більшість з них мають постійну роботу з повною зайнятістю, а саме 64 респондентки (56,6%).

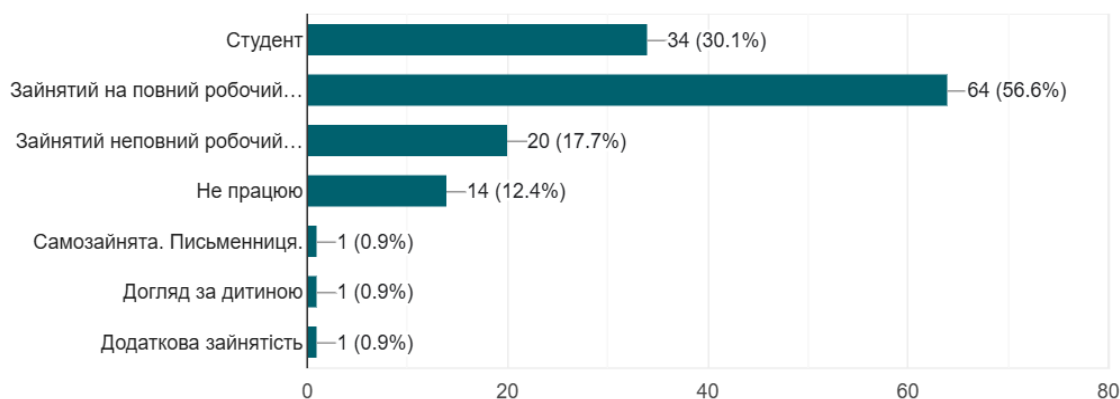


Рис. 2.4. Демографічна інформація (вид діяльності)

Це свідчить про те, що понад половина учасників опитування мають стабільне працевлаштування. Водночас значну частину учасників опитування становили студенти, 34 особи (30,1 %), що вказує на те, що вибірка містить значну кількість осіб, які, можливо, ще навчаються або поєднують його з іншими обов'язками.

Часткову зайнятість обрали лише 20 респонденток (17,7 %), тоді як 14 респонденток (12,4%) не працевлаштовані, з тих чи інших причин. Решту категорій: самозайнятість, догляд за дітьми та додаткова робота - обрали лише по 1 респондентці (0,9%), що вказує на те, що ці статуси не дуже поширені серед досліджуваних. Оскільки респондентки могли вибрати кілька варіантів, ці показники враховують поєднання ролей. Наприклад, деякі студенти працюють на неповну або повну ставку, а деякі працівники з повною зайнятістю можуть також мати додаткову роботу. Загалом розподіл свідчить про переважно працездатне населення з помітною часткою студентів.

У рамках демографічного аналізу цього дослідження респонденток опитали щодо того, чи відвідують вони фахівця з психічного здоров'я та чи приймають відповідні медикаменти. Так як учасники могли обирати кілька варіантів відповіді, які у попередньому питанні, чимало людей одночасно отримують допомогу в кількох сферах психічного здоров'я.

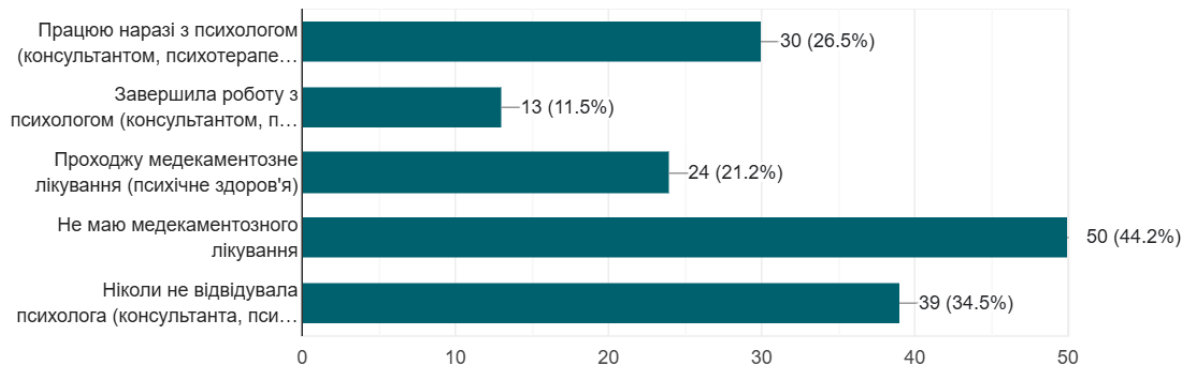


Рис. 2.5. Демографічна інформація (лікування ментального здоров'я)

Більшість респонденток 44,2% (50 осіб) не проходять фармакотерапію та 34,5% (39 осіб) повідомили, що ніколи не відвідували психолога, консультанта чи психотерапевта, що вказує на те, що значна частина групи не мала жодної офіційної професійної підтримки у сфері психічного здоров'я.

З іншого боку, 26,5% (30 осіб) на момент опитування активно відвідують психолога або психотерапевта. Крім того, 21,2% (24 особи) перебувають на медекаментозному лікуванні, пов'язаному саме з психічним здоров'ям, тобто приблизно кожна п'ята учасниця. Невелика частина учасників 11,5% (13 осіб) раніше працювала з фахівцем, але вже завершила цей процес, що свідчить або про досягнення поставлених цілей, або про рішення припинити лікування з інших причин.

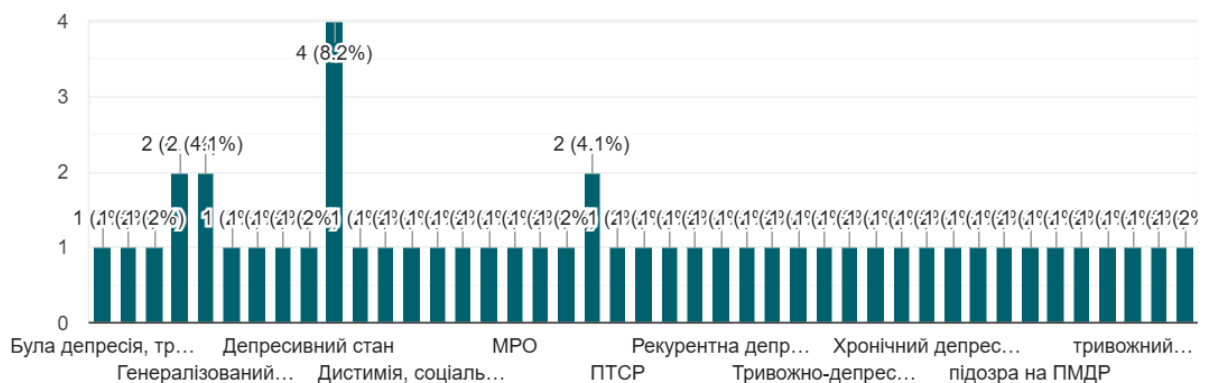


Рис. 2.6. Демографічна інформація (додаткові психічні розлади)

Також майже половина всіх респонденток 38,9% (44 особи), на момент проходження опитування, мала діагностовані психічні розлади, окрім РДУГ.

Загалом, це депресивні та тривожні розлади: депресія, тривожний, генералізований тривожний розлад (ГТР), важкий депресивний розлад, дистимія.

Для цілей даного дослідження, таку вибірку можна вважати доволі репрезентативною, проте не без обмежень. У майбутніх дослідженнях бажано залучити більшу кількість учасників та створити більш чіткий розподіл груп, щоб порівняти контролі та осіб із РДУГ, особливо з і без депресивних розладів. Також доцільно розглянути вибірки чисто з чоловіками та з обома статями і забезпечити ще більш рівномірний віковий розподіл респонденток.

2.4 Дизайн дослідження

Метою даного дослідження є аналіз самоприпинення як явища, яке передуює появі клінічно значущих проявів депресивних розладів у осіб із РДУГ. Зокрема, насамперед враховується рівень самоприпинення, наявність симптомів депресії та РДУГ, а також їх вплив на емоційний стан.

На основі визначеної мети в дослідженні перевіряються три гіпотези:

1. Високий рівень самоприпинення має значущий кореляційний зв'язок з появою депресивних розладів у осіб з РДУГ.
2. Люди з РДУГ матимуть більше субклінічних депресивних проявів в порівнянні зі здоровими контролями, навіть при відсутності депресивних розладів.
3. При РДУГ базові рівні самоприпинення будуть підвищені в порівнянні зі здоровими контролями.

Враховуючи сформульовані гіпотези, це дослідження має на меті вирішити такі завдання:

1. У результаті порядку методологічного аналізу з'ясувати основні підходи до поняття самоприпинення у сучасній психології

2. З'ясувати основні тенденції та особливості депресивних розладів у осіб з РДУГ
3. Дібрати блок методик психодіагностики самоприпинення як предиктора депресії у осіб з РДУГ
4. Встановити рівень вираженості самоприпинення та депресії досліджуваних.
5. З'ясувати зміст та структуру самоприпинення як предиктора депресії у осіб з РДУГ
6. Дослідити вплив самоприпинення на появу симптомів депресії та РДУГ.
7. Розробити рекомендації для психологічного супроводу з депресивними розладами

Емпірична частина дослідження відбувається в декілька етапів. Перший етап передбачає аналітичний огляд теоретичної та практичної наукової літератури, на основі якого розроблені загальні методологічні положення, виокремлені ключові актуальні для дослідження поняття (самоприпинення, РДУГ, депресія), а також обґрунтовані підходи для проведення емпіричних оцінок. Під час цього етапу узагальнюються дані із зарубіжних та українських джерел.

На другому етапі відбувається розробка методології, що передбачає формулювання гіпотез, підготовку інструментів дослідження (анкет, шкал, опитувань), встановлення критеріїв добору вибірки (дорослі жінки віком 18-60 років з РДУГ та без) та дотримання етичних норм під час проведення дослідження. На цьому етапі необхідно було забезпечити доступність, анонімність та безпечність процесу анкетування для потенційних учасників. Емпіричний етап полягав у безпосередньому проведенні онлайн-опитування на платформі Google Forms, щоб отримати кількісну інформацію про емоційний стан, рівень самоприпинення, депресивні прояви чи розлади та наявність чи відсутність РДУГ.

Далі отримані дані обробляються за допомогою статистичних методик на платформах Microsoft Excel та SPSS Statistics: описова статистика, кореляційний та регресійний аналіз - щоб ідентифікувати значущі взаємозв'язки між змінними та зрозуміти як саме самоприниження взаємодіє з депресивними станами. На завершальному етапі здійснюється інтерпретація та аналіз результатів, їх співставлення з даними попередніх досліджень, виокремлення висновків та підготовка рекомендацій для фахівців у сфері ментального здоров'я, людей з РДУГ та загального населення. Таким чином, дизайн дослідження цілком відповідає його меті та має логічний ланцюжок етапів від обґрунтування теоретичних засад, до їх практичного застосування та інтерпретації отриманих даних.

Мета та етапи дослідження сформовані таким чином, щоб уможливити комплексну оцінку зазначених явищ, використовуючи належну методологію. В результаті проведення дослідження будуть отримані дані, які не лише підтверджують або спростовують запропоновані гіпотези, а й покращать розуміння психологічних процесів, що лежать в основі коморбідних депресивних розладів при РДУГ.

2.5 Методи статистичного аналізу

Для аналізу даних використовувалося програмне забезпечення IBM SPSS Statistics (версія 21). Насамперед здійснювався описовий аналіз даних, під час якого було розраховано основні статистичні показники, зокрема середнє значення, медіана, стандартне відхилення, а також мінімальні та максимальні значення для основних змінних. Крім того, щоб ознайомитися з розподілом респонденток за основними соціально-демографічними та психологічними параметрами, створювалися таблиці частот. За допомогою тесту Колмогорова–Смирнова було перевірено нормальність розподілу змінних, однорідність дисперсій оцінювалася тестом Левена при однофакторному дисперсійному аналізі (ANOVA), а для подальшого аналізу різниці груп було використано як параметричний критерій Велча, оскільки

вибірка розподілена на три групи, так і непараметричний критерій Краскала-Уолліса. Кореляційний аналіз, а саме коефіцієнт кореляції Спірмена, було використано для оцінки взаємозв'язків між змінними. Дослідження причинно-наслідкових зв'язків передбачало проведення множинного лінійного регресійного аналізу.

Висновки до розділу 2

1. У даному розділі були вивчені та окреслені основні підходи до вивчення та дослідження зв'язків між самоприпиненням, РДУГ та депресією. З'ясувалося, що доволі часто досліджується взаємовплив РДУГ та депресивних розладів, а також роль дисфункції DMN у цьому процесі. У цих роботах часто розглядаються румінація, негативні автоматичні думки та аутоагресія.
2. З огляду на попередні наукові роботи на подібну тематику, була розроблена емпірична модель для цього дослідження. Незалежними змінними стали соціально-демографічні фактори (вік, вид зайнятості, наявність чи відсутність підозри та офіційного діагнозу РДУГ, присутність коморбідних психічних розладів, досвіду лікування ментального здоров'я). Самоприпинення виступає основним предиктором депресії у даній моделі. Залежна змінна в цьому дослідженні це рівень й тяжкість депресії. Присутність значущого кореляційного зв'язку між високим рівнем самоприпинення та появою депресивних розладів осіб з РДУГ є основною гіпотезою дослідження.
3. У якості психометричного інструментарію для досягнення цілей дослідження, будуть використані інструменти, які мають підтверджену валідність та надійність. При проведенні дослідження застосовувалися Шкала самоприпинення SDS, яка вимірює суб'єктивний рівень самоприпинення, Шкала депресії Бека (BDI) для оцінки рівня депресивних симптомів та Шкала діагностики РДУГ у дорослих (ASRS v.1.1) для перевірки тверджень про наявність підозри на РДУГ та вираженості симптомів розладу, зокрема для подальшого розподілу в одну з трьох груп: контрольна, клінічна та клінічна з офіційним діагнозом РДУГ.

4. 113 жінок увійшли до вибірки в дослідженні, віком від 18 до 60 років, з різними статусами зайнятості, різноманітним досвідом лікування ментального здоров'я та діагностичним профілем. Під час дослідження дотримувалися чіткі стандарти відбору за віком, забезпечувалася добровільна участь за допомогою інформованої згоди, яка додатково інформувала респонденток про цілі та особливості дослідження.

5. Збір даних у рамках дослідження здійснювався в один етап за допомогою онлайн-опитування. В анкету входили як соціально-демографічні питання, так і вищезазначені психометричні шкали. Весь процес анкетування відбувався відповідно до етичних стандартів, обов'язково з дотриманням конфіденційності, а також з правом відмовитися від участі з будь-якої причини. В ході статистичного аналізу будуть застосовані методи, що дозволяють вивчити взаємозв'язки між самоприпиненням, депресією та РДУГ. В тому числі кореляційний, регресійний та частотний аналізи.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Загальні тенденції у показниках самоприпинення, депресії та РДУГ у респонденток

Для того, щоб дослідити, як самоприпинення впливає на депресію у людей з РДУГ, спершу проводилася оцінка надійності використаних шкал, а саме шкали самоприпинення SDS, шкали депресії Бека BDI та шкали самооцінки РДУГ у дорослих ASRS-v.1.1. Ступінь внутрішньої узгодженості, згідно з коефіцієнтом α Кронбаха, для кожної з них є високим: $\alpha = 0,849$ для вимірювання самоприпинення, $\alpha = 0,905$ для оцінки депресії та $\alpha = 0,831$ для скринінгу РДУГ. З огляду на те, що деякі з цих опитувальників не адаптовані українською мовою, слід було перевірити стандартні показники надійності за даними, отриманими в нашому дослідженні.

Таблиця 3.1

Представлення загальних описових статистик

	Самоприпинення	Депресія	Інтенсивність симптомів РДУГ
Середнє	40.35	14.06	9.50
Медіана	41.00	13.00	11.00
Мода	45	19	12 ^a
Стандартне	10.217	9.345	5.292
Мінімум	15	0	0
Максимум	63	42	18

Середній показник по вибірці за шкалою самоприниження (SDS) становив 40,35 ($SD = 10,22$), медіана 41,00, а мода 45. Змішана вибірка, яка розподілена як на контрольну, так і клінічні групи, має середнє значення, яке закономірно знаходиться безпосередньо на межі норми (≤ 40). Подібність значень середнього та медіани свідчить про відносно симетричний розподіл, тоді як мода вказує на те, що більшість респонденток мають або відносно позитивне ставлення до власної особи, або легкі чи помірні прояви самоприниження. Діапазон значень від 15 до 63 охоплює всі категорії тяжкості самоприниження, від норми до суттєвої вираженості явища, що також демонструє суттєву неоднорідність вибірки.

Згідно з Шкалою депресії Бека (BDI), середній бал становив 14,06 ($SD = 9,35$), медіана 13, а мода 19. Середній бал перевищує медіану, що свідчить про позитивний асиметричний характер розподілу. Тобто більшість учасників отримали низькі результати, проте наявність осіб із високими балами зміщує середнє значення в бік збільшення. Мода (19) відповідає діапазону помірної депресії за шкалою BDI (16-19), тоді як найвище зафіксоване значення (42) перетинає межу для тяжкої депресії, що вказує на те, що у вибірці присутні люди з клінічно важкими симптомами.

За шкалою ASRS середнє для вибірки становить 9,50 ($SD = 5,29$), медіана 11,00, а мода 12. Середнє значення виявилось нижчим за медіану, що свідчить про негативний асиметричний нахил у розподілі. Значна частина респонденток отримала відносно високі бали, тоді як частина вибірки, переважно учасники контрольної групи, мають дуже низькі бали, що бажано для розподілу учасників на відповідні групи для подальшого аналізу. Середнє значення вибірки не досягає встановленого рівня для діагностики РДУГ (≥ 14), однак повний діапазон від 0 до 18 вказує на те, що серед учасників є як особи без симптомів, так і ті, у яких спостерігаються найважчі прояви розладу. Різноманітність розподілу ще раз підтверджує неоднорідність вибірки за цим показником. Загалом, описова статистика для всієї вибірки відповідає її неоднорідному характеру. Середні значення за всіма трьома шкалами

наближаються до межі між нормальним та субклінічним рівнями, що є наслідком об'єднання якісно відмінних груп.

Щоб перевірити, чи мають досліджувані змінні нормальний розподіл, було використано два тести: Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Вілка. Результати цих двох тестів дещо відрізняються, тому їх слід інтерпретувати спільно. Обидва тести послідовно підтвердили нормальність розподілу за шкалою самоприпинення (SDS), бо $p = 0,880$ за критерієм Колмогорова-Смірнова та $p = 0,401$ за Шапіро-Вілк перевищують рівень значущості 0,05. У випадку Шкали депресії Бека (BDI) результати двох тестів відрізняються.

Таблиця 3.2

Показники нормальності розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова

	SDS	BDI	ASRS
Статистика тесту	0,588	0,881	1,411
P-значення	0,880	0,419	0,037

Тест Колмогорова-Смірнова не виявив жодних відхилень від нормального розподілу $p = 0,419$, тоді як тест Шапіро-Вілка зафіксував статистично значуще відхилення $p = 0,001$.

Таблиця 3.3

Показники нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілк

	SDS	BDI	ASRS
Статистика тесту	0,988	0,959	0,937
P-значення	0,401	0,001	< 0,001

Так як тест Шапіро-Вілка вважається більш інформативним і точним, особливо для вибірки розміром до 300 осіб, необхідно надати перевагу саме його результатам. Тому розподіл балів за шкалою BDI вважається таким, що не відповідає нормальному розподілу, і для аналізу цієї змінної доцільніше використовувати непараметричні методи.

Щодо шкали ASRS, обидва тести послідовно вказують на відхилення від нормального розподілу, оскільки їх значення асимптотичної значущості $p = 0,037$ (Колмогорова-Смирнова) та $p < 0,001$ (Шапіро-Вілк) менше за критичний рівень 0,05. Такий результат відповідає раніше виявленим мультимодальності та асиметрії розподілу ASRS, зумовленим гетерогенністю вибірки за наявністю або відсутністю симптомів чи діагнозу РДУГ.

Отже, нормальність розподілу підтверджується лише для показників SDS. Результати BDI та ASRS відхиляються від нормального розподілу, що необхідно враховувати при виборі методів для подальшого статистичного аналізу, зокрема, при порівнянні груп та аналізі взаємозв'язків між змінними слід надавати перевагу непараметричним тестам.

Щоб порівняти три групи респонденток за досліджуваними змінними, було проведено однофакторний дисперсійний аналіз.

Таблиця 3.4

Показники гомогенності дисперсій

Тест Левена				
	F	df1	df2	p
Самоприниження	0,953	2	110	0,389
Депресія	0,675	2	110	0,511
Важкість симптомів РДУГ	2,459	2	110	0,09

Перш ніж інтерпретувати результати, було перевірено дотримання припущень про гомогенність дисперсій за допомогою тесту Левена. Результати показали, що дисперсії є гомогенними для всіх трьох шкал адже жоден із показників не досяг рівня статистичної значущості. За шкалою самоприпинення (SDS) тест Левена не виявив статистично значущих відмінностей між дисперсіями груп, де $F = 0,953$, $p = ,389$. Оскільки p -значення суттєво перевищує рівень значущості 0,05, нульова гіпотеза про рівність дисперсій не відхиляється, і передумова гомогенності для цієї змінної вважається виконаною.

Аналогічний результат отримано для показників депресії за шкалою BDI при значенні $F = 0,675$ та $p = 0,511$. Дисперсії трьох груп за цим показником також є статистично однорідними, що підтверджує правомірність застосування параметричних критеріїв для порівняння груп за рівнем депресії.

Для ASRS результат виявився дещо іншим, бо F становить 2,459, тоді як $p = 0,09$. Хоча показник p формально перевищує поріг 0,05 і нульова гіпотеза технічно виконана, значення наближається до межі значущості, що вказує на певну тенденцію до нерівності дисперсій між групами. Ці дані збігаються з результатами, отриманими в попередніх аналізах, де ASRS демонструє найбільшу міжгрупову варіативність, і групи за цим показником є найбільш гетерогенними, відповідно до використання даної шкали для розподілу респонденток на контрольну та дві клінічних групи.

Для подальшого дисперсійного аналізу було використано як параметричний критерій Велча (Welch's One-Way ANOVA, стійкий до порушень нормальності), оскільки вибірка розподілена на три групи, так і непараметричний критерій Краскала-Уолліса, оскільки раніше була встановлена ненормальність розподілу шкал BDI та ASRS.

За допомогою параметричного тесту Велча було виявлено статистично значущі міжгрупові відмінності за всіма трьома шкалами. Для шкали самоприпинення (SDS) результати були $F = 10,9$, $p < 0,001$; для Шкали депресії Бека (BDI) $F = 12,3$, $p < 0,001$; а для шкали ASRS було зафіксовано найбільш

виражений ефект $F = 90,5$, $p < 0,001$. Значення F для SDS відносно високе і вказує на те, що відмінності між групами за рівнем самоприпинення більш ніж в 10 разів перевищують випадкову внутрішньогрупову варіацію.

Таблиця 3.5

Показники критерія Велча

One-Way ANOVA				
	F	df1	df2	p
Самоприпинення	10.9	2	65.6	<0,001
Депресія	12.3	2	64.2	<0,001
Важкість симптомів РДУГ	90.5	2	70.5	<0,001

Подібний результат отримано і для BDI, що трохи вища величина F порівняно з SDS свідчить про те, що групи відрізняються за балами за Шкалою депресії Бека навіть більш помітно, ніж за SDS. Для ASRS F є значно вищим порівняно з іншими шкалами, що вказує на те, що групи відрізняються найбільш помітно саме за симптомами РДУГ.

Таблиця 3.6

Показники критерія Краскала-Уолліса

Критерій Краскала-Уолліса			
	χ^2	df	p
Самоприпинення	18,4	2	<0,001
Депресія	21,6	2	<0,001
Важкість симптомів РДУГ	69,2	2	<0,001

Результати непараметричного критерію Краскала-Уолліса повністю підтверджують вищезазначені дані. Узгодженість між параметричним і непараметричним підходами підвищує надійність отриманих результатів та свідчить про те, що відмінності між групами не є статистичним артефактом і підтверджуються незалежно від обраного методу аналізу.

По шкалі самоприпинення (SDS) отримано результат $\chi^2(2) = 18,4$, $p < 0,001$. Це значення вказує на статистично значущі відмінності між групами у розподілі рангів за балами самоприпинення. Нульова гіпотеза щодо рівності медіан у трьох групах відхиляється, що підтверджує, що контрольна та клінічні групи суттєво відрізняються за рівнем самоприпинення, і що ця відмінність не випадкова.

Шкала депресії (BDI) продемонструвала дещо вищі статистичні показники $\chi^2(2) = 21,6$, $p < 0,001$. Відмінності між групами за показниками депресії є статистично значущими та перевищують інтенсивність відмінностей у самоприпиненні, що вказує на більш виражену міжгрупову диференціацію за цим показником порівняно з SDS.

Найвищу статистичну значущість має шкала ASRS, при $\chi^2(2) = 69,2$ та $p < 0,001$. Це значення більш ніж в три рази перевищує відповідний показник для депресії та майже в чотири для самоприпинення. Цей результат вказує на те, що саме симптоми РДУГ є найбільш чутливим індикатором для диференціації між групами, оскільки розподіл рангів за шкалою ASRS між групами настільки нерівномірний, що ймовірність отримання подібного результату внаслідок випадковості є надзвичайно низькою.

Таким чином, усі три групи респонденток (контрольна, клінічна та клінічна з формальним діагнозом) статистично значуще відрізняються між собою за показниками самоприпинення, депресії та симптоматики РДУГ. Порядок впливу є однаковим за обома критеріями. Найбільш помітні відмінності між групами спостерігаються за шкалою ASRS, дещо менші за

шкалою BDI і найменші за SDS, хоча всі три відмінності є статистично значущими на рівні $p < 0,001$.

3.2 Вплив самоприпинення та наявності РДУГ на рівень депресивних проявів: кореляційний та регресійний аналіз

Щоб дослідити взаємозв'язок між самоприпиненням та депресією, було використано коефіцієнт кореляції Спірмена, що є обґрунтованим вибором з огляду на раніше встановлений ненормальний розподіл даних за шкалою BDI. Аналіз проводився окремо для кожної з трьох груп респонденток, що дозволило не тільки визначити загальну тенденцію, а й виявити специфіку взаємозв'язку залежно від клінічного стану учасників.

У контрольній групі ($n = 43$) було виявлено сильну позитивну кореляцію між самоприпиненням та рівнем депресії при $r = 0,740$, $p < 0,001$. Отже, серед осіб без клінічного діагнозу вищі показники за шкалою самоприпинення послідовно супроводжуються вищими показниками за шкалою депресії Бека, і цей зв'язок є стійким та статистично значущим. Коефіцієнт кореляції $0,740$ вказує на те, що самоприпинення та ознаки депресії є тісно пов'язаними явищами незалежно від клінічного статусу особи, і що обидві шкали значною мірою виміряли спільний психологічний конструкт навіть у загальній популяції.

Клінічна група ($n = 42$) демонструє статистично значущу, хоча й помітно слабшу, кореляцію між тими самими показниками, $r = 0,510$, $p = 0,001$. Зниження коефіцієнта кореляції порівняно з контрольною групою є теоретично значущим спостереженням, яке можна пояснити кількома факторами. По-перше, у клінічній групі депресивні симптоми є більш гетерогенними за своїм походженням, бо їм можуть бути властиві не лише самоприпинення, а й інші клінічні фактори, зокрема супутні розлади, медикаментозне лікування або тяжкість первинного діагнозу. По-друге, у клінічній вибірці діапазон значень за шкалами SDS та BDI значно ширший, що

може послаблювати лінійний характер взаємозв'язку. Проте значення $\rho = 0,510$ відповідає помірно сильній кореляції, яка залишається клінічно значущою.

У групі клінічних учасників з офіційним діагнозом РДУГ ($n = 28$) показники кореляції між самоприниженням та депресією найвищі серед усіх трьох груп ($\rho = 0,783$, $p < 0,001$). Отриманий результат є особливо значущим. Більш однорідний склад цієї підгрупи, що складається з осіб із підтвердженим діагнозом РДУГ, значно зменшує потенційний вплив сторонніх факторів і робить зв'язок між досліджуваними явищами більш чітким та виразним. Тобто саме там, де нейророзвитковий розлад клінічно підтверджено, обидва застосовані психометричні інструменти демонструють найбільш узгоджену оцінку одного й того ж стану. Варто також зазначити, що попри найменший розмір вибірки в цій групі ($n = 28$), кореляція залишається найсильнішою, що підсилює її стійкість.

Під час порівняння результатів між групами спостерігається чітка закономірність, де сила кореляції між самоприниженням та депресією найнижча у клінічній групі без офіційного діагнозу РДУГ ($\rho = 0,510$) і значно вища як у контрольній групі ($\rho = 0,740$), так і в клінічній групі з діагнозом ($\rho = 0,783$). Це може свідчити про те, що клінічна група без офіційного діагнозу є найбільш гетерогенною з точки зору психологічного профілю, оскільки до неї потенційно входять особи з різними субклінічними станами, що послаблює зв'язок між досліджуваними змінними. Або в клінічній групі, навіть при наявності значущих проявів депресії та самоприниження, показники не зростають однорідно, на що може впливати гетерогенний характер проявів депресивних розладів. І навпаки, наявність офіційного діагнозу, є ознакою більш конкретного та однорідного психологічного профілю, в якому самоприниження та депресія утворюють близько пов'язаний комплекс симптомів.

Загалом результати кореляційного аналізу підтверджують статистично значущий зв'язок ($p \leq 0,001$) між самоприниженням та депресивними симптомами в усіх трьох групах. Отримані коефіцієнти є позитивними та

статистично значущими, що свідчить про міцний і відтворюваний зв'язок між цими явищами незалежно від клінічного контексту, хоча інтенсивність цього зв'язку варіюється залежно від складу групи.

Щоб визначити, що могло спричинити таку різницю в коефіцієнтах кореляції між самоприпиненням та депресією у клінічній групі без офіційного діагнозу РДУГ порівняно з іншими групами, було проведено додатковий розширений кореляційний аналіз. Це було зроблено за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена, як і в попередній моделі, але з урахуванням чотирьох змінних:

- самоприпинення (SDS)
- показники депресії (BDI)
- наявність додаткових психічних розладів
- досвід лікування ментального здоров'я

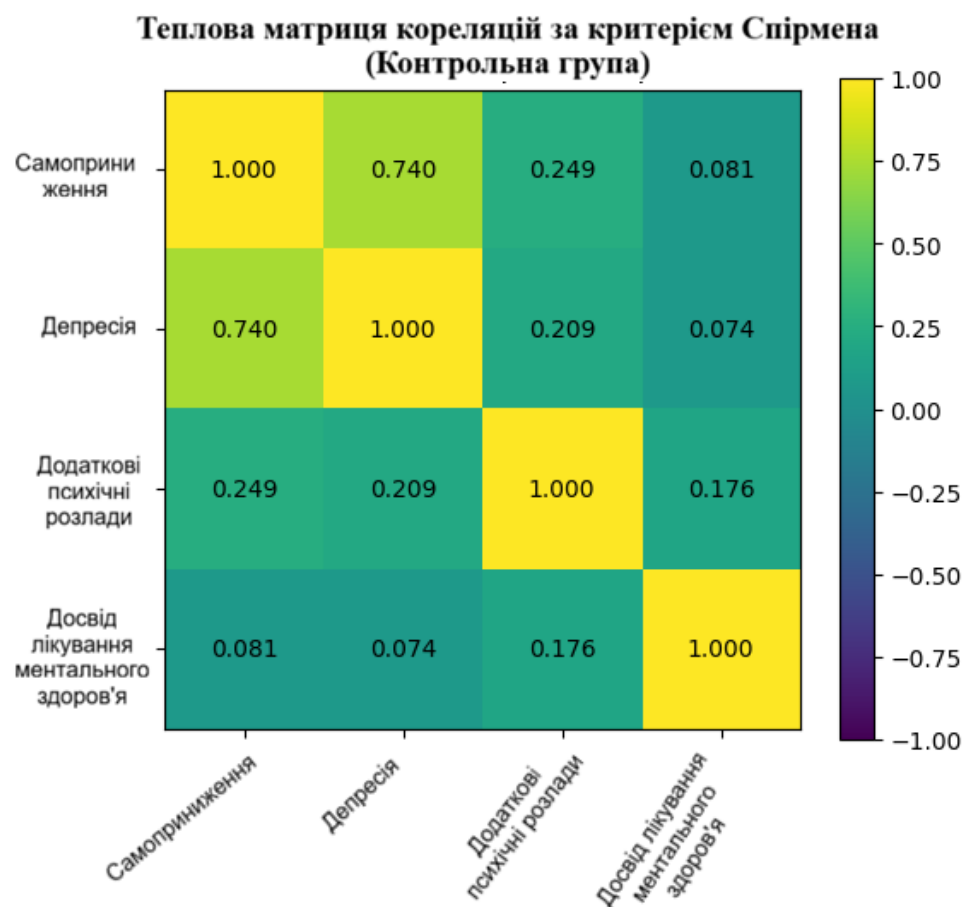


Рис. 3.1 Теплова матриця кореляцій змінних (контрольна група)

Відсутність будь-яких значущих кореляцій, пов'язаних з додатковими психічними розладами та досвідом лікування, повністю відповідає очікуванням для контрольної групи. У здоровій популяції ці фактори вочевидь не мають систематичного зв'язку з рівнем депресивних симптомів або самоприпиненням, оскільки відсутні вагомі підстави для звернення до психіатра чи психолога, з точки зору респонденток.

Клінічна група ($n = 42$) відрізняється істотною складністю, оскільки разом із підтвердженою значущою кореляцією між самоприпиненням та депресією ($p = 0,510$) у цій групі було встановлено ще один статистично вагомий взаємозв'язок між наявністю супутніх психічних розладів та досвідом лікування ментального здоров'я ($p = 0,660$). Ця сильна позитивна кореляція свідчить про те, що особи з більшою кількістю супутніх психічних розладів, відповідно, більше звертаються за психіатричною чи психологічною допомогою. З клінічної точки зору така закономірність є логічною, адже коморбідний діагностичний профіль зазвичай зумовлює більш активне та тривале лікування.

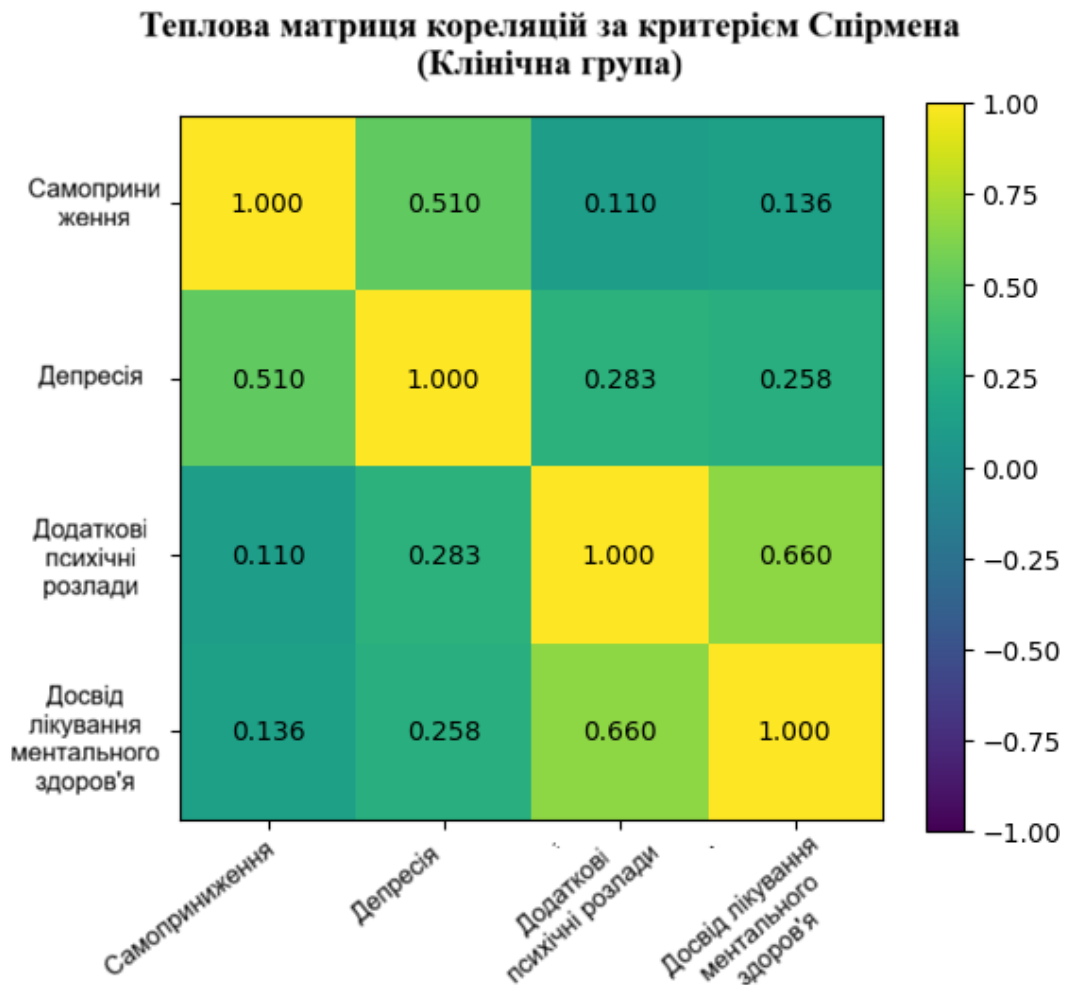


Рис. 3.2 Теплова матриця кореляцій змінних (клінічна група)

Водночас взаємозв'язки між депресією та цими двома змінними залишаються слабкими, хоча кореляції з додатковими розладами ($\rho = 0,283$) та досвідом лікування ($\rho = 0,258$) наближаються до порогу статистичної значущості, що може вказувати на наявність тенденцій, які потребують перевірки на основі збільшеної вибірки.

У групі з офіційним діагнозом ($n = 28$) знову підтвердилася найсильніша кореляція між самоприпиненням та депресією ($\rho = 0,783$). Однак принципово важливою особливістю цієї групи є повна відсутність будь-яких значущих зв'язків між усіма іншими змінними. Кореляція між самоприпиненням та наявністю супутніх психічних розладів слабка ($\rho = 0,173$), що вказує на

відсутність переконливих доказів безпосереднього зв'язку вищих рівнів самоприпинення з кількістю супутніх психічних розладів у цій групі.



Рис. 3.3 Теплова матриця кореляцій змінних (клінічна група з офіційним діагнозом)

Аналогічно, взаємозв'язок між депресією та супутніми психічними розладами теж незначний ($\rho = 0,176$). Однак існує помірна негативна кореляція між самоприпиненням та досвідом лікування ментального здоров'я ($\rho = -0,291$). Незважаючи на те, що цей зв'язок занадто слабкий, він свідчить про нижчий рівень самоприпинення у осіб, які зверталися за психологічною чи психіатричною допомогою, бо фармакотерапія та психотерапія зазвичай

позитивно впливають на самооцінку та самосприйняття. Водночас зв'язок між депресією та досвідом лікування психічних розладів також негативний, але ще менший ($\rho = -0,099$). Коефіцієнт кореляції між додатковими психічними розладами та досвідом лікування психічних розладів також виявився статистично незначущим ($\rho = 0,148$) у цій групі. Отримані дані вказують на те, що коморбідні психічні розлади не обов'язково супроводжуються більш інтенсивним зверненням до послуг з психіатричної чи психологічної допомоги. Проте це також може бути викликане невеликим розміром вибірки та більш однорідним діагностичним профілем респонденток.

Отже, комплексне порівняння трьох груп дозволяє зробити кілька ключових припущень. По-перше, зв'язок між самоприпиненням та депресією стійкий та послідовний в усіх досліджуваних групах в обох моделях кореляційного аналізу, що підтверджує його надійність незалежно від умов. По-друге, саме в клінічній групі без офіційного діагнозу РДУГ спостерігається найскладніша структура взаємозв'язків між змінними, зокрема сильна кореляція між складністю діагностичного профілю та досвідом лікування ментального здоров'я. По-третє, контрольна та діагностована клінічна групи демонструють більш «чисту» картину, де значущим залишається лише первинний зв'язок між двома основними досліджуваними змінними. Загалом ці результати свідчать про те, що супутні психічні розлади та досвід лікування ментального здоров'я є значущими факторами переважно в гетерогенній клінічній групі, тоді як у чітко визначених групах, їх вплив на структуру депресивного симптомокомплексу мінімальний або статистично непідтверджений у межах даної вибірки.

Для перевірки впливу показників самоприпинення та інтенсивності симптомів РДУГ на рівень депресивних симптомів було проведено множинний лінійний регресійний аналіз окремо для контрольної, клінічної та клінічної групи з діагностованим РДУГ. Залежною змінною була депресія (загальний бал за шкалою депресії Бека), а предикторами стали вираженість симптомів РДУГ (за шкалою ASRS) та самоприпинення (загальний бал за шкалою SDS).

У контрольній групі регресійна модель виявилася статистично значущою з $R = 0,722$, $R^2 = 0,522$, скоригованим $R^2 = 0,498$ та $F = 21,826$ при $p < 0,001$.

Таблиця 3.7

Модель двофакторного регресійного аналізу для контрольної групи

Контрольна група						
R		R ²	R ² (скоригований)		F	
0,722 ^a		0,522	0,498		21,826	
Регресійні коефіцієнти предикторів						
	Нестандартизований коефіцієнт (B)	Стандарт на похибка	Стандартизований коефіцієнт (B)	t-критерій Стьюдента (t)	Рівень статистичної значущості (p)	Показник мультиколінеарності (VIF)
Самоприпинення	0,569	0,103	0,755	5,546	0,000	1,551
Вираженість РДУГ	-0,124	0,293	-0,058	-0,423	0,675	1,551

Це вказує на те, що модель пояснює 52,2% дисперсії депресивних симптомів, а отже, її пояснювальна сила доволі висока. Аналіз предикторів показав, що самоприпинення є єдиним статистично значущим фактором, оскільки для цієї змінної було отримано $\beta = 0,755$, $t = 5,546$ при $p < 0,001$, що свідчить про сильний позитивний ефект. Фактично, із підвищенням рівня самоприпинення зростає й ступінь депресивних симптомів. Натомість інтенсивність симптомів РДУГ не продемонструвала статистично значущого внеску в модель ($\beta = -0,058$; $t = -0,423$; $p = 0,675$), оскільки негативний

напрямок коефіцієнта є дуже слабким і не має практичного значення. Показники мультиколінеарності в контрольній групі знаходяться в межах норми ($VIF = 1,551$), тому проблеми надмірної взаємозалежності між предикторами немає.

У клінічній групі модель також виявилася статистично значущою ($R = 0,555$, $R^2 = 0,308$, скоригований $R^2 = 0,273$, $F = 8,685$, $p = 0,001$).

Таблиця 3.8

Загальна модель двофакторного регресійного аналізу для клінічної групи

Клінічна група						
R		R ²	R ² (скоригований)		F	
0,555 ^a		0,308	0,273		8,685	
Регресійні коефіцієнти предикторів						
	Нестандартизований коефіцієнт (B)	Стандартна похибка	Стандартизований коефіцієнт (B)	t-критерій Стьюдента (t)	Рівень статистичної значущості (p)	Показник мультиколінеарності (VIF)
Самоприпинення	0,491	0,148	0,461	3,326	0,002	1,081
Вираженість РДУГ	0,566	0,377	0,208	1,503	0,141	1,081

Отримані результати вказують на те, що предиктори пояснюють 30,8% дисперсії показників депресії, що дозволяє інтерпретувати це як помірний рівень пояснювальної сили моделі. В цій групі самоприпинення, як і в попередній, залишається єдиним статистично значущим предиктором депресії ($\beta = 0,461$, $t = 3,326$, $p = 0,002$). Отже, навіть у клінічній вибірці вищий рівень

самоприпинення пов'язаний із посиленням симптомів депресії. Хоча тяжкість симптомів РДУГ має позитивну кореляцію з депресією серед респонденток клінічної групи, вона не досягає статистичної значущості ($\beta = 0,208$, $t = 1,503$, $p = 0,141$). Показники мультиколінеарності в цій групі також дуже низькі ($VIF = 1,081$), що підтверджує незалежність предикторів один від одного та відсутність систематичної похибки в результатах.

Найвища пояснювальна здатність моделі була зафіксована у групі респонденток із клінічно підтвердженим діагнозом РДУГ. R виявився $0,798$, $R^2 = 0,636$, скоригованим $R^2 = 0,607$ та $F = 21,886$ при $p < 0,001$.

Таблиця 3.9

Загальна модель двофакторного регресійного аналізу для клінічної групи з офіційним діагнозом РДУГ

Клінічна (діагноз) група						
R		R ²	R ² (скоригований)		F	
0,798 ^a		0,636	0,607		21,886	
Регресійні коефіцієнти предикторів						
	Нестандартизований коефіцієнт (B)	Стандартна похибка	Стандартизований коефіцієнт (B)	t-критерій Стьюдента (t)	Рівень статистичної значущості (p)	Показник мультиколінеарності (VIF)
Самоприпинення	0,777	0,121	0,782	6,404	0,000	1,027
Вираженість РДУГ	0,263	0,434	0,074	0,605	0,550	1,027

Це означає, що 63,6% дисперсії рівня депресії пояснюється сукупним впливом самоприпинення та тяжкості симптомів РДУГ. Якщо дослідити коефіцієнти регресії, самоприпинення залишається дуже сильним і статистично значущим предиктором депресії й у цій групі ($\beta = 0,782$, $t = 6,404$, $p < 0,001$). Значення β вказує на дуже сильний позитивний зв'язок між негативним ставленням до себе та рівнем депресивних симптомів у осіб з клінічно підтвердженим діагнозом. Водночас тяжкість симптомів РДУГ все ще ніяк не впливає на модель як незалежний статистично значущий фактор ($\beta = 0,074$, $t = 0,605$, $p = 0,550$). Показники мультиколінеарності також знаходяться в межах норми ($VIF = 1,027$) для даної групи.

В цілому, результати першої моделі регресійного аналізу демонструють однакову закономірність у всіх трьох групах, де самоприпинення виступає найбільш вагомим і статистично значущим предиктором депресивних симптомів, тоді як тяжкість симптомів РДУГ, після урахування рівня самоприпинення, немає самостійного істотного впливу. Відсутність мультиколінеарності в моделі підтверджує правильність інтерпретації коефіцієнтів регресії та вказує на статистичну надійність побудованої моделі. Найсильніший зв'язок між самоприпиненням та депресією спостерігається у групі осіб із клінічно підтвердженим діагнозом РДУГ, де модель пояснює понад 60% дисперсії залежної змінної. Це може вказувати на особливу роль самоприпинення як психологічного механізму, що підтримує або посилює депресивні симптоми в осіб із клінічними проявами РДУГ.

Додатково здійснювався другий, більш комплексний регресійний аналіз, який передбачав одночасне використання чотирьох предикторів (як і в розширеному кореляційному аналізі):

- самоприпинення (SDS)
- інтенсивність симптомів РДУГ (ASRS)
- наявністю додаткових психічних розладів
- досвід лікування ментального здоров'я

Депресія залишається залежною змінною в усіх моделях. Порівняння розширеної моделі з двопрередикторною дозволяє оцінити, наскільки клінічні та анамнестичні змінні мають додаткову пояснювальну цінність.

У контрольній групі регресійна модель зберегла статистичну значущість, проте коефіцієнт багатофакторної кореляції становив 0,726, що майже не відрізняється від попередньої моделі ($R = 0,722$). Значення $R^2 = 0,527$ свідчить про те, що модель пояснює 52,7 % дисперсії депресивних симптомів, тоді як у попередній моделі цей показник становив 52,2 %. Тому додаткові два предиктори збільшили пояснювальну здатність лише на 0,5%, тобто мінімально. Скоригований коефіцієнт детермінації навіть дещо зменшився з 0,498 до 0,477, що вказує на відсутність істотної користі від введення додаткових змінних. Стандартна похибка оцінки дещо зросла (з 5,45 до 5,56), тому точність прогнозу не покращилася. Аналіз коефіцієнтів показав, що самоприпинення залишилося єдиним статистично значущим предиктором у контрольній групі ($B=0,562$, $\beta=0,746$, $t=5,308$, $p<0,001$). Сила його впливу фактично не змінилася порівняно з попередньою моделлю ($\beta=0,755$), що вказує на стабільність даної змінної. Натомість тяжкість симптомів РДУГ знову не досягла статистичної значущості ($B=-0,093$, $\beta=-0,043$, $p=0,785$), як і очікувалося для контрольної групи, подібно до додаткових психічних розладів ($B=0,276$, $\beta=0,025$, $p=0,848$) та досвіду лікування ментального здоров'я ($B=-1,054$, $\beta=-0,078$, $p=0,516$). Таким чином, нові змінні не продемонстрували значущого впливу на прогнозування депресії в контрольній групі.

Розширена модель також зберегла свою статистичну значущість у клінічній групі ($F=5,559$, $p=0,001$). Порівняно з попередньою, спостерігалось певне покращення пояснювальної здатності моделі, оскільки коефіцієнт R зріс з 0,555 до 0,613, а R^2 з 0,308 до 0,375, і нова модель тепер пояснює 37,5 % дисперсії депресивних проявів замість 30,8 %. Водночас скориговане R^2 залишилося майже незмінним (0,308 замість 0,273), що вказує на помірне поліпшення якості моделі після включення нових змінних. Стандартна похибка оцінки дещо зменшилася з 7,442 до 7,260, що означає, що точність

прогнозу дещо покращилася. Незважаючи на це, самоприпинення як і раніше залишалося єдиним статистично вагогим предиктором ($B=0,485$, $\beta=0,455$, $t=3,347$, $p=0,002$). Його вплив майже не змінився порівняно з попередньою моделлю ($\beta=0,461$). Вираженість симптомів РДУГ також виявилася статистично незначущою ($B=0,482$, $\beta=0,177$, $p=0,202$), хоча її позитивний зв'язок із депресією дещо посилювався порівняно з попередньою моделлю. Додаткові психічні розлади також не досягли порогового рівня ($B=1,497$, $\beta=0,254$, $p=0,102$), однак цей предиктор показав тенденцію, найближчу до значимості серед нових змінних, що може вказувати на потенційний вплив коморбідної психопатології на рівень депресії в клінічній групі. Досвід лікування ментального здоров'я не мав суттєвого впливу ($B=0,122$, $\beta=0,014$, $p=0,929$), а показники мультиколінеарності також були низькими ($VIF=1,094-1,392$), що підтверджує незалежність предикторів.

Найбільш ефективна модель знову була одержана для групи з клінічним діагнозом РДУГ. Регресійний аналіз виявив статистично значущу модель ($F = 11,584$, $p < 0,001$), в якій коефіцієнт множинної кореляції зріс з $0,798$ до $0,817$, а R^2 з $0,636$ до $0,668$. Отже, після введення додаткових змінних модель почала пояснювати $66,8\%$ дисперсії показників депресії. Скоригований R^2 також дещо підвищився з $0,607$ до $0,611$, що свідчить про помірне, але поліпшення моделі. Стандартна похибка оцінки залишилася практично незмінною ($6,040$ замість $6,016$). У цій групі самоприпинення вкотре виявилось найсильнішим предиктором ($B=0,820$, $\beta=0,826$, $t=6,304$, $p<0,001$). У порівнянні з попередньою моделлю сила його впливу навіть дещо зросла з $\beta=0,782$ до $\beta=0,826$, що підтверджує надзвичайно сильний зв'язок між показниками самоприпинення та депресивними симптомами у людей з офіційним діагнозом РДУГ. Ступінь тяжкості симптомів РДУГ не показала статистично значущого впливу ($B=0,269$, $\beta=0,076$, $p=0,541$), навіть у цій групі, як і супутні психічні розлади ($B=0,269$, $\beta=0,054$, $p=0,669$) та досвід лікування ментального здоров'я ($B=1,342$, $\beta=0,167$, $p=0,212$). Таким чином, навіть після врахування додаткових клінічних факторів самоприпинення продовжує виступати основним

предиктором депресивних симптомів. Значення VIF (1,032–1,189) вказують на майже повну відсутність мультиколінеарності.

В цілому, присутність супутніх психічних розладів та досвід лікування ментального здоров'я, при порівнянні двох регресійних моделей, ніяк не вплинули на структуру отриманих результатів. Самоприпинення продовжує бути основним і стабільним предиктором рівня депресивних симптомів в усіх трьох групах, адже його вплив виявився статистично значущим у кожній моделі з найвищими стандартизованими коефіцієнтами β . Натомість, інтенсивність симптомів РДУГ у жодному випадку не продемонструвала незалежного статистично вагомого впливу. У клінічній групі додаткові психічні розлади дещо впливали на рівень депресії, втім, нові предиктори виявилися несуттєвими.

Під час повторного регресійного аналізу розширеної моделі, на відміну від перший двох варіантів, було застосовано процедуру відбору предикторів, щоб визначити лише ті змінні, які мають істотне статистичне значення для прогнозування проявів депресії.

До остаточної моделі для контрольної групи увійшов лише один предиктор самоприпинення. Модель пояснює 52,0 % дисперсії депресивних симптомів, при $R = 0,721$ та $R^2 = 0,520$. Скориговане $R^2 = 0,508$ вказує на високу стабільність моделі, а стандартна похибка оцінки становила 5,396. Коефіцієнт регресії для самоприпинення був статистично значущим і позитивним ($B = 0,543$; $\beta = 0,721$; $t = 6,661$, $p < 0.001$). Решта змінних, зокрема важкість симптомів РДУГ ($p = 0,675$), наявність додаткових психічних розладів ($p = 0,895$) та історія лікування психічних розладів ($p = 0,464$), були вилучені з моделі з огляду на статистичну незначущість. Порівняно з попередньою моделлю, до якої входили всі предиктори, результати не змінилися, бо єдиним суттєвим фактором продовжує бути самоприпинення, і модель має майже однакову пояснювальну здатність ($R^2 = 0,520$ замість 0,527). Відповідно, додаткові змінні тільки ускладнюють модель, без впливу на прогностичну здатність у контрольній групі.

У клінічній групі метод покрокового відбору виявив дві моделі. Перший етап охоплював лише самоприпинення, адже ця змінна сама по собі пояснювала 26,8 % варіації депресивних симптомів, при $R = 0,518$ та $R^2 = 0,268$ ($p < 0,001$). Проте у цій групі самоприпинення має лише помірний вплив на рівень депресії ($\beta = 0,518$, $p < 0,001$). Незважаючи на те, що на другому етапі змінна «додаткові психічні розлади» увійшла в модель, R збільшився до 0,588, а R^2 до 0,346. Тобто ці дві змінні спільно пояснюють 34,6% дисперсії рівня депресії серед респонденток, але зростання пояснювальної сили на 7,8% помітне, проте незначне. R^2 збільшився до 0,313, тоді як стандартна похибка оцінки зменшилася з 7,559 до 7,235, що свідчить про підвищення точності моделі, але не достатньо для висновку про її досконалість. В остаточній моделі для клінічної групи самокритичність залишилася найсильнішим фактором ($\beta=0,504$, $p<0,001$), тоді як супутні психічні розлади також вперше продемонстрували незалежний внесок у прогнозування депресії ($B=1,649$, $\beta=0,280$, $p=0,037$). Отже, наявність супутніх психічних розладів, навіть після врахування впливу самоприпинення, впливає на рівень депресивних симптомів. Натомість вираженість симптомів РДУГ ($p=0,191$) та досвід лікування психічних розладів ($p=0,837$) були виключені з моделі. Важливо, що в попередньому регресійному аналізі додаткові психічні розлади не набули статистичної вагомості ($p=0,102$), однак у покроковій моделі, після вилучення інших змінних, вплив супутньої психопатології став більш виразним та незалежним.

Підсумкова модель для групи з клінічним діагнозом РДУГ повторно містила лише самоприпинення. Коефіцієнт множинної кореляції R дорівнював 0,794, а $R^2 = 0,631$, тож самоприпинення зумовлювало 63,1 % дисперсії рівня депресії, тоді як скориговане $R^2 = 0,617$ свідчить про дуже високу стабільність даної моделі. Коефіцієнт регресії для самоприпинення виявився високим, $\beta=0,794$, що підтверджує надзвичайно сильну позитивну кореляцію між самоприпиненням та рівнем депресії у осіб з офіційним діагнозом. Інші змінні були виключені з моделі через відсутність значущого впливу. У порівнянні з

попереднім аналізом результати залишилися незмінними, і самоприпинення послідовно зберігає свою роль як основного та, де-факто, єдиного предиктора проявів депресії.

Отже, покроковий регресійний аналіз не тільки підтвердив результати попередніх моделей, а й дозволив більш чітко визначити структуру предикторів у різних групах. Зокрема, у клінічній групі покрокова процедура розкрила додатковий незалежний внесок змінної «додаткові психічні розлади», який не досяг статистичної значущості в попередніх стандартних багатофакторних регресійних аналізах. Коморбідність грає додаткову роль у розвитку депресивних симптомів саме у клінічній групі, хоча її вплив значно слабший ніж у самоприпинення. Слід зазначити, що клінічна група є найбільш психологічно гетерогенною, тому аби належним чином прогнозувати депресію в її межах, необхідно враховувати не лише рівень самоприпинення, а й діагностичну складність клінічного профілю пацієнта.

Згідно з результатами трьох регресійних аналізів, самоприпинення виступає ключовим психологічним фактором, пов'язаним із рівнем депресії як у неклінічних, так і в клінічних зразках. Саме негативне ставлення до себе, а не інші змінні, найкраще пояснює різноманітність проявів депресії в різних групах учасників дослідження. Таким чином, забезпечуючи психологічну підтримку особам із депресивними розладами та РДУГ, надзвичайно важливо приділяти увагу самосприйняттю, самокритиці та негативним когнітивним схемам.

3.3 Інтерпретація результатів статистичного аналізу

Оскільки дані кореляційного та регресійного аналізів виявили значущі зв'язки між досліджуваними явищами, але групи респонденток не достатньо статистично відрізняються одна від одної, для подальшої перевірки гіпотез необхідно оглянути частоти відповідей та розподілу учасників відповідно до ступеню тяжкості самоприпинення та депресивних проявів.

Більшість учасників дослідження мають прояви самоприниження. Саме у контрольній групі найбільший показник позитивного ставлення до власної особи (20,9%), ще 46,5% мають трохи виражене самоприниження, що закономірно для її представників.

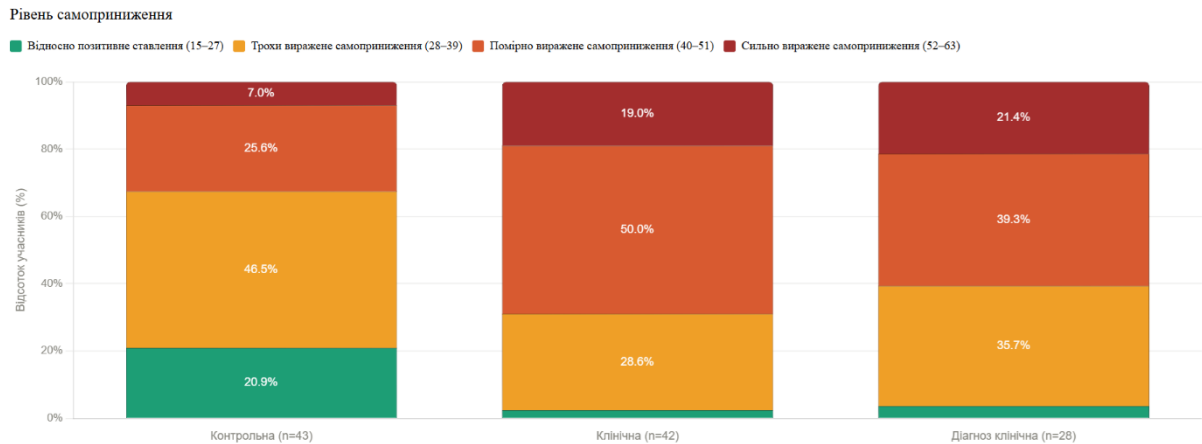


Рис. 3.4 Розподіл респонденток за рівнем самоприниження

Помірно виражене самоприниження спостерігається у 25,6%, а сильно виражене лише у 7 %. Оскільки серед респонденток цієї групи були люди з попередніми діагнозами (депресивні, тривожні розлади) та саме опитування відбулося взимку, коли навіть серед здорової популяції можуть переважати ознаки сезонної депресії, частина показників самоприниження потенційно завищені.

З іншого боку, в обох клінічних групах майже повністю відсутні респондентки з позитивним самосприйняттям, лише по одній особі на кожну відповідно (2,4%). У 28,6% представників клінічної групи є незначні проблеми з самокритичністю, але половина групи вже стикається з більш вираженими проблемами з впевненістю у собі. Але близько однієї п'ятої учасників мають доволі негативне самосприйняття.

У підгрупі з офіційним діагнозом РДУГ розподіл досліджуваних більш рівномірний, порівняно з контрольною та клінічною групами, однак вже 2 учасники (3,6%) мають відносно здорове відношення, 35,7 % опитаних схильні

до легкого самозневаження, 39,3 % переживають помітне відчуття власної неповноцінності. 21,4% потерпають від серйозного самоприниження, причому це найвищий показник для даного рівня серед усіх трьох груп.

Наразі, можна стверджувати, що респондентки з обох клінічних груп мають статистично вищі показники самоприниження, в порівнянні з контрольною. Якщо розглядати клінічну групу з офіційним діагнозом РДУГ, то самоприниження справді більш поширене в цій категорії осіб та має важчі прояви, на відміну від загальної популяції.

Якщо розглянути рівні депресії, то в контрольній групі набагато краща ситуація, з точки зору ментального здоров'я, адже в більш ніж половини учасників (58,1%) майже немає депресивних симптомів, а у 23,3% спостерігаються лише легка депресія. В цілому, 81,4% групи або знаходиться в межах норми або мають легкі прояви. Вже помірна депресія була зафіксована у 11,6% учасників, виражена всього у 4,7%, а важка у 2,3%. Головною особливістю цих даних є той факт, що у контрольній групі особи з сильно вираженими депресивними проявами (>15 балів), як правило, навіть не мають відповідного психіатричного діагнозу і не звертались до будь-якого спеціаліста у сфері ментального здоров'я.

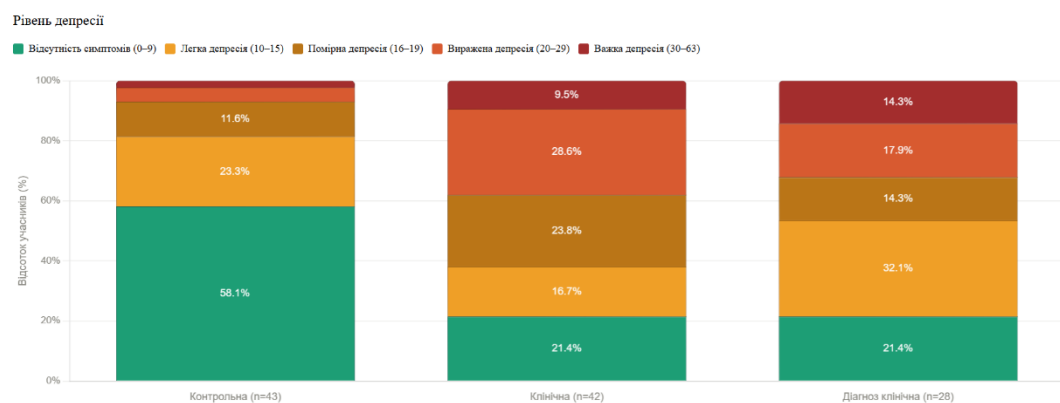


Рис. 3.5 Розподіл респонденток за рівнем депресії

Головною особливістю цих даних є той факт, що у контрольній групі особи з сильно вираженими депресивними проявами (>15 балів), як правило,

навіть не мають відповідного психіатричного діагнозу і не звертались до будь-якого спеціаліста у сфері ментального здоров'я.

Натомість, кількість здорових респонденток у клінічній групі, з огляду на депресію, різко скорочується до 21,4%, тоді як учасники в основному розподілені між помірним рівнем (23,8%) та суттєво вираженою депресією (28,6%). Важка депресія спостерігається вже у 9,5% клінічної групи, хоча чимало осіб з цим рівнем встигли звернутися за психіатричною допомогою та працюють з психотерапевтами відповідно, але фармакотерапія як спосіб лікування не поширена в цій групі. Скоріш за все, ці дані пов'язані з твердженнями респонденток у цій групі, щодо наявності у них підозри на РДУГ, яка спонукає до консультацій з фахівцями, проте це не означає, що їх здогадки підтвердяться з першого візиту, бо для діагностики РДУГ необхідно звертатися до психодіагностів чи психіатрів з кваліфікаціями безпосередньо у цій сфері. Також симптоматичні та фенотипові прояви РДУГ не обов'язково досягнуть клінічного рівня втручання в сфері життя, однак все одно можуть мати вплив на повсякдення, що впливатиме на самосприйняття.

Незважаючи на те, що частка осіб технічно без депресії в групі з офіційним діагнозом РДУГ така сама, як і в клінічній (21,4%), тут спостерігається найвища серед усіх груп частка респонденток з важкою депресією (14,3%), яка до того ж офіційно діагностована в більшості випадків, а також найбільша кількість осіб з легким депресивним станом (32,1%). Виражену депресію мають 17,9% учасників, а помірну 14,3%. Одночасно, в цій категорії 75% респонденток активно займаються лікуванням власного ментального здоров'я, що, можливо, впливає на вищі рівні легкої депресії, порівняно з клінічною групою без діагнозу, де відвідування терапії менш поширене. Проте наявність офіційного діагнозу РДУГ свідчить про виражений вплив розладу на декілька різних сфер життя учасниць цієї групи, що збільшує навантаження від тягаря захворювання та потенційно провокує появу більш вагомих депресивних проявів.

Як і з самоприниженням, в клінічних групах спостерігаються вищі рівні депресивних проявів. Однак ці дві групи також характерні більш високими балами у субдепресивній категорії, в порівнянні з контрольною групою. В категорії шкали Бека від 0 до 9 балів більшість осіб в контрольній групі мали від 0 до 5, тоді як в клінічних групах показники починалися з 4 і вище, тобто при проявах РДУГ, незалежно від того вони симптоматичні, фенотипові чи клінічні, спостерігаються певні легкі ознаки депресивності, навіть без клінічно значущого рівня, що, скоріш за все, теж викликано проблемами з адаптацією до суспільної системи, не розрахованої на індивідів з нейровідмінностями.

3.4 Рекомендації щодо роботи з самоприниженням для профілактики депресивних розладів

Дослідження виявило тісний зв'язок між самоприниженням та рівнем депресії серед усіх трьох груп респонденток. Однак статистичної різниці між здоровими контролями та людьми з фенотиповим або офіційно діагностованим РДУГ було недостатньо, щоб зробити висновок, що самоприниження є предиктором депресії лише у випадку цього конкретного нейророзвиткового розладу. Отже, рекомендації повинні бути спрямовані як на загальну, так і на клінічну популяцію, навіть якщо люди з РДУГ статистично більше схильні до появи депресивних розладів.

По-перше, необхідно розпочати скринінг на самоприниження у осіб з психологічними проблемами, незалежно від того, чи мають вони субклінічний або клінічний характер. Задля цього можна використовувати шкалу самоприниження SDS, однак існує доцільність розробки нових шкал та їх валідизації з метою створення більш універсальних, різнобічних та надійних психометричних інструментів. Такі скринінгові заходи не повинні обмежуватися лише клінічними умовами, а й мають застосовуватись в широкій психологічній практиці. Причини депресії дуже різноманітні, тому навіть якщо шкали самоприниження показують відносно нормальний рівень ставлення до себе, у разі потреби слід виключити можливий вплив самоприниження.

В ситуації несвоєчасного виявлення високий рівень самоприпинення може ускладнювати терапевтичне та фармакологічне лікування осіб із депресивними розладами. Якщо під час консультування чи психотерапії не приділяти належної уваги даному аспекту, це може спровокувати рецидиви депресивної симптоматики або погіршити ефективність таких методів, як поведінкова активація, що переважно спрямовані на подолання ангедонії. Серед найбільш ефективних методів роботи з самоприпиненням можна виокремити такі напрями психотерапії, як гештальт терапія, діалектично-поведінкова (ДПТ), схема-терапія, арт-терапія або клієнт-центрована терапія. Враховуючи, що значна частина когнітивних спотворень, які підживлюють самоприпинення, формується в дитинстві та підлітковому віці під впливом зовнішніх соціальних чинників, як зазначалося першому розділі, важливо, щоб інтервенції зосереджувалися не на швидких рішеннях, заснованих на придушенні небажаних думок, а на самопізнанні, самореалізації та безумовному прийнятті.

З іншого боку, раннє виявлення самоприпинення потенційно дозволить ідентифікувати депресію на початкових стадіях, менш резистентних до втручань, та прискорити процес виходу в ремісію. Для людей з діагнозом РДУГ такий підхід набуває особливого значення, зважаючи на їх підвищену схильність сприймати себе як некомпетентних або менш цінних через зовнішній тиск щодо відповідності суспільним стандартам, необхідність підвищення продуктивності та постійну боротьбу з порушеннями виконавчих функцій. Увага до цього внутрішнього явища сприятиме пом'якшенню процесів прийняття РДУГ, подальшої адаптації та пошуку ключових індивідуальних ресурсів.

Зазвичай за надмірним самоприпиненням ховається повідомлення або емоція, яку клієнт транслює в такий дисфункційний спосіб. Таку модель формують критичні зауваження, отримані в дитинстві від батьків чи опікунів. Щоб впоратися з цим, можна скористатися технікою під назвою «Визнач і познач» (створена Лізою Фельдман Барретт). Зазвичай ця методика

застосовується в разі низької емоційної деталізації, але вона також діє у випадку самоприниження. Мета полягає в тому, щоб запитати власну особу: «Що ці негативні думки намагаються донести?», і затриматися на цьому достатньо довго, щоб виявити приховану істину. Основні почуття, які виникають, здебільшого пов'язані зі страхом, тривогою, гнівом, соромом, почуттям провини або смутком. Їх усвідомлення допомагає зруйнувати фундамент самоприниження, а з кожним новим застосуванням переосмислення мозок звикає висловлювати ці емоції та турботи більш конструктивно.

Подолання самоприниження вимагає тривалих зусиль і наполегливої внутрішньої роботи, але своєчасне виявлення даного явища у людей здатне допомогти зменшити ризик розвитку депресивних розладів та підвищити в цілому рівень психологічного добробуту. Натомість це б дозволило мінімізувати потребу у фармакотерапії та дещо розвантажити систему охорони здоров'я, особливо в Україні, де насамперед необхідно зосередитися на реабілітації та лікуванні стресових розладів, спричинених війною.

3.5 Переваги та обмеження дослідження

Серед переваг цього дослідження варто зазначити систематичний огляд явища самоприниження та ретельне вивчення його зв'язку з депресією у загальній популяції та серед жінок з РДУГ. Результати показали, що самоприниження має статистично значущий зв'язок з механізмами, що зумовлюють депресію. Цей зв'язок можна використовувати в подальших дослідженнях, щоб дослідити кореляції депресивних розладів з іншими категоріями розладів або навіть вивчити потенціал самоприниження як посередника чи модератора. Те, як люди сприймають свої особисті якості в соціальному середовищі, має набагато більше наслідків, аніж можна було б припустити. Для аналізу та розуміння соціальної реальності індивіди за основу беруть власне «я» і саме тому доцільно приділяти більше уваги цій ролі спостерігача. Поточне дослідження може слугувати початком для подальшого

вивчення самоприпинення як передумови депресивних розладів у загальній популяції та у осіб з РДУГ. Крім того, воно висвітлює деякі механізми, що посилюють коморбідність депресії та РДУГ.

Натомість, незважаючи на те, що основні цілі були досягнуті, жодне дослідження не позбавлене обмежень. Головним обмеженням цієї роботи стала вибірка досліджуваних. Оскільки дані збиралися переважно в університетах або групах підтримки людей з РДУГ у Telegram, можливо, вона не є достатньо репрезентативною для всіх вікових груп та соціальних верств. Крім того, такий тип анонімного онлайн-опитування, хоч і більш доступний, обмежує можливість апробації будь-яких методів інтервенцій, пов'язаних із самоприпиненням, а також повторного тестування тієї самої групи респондентів. Відповідно, було б доцільно провести додаткові дослідження з використанням змішаних за статтю вибірок або з фокусом на жіночій та чоловічій популяціях відповідно, щоб порівняти відмінності у впливі самоприпинення.

Інше обмеження пов'язане з періодом збору даних, оскільки дослідження проводилося взимку, коли ймовірність сезонних депресивних проявів найвища, що може вплинути на показники BDI у контрольній групі або підвищити їх у клінічних групах. Оптимальним рішенням було б провести контрольоване дослідження з чотирма окремими групами: дві контрольні групи, одна зі здоровими учасниками, а інша з депресивними розладами; дві клінічні групи з офіційно діагностованим РДУГ, перша без депресивних розладів, друга з ними. Анкетування слід провести наприкінці весни або на початку літа, щоб виключити можливий вплив сезонних факторів, а групи необхідно повторно обстежити після інтервенцій, спрямованих на зниження рівня самоприпинення. Такий дизайн дослідження допоможе чітко розкрити роль самоприпинення у коморбідності депресивних розладів та РДУГ, а також забезпечить більш ґрунтовне розуміння його ролі як предиктора.

Висновки до розділу 3

1. Після першого кореляційного аналізу підтвердився статистично значущий зв'язок ($\rho=0,740$, $\rho=0,510$, $\rho = 0,783$) між самоприпиненням та депресивними симптомами в усіх трьох групах. Коефіцієнти, отримані в результаті, виявилися позитивними та статистично значущими, які свідчать про значний та стабільний взаємозв'язок між цими явищами у різних клінічних випадках, але сила цього зв'язку залежить від складу досліджуваної групи. У розширеному кореляційному аналізі між усіма трьома групами зафіксовано взаємозв'язок між самоприпиненням та депресивними симптомами. На відміну від інших груп, у клінічній вибірці без діагнозу спостерігалася більш складна кореляційна структура, з сильним співвідношенням між додатковими психічними розладами та історією лікування ментального здоров'я ($\rho = 0,660$) внаслідок діагностичної неоднорідності.
2. У всіх регресійних моделях самоприпинення послідовно виступало найсильнішим і єдиним стабільним предиктором депресивних проявів. У першій регресійній моделі самоприпинення значуще передбачало депресивні симптоми в контрольній групі ($\beta = 0,755$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,522$), клінічній групі ($\beta = 0,461$, $p = 0,002$, $R^2 = 0,308$) і особливо в клінічній групі з діагностованим РДУГ ($\beta = 0,782$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,636$). Інтенсивність симптомів РДУГ не дала незалежного статистично значущого ефекту в жодній моделі.
3. Додавання змінних щодо супутніх психічних розладів та історії лікування ментального здоров'я до розширених регресійних моделей не вплинуло на загальні результати. Самоприпинення залишилося домінуючим предиктором у всіх групах, тоді як нові змінні загалом не досягли статистичної значущості. Єдиний виняток з'явився в покроковому регресійному аналізі, де додаткові психічні розлади зробила незначний внесок у клінічній групі без офіційного діагнозу РДУГ ($\beta = 0,280$, $p = 0,037$), що свідчить про те, що коморбідність може відігравати додаткову роль у тяжкості депресивних симптомів.
4. Згідно з отриманими даними, самоприпинення вважається основним психологічним фактором, пов'язаним із депресією як у клінічних, так і в

неклінічних групах. Найсильніший зв'язок було виявлено у групі з клінічно підтвердженим діагнозом РДУГ, де модель пояснювала понад 60% дисперсії залежної змінної. Негативне самосприйняття пояснювало тяжкість депресивних симптомів ефективніше, ніж інтенсивність симптомів РДУГ, психіатрична коморбідність або історія лікування ментального здоров'я. Учасниці обох клінічних груп також продемонстрували вищі рівні самоприпинення та субклінічних депресивних проявів порівняно з контрольною групою, особливо особи з офіційно діагностованим РДУГ.

5. Раннє виявлення самоприпинення може допомогти виявити депресію на ранніх стадіях та сприяти покращенню результатів лікування. Для осіб із РДУГ робота над самокритикою та дезадаптивним самосприйняттям дуже важлива, оскільки вони часто стикаються з постійним соціальним тиском, складнощами в роботі виконавчих функцій та підвищеною схильністю до почуття власної некомпетентності.

ВИСНОВКИ

Наразі самоприниження залишається недостатньо дослідженим явищем в психології та сприймається як доповнення самооцінки, незважаючи на те що, воно здійснює окремий вплив на самооцінку як таку. Проте, в наукових роботах з'являються дослідження зв'язку даного феномену зі станом ментального здоров'я. В роботі було розглянуто теоретичне підґрунтя самоприниження та визначено, що цей субклінічний феномен пов'язаний зі схильністю людини до самокритики та запам'ятовування негативних подій. Самоприниження полягає у знеціненні індивідом власних якостей та вмінь, незважаючи на об'єктивні факти реальності, що впливає на розвиток депресивних проявів.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) визначено як нейророзвитковий розлад, пов'язаний з неухважністю, імпульсивністю та гіперактивністю, який нерідко порушує повсякденне функціонування. Депресія є одним із найпоширеніших супутніх розладів при РДУГ. Дослідження показують, що дисфункція дефолтної мережі (DMN), яка бере участь у самореферентному мисленні та емоційній регуляції, може сприяти розвитку як РДУГ, так і депресивних розладів. У осіб із РДУГ дисрегуляція DMN пов'язана з виконавчою дисфункцією, тоді як при депресії вона асоціюється з румінацією та стійким негативним мисленням. З огляду на це, самоприниження відіграє важливу роль як психологічний механізм, що зумовлює депресію у пацієнтів з РДУГ. На відміну від румінації та негативної самооцінки, самоприниження вказує на стійке негативне сприйняття себе і нагадує «негативного ставлення до себе», охарактеризоване в когнітивній теорії депресії Бека. У цьому дослідженні самоприниження розглядалося як предиктор розвитку депресивних розладів у жінок з РДУГ.

У дослідженні взяли участь 113 жінок, об'єднаних у три групи: контрольну, клінічну групу без офіційного діагнозу РДУГ та групу з клінічно діагностованим РДУГ. Було використано наступні методики: Шкала самоприниження (SDS), Шкала депресії Бека (BDI) та Шкала самооцінки

РДУГ у дорослих (ASRS v1.1). Більшість учасниць дослідження мають прояви самоприпинення. Тільки серед контрольної групи зафіксовані високі показники позитивного ставлення до власної особи, в однієї п'ятої учасниць. Натомість, в обох клінічних групах майже повністю відсутні респондентки з позитивним самосприйняттям, половина представниць клінічної групи вже стикається з більш вираженими проблемами з впевненістю у собі. У групі з офіційним діагнозом РДУГ майже половина переживають помітне відчуття власної неповноцінності, а п'ята частина потерпають від серйозного самоприпинення, причому це найвищий показник для даного рівня серед усіх трьох груп. Щодо рівнів депресії, то в контрольній групі доволі сприятлива ситуація, з точки зору ментального здоров'я, тому що у більшості відсутні депресивні симптоми. У клінічній у респонденток спостерігається помірний рівень та суттєво виражена депресія. В групі з офіційним діагнозом РДУГ частка респонденток з важкою депресією найвища серед усіх груп. Наявність офіційного діагнозу РДУГ свідчить про його виражений вплив на різні сфери життя учасниць цієї групи, що ймовірно провокує появу більш вагомих депресивних проявів. Клінічні групи також мають вищі бали у субдепресивній категорії, тобто при симптомах РДУГ, наявні деякі легкі ознаки депресивності, без клінічно значущого рівня.

Завдяки кореляційному аналізу встановлено сильний позитивний зв'язок між самоприпиненням та депресією у всіх групах, але найсильніший спостерігався у групі з офіційно діагностованим РДУГ. Регресійний аналіз послідовно визначав самоприпинення як найсильніший предиктор депресивних симптомів. У групі пацієнтів з діагностованим РДУГ всі три моделі пояснювали понад половину дисперсії показників депресії. Сама тяжкість симптомів РДУГ не продемонструвала незалежного статистично значущого впливу після врахування змінної самоприпинення. Додаткові змінні, такі як супутні психічні розлади та історія лікування ментального здоров'я, мінімально вплинули на результати моделей, за винятком незначного

впливу супутніх розладів у межах клінічної групи без офіційного діагнозу РДУГ.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що самоприпинення є психологічним фактором, пов'язаним із депресією як у клінічних, так і в неклінічних групах населення, особливо серед жінок із РДУГ. Раннє ідентифікування самоприпинення та інтервенції, спрямовані на подолання надмірної самокритики та спотвореного самосприйняття, можуть покращити результати профілактики та лікування депресивних симптомів у пацієнтів із РДУГ та без. З цією метою, доцільно створити нові шкали, які б могли використовуватись в загальній психологічній практиці. Під час роботи з самоприпиненням у психотерапії важливо, щоб інтервенції зосереджувалися на опрацюванні почуттів сорому та провини, несприятливого досвіду в дитинстві, самопізнанні, самореалізації та безумовному прийнятті. При РДУГ специфікована робота з самоприпиненням відіграє особливу роль, з огляду на тенденцію до знецінення власної особи та вмінь. Згодом це позитивно позначиться на прийнятті діагнозу, процесі адаптації та самореалізації. Натомість це б могло посприяти мінімізації фармакотерапії при легких депресивних розладах та розвантаженню системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бамбурак-Кречківська Н. Румінація як базовий компонент суб'єктивного переживання особистості. Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки : матеріали IV Міжнар. наук. конф. 2024. С. 92–93. URL:
https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/44787/2/MCTD_2024_Bamburak-Krechktivska_N-Rumination_as_92-93.pdf
2. Борисенко В., Августюк М., Демидюк В. Роль румінації як модератора у взаємозв'язку між емоційною регуляцією та психологічною стійкістю: теоретичний аналіз. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Психологія»*. 2025. № 18. С. 15–21. DOI:
<https://doi.org/10.25264/2415-7384-2025-18-15-21>
3. Грись А., Чепелева Н., Ткачук Т., Тьор Л. Адаптаційний потенціал осіб дорослого віку з розладом дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ). *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. № 12. С. 471–494. DOI:
<https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-14>
4. Ковтун О. В. Біопсихосоціальні чинники виникнення РДУГ. *Наукові записки НаУКМА. Психологія і педагогіка*. 2021. № 4(2). С. 45–51.
5. Лемак М. В., Петрищев В. Ю. Психологу для роботи: Діагностичні методики. Ужгород, 2014.
6. Малишева К., Литвин С. Нейропсихологічний аналіз природи нейротизму: свідчення на користь гетерогенності конструкта. *Psychological Journal*. 2021. Т. 7. № 9. С. 23–35. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.2>
7. Мельник Ю. І. Сімейні чинники розвитку поведінкових порушень. *Психологія і суспільство*. 2019. № 2(74). С. 133–139.
8. Оситківська О., Байєр О. Статеві відмінності в розладі дефіциту уваги з гіперактивністю: стислий літературний огляд. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2020. Т. 2. № 12. С. 72–76. DOI:
[https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).13](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).13)
9. Пінас Н., Грись А. Соціально-психологічні чинники адаптації осіб дорослого віку із РДУГ. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2024. № 1(62). С. 15–24. DOI:
<https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.1.3>
10. Руденок А., Войчишин О., Григорук Н. Самокритика як дезадаптивна копінг-стратегія у жінок з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в умовах війни. *Psychology Travelogs*. 2025. № 5. С. 128–137. DOI:
<https://doi.org/10.31891/PT-2025-5-11>

11. Сидоренко О. Б. Психологічні особливості переживання сорому у ранньому дорослому віці. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. Budapest, 2021. Вип. IX (101), № 259. URL: <https://enpuir.udu.edu.ua/entities/publication/2d8e948e-91d4-44c8-bae7-7b66b91ee823>
12. Смутчак С. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю: вікові й гендерні аспекти. *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування»*. 2025. № 33(62). С. 166–190. DOI: [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-33\(62\)-166-190](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-33(62)-166-190)
13. Тьор Л. Adaptive Potential of Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Insight: the psychological dimensions of society. 2024. № 12. DOI: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-14>
14. Цільмак О. М. Провина та методи її коригування. Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. 2023. С. 317–321. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/1ddbcc55-81bd-4908-993e-ea7ecc4dc5f7/content#page=317>
15. Шкала депресії Бека (BDI). Інститут когнітивно-поведінкової терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ШКАЛА-ДЕПРЕСІЇ-БЕКА_21.pdf
16. Acosta M. T., Arcos-Burgos M., Muenke M. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Complex phenotype, simple genotype? *Genetics in Medicine*. 2004. Vol. 6, № 1. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.GIM.0000110413.07490.0B>
17. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist [Електронний ресурс]. Attention Deficit Disorder Association. URL: <https://add.org/wp-content/uploads/2015/03/adhd-questionnaire-ASRS111.pdf> (дата звернення: 15.01.2026).
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p. URL: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-52826>
19. Attoe D. E., Climie E. A. Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*. 2023. Vol. 27, № 7. P. 645–657. DOI: <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
20. Auerbach R. P., Stanton C. H., Proudfit G. H., Pizzagalli D. A. Self-referential processing in depressed adolescents: A high-density event-related potential study. *Journal of Abnormal Psychology*. 2015. Vol. 124, No. 2. P. 233–245. DOI: <https://doi.org/10.1037/abn0000023>
21. Azarias F. R., Rodrigues Almeida G. H. D., Félix de Melo L., Grassi Rici R. E., Maria D. A. The Journey of the Default Mode Network: Development, Function,

- and Impact on Mental Health. *Biology*. 2025. Vol. 14, No. 4. Art. 395. DOI: <https://doi.org/10.3390/biology14040395>
22. Beaton D. M., Sirois F., Milne E. The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 2022. Vol. 78. P. 2497–2512. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.23354>
 23. Beaton D. M., Sirois F., Milne E. Experiences of criticism in adults with ADHD: A qualitative study // *PLOS ONE*. 2022. Vol. 17, № 2. Art. e0263366. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263366>
 24. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1987. 425 p. ISBN 978-0-89862-919-4.
 25. Becker S. P., Mehari K. R., Langberg J. M., Evans S. W. Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2017. Vol. 26. № 2. P. 201–214. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0881-y>
 26. Broyd S. J., Demanuele C., Debener S., Helps S. K., James C. J., Sonuga-Barke E. J. S. Default-mode brain dysfunction in mental disorders: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2009. Vol. 33, No. 3. P. 279–296. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.09.002>
 27. Calhoun C. An apology for moral shame. *Journal of Political Philosophy*. 2004. № 12. Pp. 127–146.
 28. Chand S. P., Kuckel D. P., Huecker M. R. *Cognitive Behavior Therapy*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/> (дата звернення: 05.03.2026).
 29. Chou T., Deckersbach T., Dougherty D. D., Hooley J. M. The default mode network and rumination in individuals at-risk for depression. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2023. Vol. 18, № 1. Article nsad032. DOI: <https://doi.org/10.1093/scan/nsad032>
 30. de Zeeuw P., Weusten J., van Dijk S., van Belle J., Durston S. Deficits in cognitive control, timing and reward sensitivity appear to be dissociable in ADHD. *PLOS ONE*. 2012. Vol. 7, № 12. Article e51416. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051416>
 31. Dein S. ADHD as an evolutionary mismatch. *Journal of Evolutionary Psychology*. 2024. Vol. 22, № 1. P. 45–58.
 32. Di X., Biswal B. B. Modulatory interactions between the default mode network and task positive networks in resting-state. *PeerJ*. 2014. Vol. 2. Art. e367. DOI: <https://doi.org/10.7717/peerj.367>
 33. Dobrosavljevic M., Solares C., Cortese S., Andershed H., Larsson H. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review

- and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2020. Vol. 118. P. 282–289. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.042>
34. Dong L., Sun T., Tong P., Ke X. Clinical Traits of Adult Depression with ADHD Comorbidity. *Psychology Research and Behavior Management*. 2025. Vol. 18. P. 1471–1480. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S526615>
 35. Edward Hallowell, M.D. What is the default mode network, and why does it fuel ADHD symptoms? [Электронный ресурс]. *ADDitude Magazine*. URL: <https://www.additudemag.com/default-mode-network-adhd-brain/> (дата звернения: 20.01.2026).
 36. Fillion Quenneville A., Kalogeropoulou E., Nicastro R., Weibel S., Chanut F., Perroud N. Anxiety disorders in adult ADHD: A frequent comorbidity and a risk factor for externalizing problems. *Psychiatry Research*. 2022. Vol. 310. Art. 114423. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114423>
 37. Guo X., Yao D., Cao Q., Liu L., Zhao Q., Li H., Huang F., Wang Y., Qian Q., Wang Y., Calhoun V. D., Johnstone S. J., Sui J., Sun L. Shared and distinct resting functional connectivity in children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Translational Psychiatry*. 2020. Vol. 10. Art. 65. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0740-y>
 38. Hallowell E. ADHD and Shame. Dr. Hallowell. 2017. URL: <https://drhallowell.com/2017/04/26/adhd-and-shame/>
 39. Hamilton J. P., Farmer M., Fogelman P., Gotlib I. H. Depressive rumination, the default-mode network, and the dark matter of clinical neuroscience. *Biological Psychiatry*. 2015. Vol. 78, № 4. P. 224–230. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.02.020>
 40. Helps S. Default-mode interference in ADHD. URL: <https://www.researchgate.net/publication/296345389>
 41. Hinshaw S. P. Long-term outcomes of females with attention-deficit hyperactivity disorder: increased risk for self-harm. *The British Journal of Psychiatry*. 2021. Vol. 218, № 1. P. 4–6. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.153>
 42. Holden E., Kobayashi-Wood H. Adverse experiences of women with undiagnosed ADHD and the invaluable role of diagnosis. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15. Article 20945. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-04782-y>
 43. Kao P.-H., Ho C.-H., Huang C. L.-C. Sex differences in psychiatric comorbidities of attention-deficit/hyperactivity disorder among children, adolescents, and adults: A nationwide population-based cohort study. *PLOS ONE*. 2025. Vol. 20, No. 1. Art. e0315587. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315587>
 44. Katzman M. A., Bilkey T. S., Chokka P. R., Fallu A., Klassen L. J. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017. Vol. 17. Article 302. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

45. 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. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*. 2005. Vol. 35, № 2. P. 245–256. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
46. Kim D., Choi Y. H., Kim J. ADHD and Sex Differences in School Bullying Victimization and Perpetration Based on Inverse Probability Treatment Weighting. *Child Psychiatry & Human Development*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-025-01930-3>
47. Kim M.-H. Why self-deprecating? Achieving 'oneness' in conversation. *Journal of Pragmatics*. 2014. Vol. 69. P. 82–98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.03.004>
48. Konjedi S., Maleeh R. A closer look at the relationship between the default network, mind wandering, negative mood, and depression. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2017. Vol. 17, № 5. P. 1060–1075. DOI: <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0506-z>
49. Konrad K., Eickhoff S. B. Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Human Brain Mapping*. 2010. Vol. 31, № 6. P. 904–916. DOI: <https://doi.org/10.1002/hbm.21058>
50. Leahy R. L. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2018.
51. Lewis-Evans S. Exploring the Association Between Shame and Guilt in ADHD Females and Their Engagement in Risky Behaviours: A Preliminary Study 5 — Conclusion. 2024. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15874.90561>. URL: <https://www.researchgate.net/publication/382061260>
52. Mayer J. S., Bernhard A., Fann N., Boxhoorn S., Hartman C. A., Reif A., Freitag C. M. Cognitive mechanisms underlying depressive disorders in ADHD: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2021. Vol. 121. P. 307–345. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.018>
53. Metin B., Krebs R. M., Wiersma J. R., Verguts T., Gasthuys R., van der Meere J. J., Achten E., Roeyers H., Sonuga-Barke E. Dysfunctional modulation of default mode network activity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2015. Vol. 124, No. 1. P. 208–214. DOI: <https://doi.org/10.1037/abn0000013>
54. Milne E. Experiences of criticism in adults with ADHD: A qualitative study. *PLOS ONE*. 2022. Vol. 17. № 2. P. e0263366. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263366>
55. Mitchell J. T., Benson J. W., Knouse L. E., Kimbrel N. A., Anastopoulos A. D. Are negative automatic thoughts associated with ADHD in adulthood? *Cognitive Therapy and Research*. 2013. Vol. 37. P. 851–859. DOI:

- <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9525-4>
56. Morley E., Tyrrell A. Exploring female students' experiences of ADHD and its impact on social, academic, and psychological functioning. *Journal of Attention Disorders*. 2023. Vol. 27, № 10. P. 1129–1155. DOI: <https://doi.org/10.1177/10870547231168432>
 57. Mowinckel A. M., Alnæs D., Pedersen M. L., Ziegler S., Fredriksen M., Kaufmann T., Sonuga-Barke E., Endestad T., Westlye L. T., Biele G. Increased default-mode variability is related to reduced task-performance and is evident in adults with ADHD. *NeuroImage: Clinical*. 2017. Vol. 16. P. 369–382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.03.008>
 58. Murray A. Developmental relations between ADHD and self-esteem: evaluating peer problems as a mediating mechanism. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2025. Vol. 34, № 11. P. 3463. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02752-3>
 59. Newark P. E., Elsässer M., Stieglitz R. D. Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2016. Vol. 20. № 3. P. 279–290. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054712459561>
 60. Pedersen A. B., Edvardsen B. V., Messina S. M., Volden M. R., Weyandt L. L., Lundervold A. J. Self-esteem in adults with ADHD using the Rosenberg Self-Esteem Scale: a systematic review. *Journal of Attention Disorders*. 2024. Vol. 28, № 7. P. 1124–1138. DOI: <https://doi.org/10.1177/10870547241237245>
 61. Platania N. M., Starreveld D. E. J., Wynchank D., Beekman A. T. F., Kooij S. Bias by gender: exploring gender-based differences in the endorsement of ADHD symptoms and impairment among adult patients. *Frontiers in Global Women's Health*. 2025. Vol. 6. Article 1549028. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1549028>
 62. Pontes M. C. F. Bullying Victimization is Associated with Heightened Rates of Anxiety and Depression Among Autistic and ADHD Youth: National Survey of Children's Health 2016–2020. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025. Vol. 55. № 10. Pp. 3605–3621. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06479-z>
 63. Porter A. C., Zelkowitz R. L., Gist D. C., Cole D. A. Self-evaluation and depressive symptoms: a latent variable analysis of self-esteem, shame-proneness, and self-criticism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2019. Vol. 41, № 2. P. 257–270. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09734-1>
 64. Qian X., Castellanos F. X., Uddin L. Q., Loo B. R. Y., Liu S., Koh H. L. et al. Large-scale brain functional network topology disruptions underlie symptom heterogeneity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *NeuroImage: Clinical*. 2019. Vol. 21. Article 101600. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.11.010>

65. Quinn P. O., Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2014. Vol. 16, № 3. Article PCC.13r01596. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
66. Ruiz-Marquez E. Neurophysiology of executive cognitive functions under depression. *Exploration of Neuroscience*. 2025. Vol. 4. Article 100696. DOI: <https://doi.org/10.37349/en.2025.100696>
67. Saad J. F., Griffiths K. R., Kohn M. R., Braund T. A., Clarke S., Williams L. M., Korgaonkar M. S. Intrinsic functional connectivity in the default mode network differentiates the combined and inattentive attention deficit hyperactivity disorder types. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2022. Vol. 16. Art. 859538. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.859538>
68. Sarkis S. A. Understanding ADHD: Navigating Guilt and Shame. *Psychology Today*. 2024. URL: <https://www.psychologytoday.com/gb/blog/here-there-and-everywhere/202403/understanding-adhd-navigating-guilt-and-shame>
69. Sciberras E., Mulraney M., Anderson V., Nicholson J. M., Efron D., Eadie P., Ban K., Ukoumunne O. C. Association between parenting and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*. 2017. Vol. 21, No. 8. P. 684–695.
70. Sciberras E., Ohan J., Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2012. Vol. 43. № 2. Pp. 254–270. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0264-z>
71. Schanz C. G., Equit M., Schäfer S. K., Michael T. Self-directed passive-aggressive behaviour as an essential component of depression: findings from two cross-sectional observational studies. *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22. Art. 200. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03850-1>
72. Sibley M. H., Arnold L. E., Swanson J. M., Hechtman L. T., Kennedy T. M., Owens E. et al.; MTA Cooperative Group. Variable patterns of remission from ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *American Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 179, № 2. P. 142–151. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010032>
73. Sidlauskaite J., Sonuga-Barke E., Roeyers H., Wiersema J. R. Default mode network abnormalities during state switching in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46, No. 3. P. 519–528. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715002019>
74. Silva Santos I. L., Pimentel C. E., Evangelista Mariano T. Self-deprecation: Searching for a Measure. *Psicogente*. 2022. Vol. 25, No. 48. P. 1–19. URL: <https://www.researchgate.net/publication/362558992>

75. Silver M., Conte R., Migel M., Paggi I. Humiliation: feeling, social control and the construction of identity. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 1986. Vol. 16. Pp. 269–283.
76. Speer S. A. Reconsidering self-deprecation as a communication practice. *British Journal of Social Psychology*. 2019. Vol. 58, No. 4. P. 806–828. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjso.12329>
77. Spencer A. E., Marin M.-F., Milad M. R., Spencer T. J., Bogucki O. E., Pope A. L., Plasencia N., Hughes B., Pace-Schott E. F., Fitzgerald M., Uchida M., Biederman J. Abnormal fear circuitry in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A controlled magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2017. Vol. 262. Pp. 55–62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2016.12.015>
78. Sternat T., Fotinos K., Fine A., Epstein I., Katzman M. A. Low hedonic tone and attention-deficit hyperactivity disorder: risk factors for treatment resistance in depressed adults. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018. Vol. 14. P. 2379–2387. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S170645>
79. Tamura T., Takagi S., Takahashi H., Sugihara G. The role of self-rumination and self-reflection in depressive symptoms among individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder traits. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15. Art. 3920. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88303-x>
80. The self-conscious emotions: theory and research / ed. by J. L. Tracy, R. W. Robins, J. P. Tangney. New York: The Guilford Press, 2007. 493 p.
81. Tracy J. L., Robins R. W. Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*. 2004. № 15. Pp. 103–125.
82. Voltas N., Morales-Hidalgo P., Hernández-Martínez C., Canals-Sans J. Self-Perceived Bullying Victimization in Pre-Adolescent Schoolchildren With ADHD. *Psicothema*. 2023. Vol. 35. № 4. Pp. 351–363. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.360>
83. Wise T., Marwood L., Perkins A. M., Herane-Vives A., Joules R., Lythgoe D. J., Luh W.-M., Williams S. C. R., Young A. H., Cleare A. J., Arnott D. Instability of default mode network connectivity in major depression: a two-sample confirmation study. *Translational Psychiatry*. 2017. Vol. 7, № 4. P. e1105. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.40>
84. Witteveen K., O'Hara D. Mentalisation, Self-Compassion, and the Psychosocial Impact of ADHD in Adult Women. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*. 2025. Vol. 13. № 2. DOI: <https://doi.org/10.59158/001c.141060>
85. Yacoub M. W., Smith S. R., Abbas B., Iqbal F., Jazieh C. M. O., Al Shaer N. S. H., Luk C. C.-F., Syed N. I. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comprehensive overview of the mechanistic insights from human studies to animal models. *Cells*. 2025. Vol. 14, № 17. Article 1367. DOI: <https://doi.org/10.3390/cells14171367>

86. Yavuzlar Civan H., Berkol T. D. ADHD Comorbidity in Women with Depression and Anxiety: Prevalence, Clinical Features and Hyperfocus Dynamics. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/00912174251376111>
87. Young S., Adamo N., Ásgeirsdóttir B. B., Branney P., Beckett M., Colley W. et al. Females with ADHD: an expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. BMC Psychiatry. 2020. Vol. 20. Article 404. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

ДОДАТКИ

Додаток А

«SELF-DEPRECIATION SCALE»

Table 1.
Factorial Loadings

ITEMS	ITEM MEAN (DP)	FACTORIAL LOADING	COMMUNALITY
1- I tend to procrastinate.	3,66 (1,18)	0,43	0,18
2- Most bad thing I predict about myself come true.	2,62 (0,97)	0,42	0,17
3- I see myself as a useless person.	2,30 (1,19)	0,74	0,55
4- I avoid big projects for fearing not being able to handle them.	2,95 (1,27)	0,64	0,41
5- Overall, I am happy with the person I have become.*	3,48 (1,00)	-0,61	0,37
6- I am often frustrated with my attitudes.	3,17 (1,07)	0,61	0,37
7- I am not good at accepting compliments.	3,01 (1,24)	0,40	0,16
8- I am able to plan for the long term*	3,33 (1,19)	-0,37	0,14
9- I would like to be a better person.	4,22 (0,89)	0,41	0,17
10- I trust my own decisions.*	3,20 (0,93)	-0,56	0,31
11- I believe I deserve life's struggles.	2,90 (1,08)	0,30	0,09
12- I mostly make jokes about myself.	3,47 (1,22)	0,31	0,09
13- I have more flaws than most people.	2,50 (1,03)	0,64	0,41
14- My relationships always end because of me.	2,38 (1,12)	0,59	0,34
15- I'm unable to see any possibilities to achieve my goals.	2,06 (1,02)	0,60	0,36

Note: * = Reverse Item.

Переклад шкали Самоприниження:

1. У мене є схильність до прокрастинації.
2. Більшість поганих речей, які я думаю, що стануться в моєму житті, стаються.
3. Я вважаю себе нікчемною людиною.
4. Я уникаю серйозних проєктів, бо боюся, що не впораюся.
5. Загалом, я задоволений/на тим ким я є на даний момент.
6. Я часто невдоволений/на власним ставленням до життя і життєвою позицією.
7. Я не вмію приймати компліменти.
8. Я вмію планувати в довгостроковій перспективі.
9. Я б хотів/ла бути кращою людиною, ніж я є зараз.
10. Я довіряю власним рішенням.
11. Я вважаю, що заслуговую на труднощі в житті.
12. Здебільшого, я жартую про себе.
13. У мене більше недоліків, порівняно з більшістю людей.
14. Я причина завершення моїх стосунків.
15. Я не бачу варіантів, як досягти моїх цілей у житті.

«ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА»

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я почуваюсь пригнічено. 2. Я увесь час почуваюсь сумно, пригнічено і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають у мене страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що сподіватися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому немає нічого хорошого і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому.	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше, від улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає у мене нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто почуваюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
6	0. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 1. Я допускаю, що заслуговую покарання. 2. Я вважаю, що маю бути покараний. 3. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. Я в основному задоволений/на тим, ким я є. 1. Я незадоволений/на собою. 2. Я гидкий/ка собі. 3. Я ненавиджу себе.	

8	0. Я не думаю, що я гірший/а, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б скоїв/ла самогубство.	
10	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав/ла, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	
11	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12	0. Я не втратив/ла цікавість до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив/ла інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі.	
13	0. Мені не важче, ніж звичайно, приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше, я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.	
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старше, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний/на, що виглядаю жахливо.	
15	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я великими зусиллями змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.	

16	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомлено, що не в стані будь-чим займатися.	
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	
19	0. Моя вага залишається незмінною. 1. За останній час я схуд/ла більше ніж на 3 кг. 2. За останній час я схуд/ла більше ніж на 5 кг. 3. За останній час я схуд/ла більше ніж на 7 кг.	
20	0. Моє фізичне здоров'я в гарному стані. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний/а наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
21	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив/ла інтерес до статевого життя.	

- 0–9: мінімальні коливання в межах норми
- 10–18: вказує на легку депресію
- 19–29: вказує на помірну депресію
- 30–63: вказує на важку депресію.

Додаток В

«ШКАЛА ДІАГНОСТИКИ РДУГ У ДОРОСЛИХ (ASRS-v1.1)»
(оригінал та переклад)

		Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
1	How often do you have trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done? Як часто у вас виникають труднощі з тим, щоб закінчити останні деталі проєкту (завдання) після того, як найскладніші частини вже виконані?					
2	How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization? Як часто у вас виникають труднощі з підготовкою до виконання завдання заздалегідь, якщо воно потребує організованості?					
3	How often do you have problems remembering appointments or obligations? Як часто у вас виникають проблеми із тим, щоб пам'ятати про зустрічі чи зобов'язання?					
4	When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started? Якщо у вас є завдання, яке потребує ретельного обмірковування, як часто ви його					

	уникаєте або відкладаєте на потім?					
5	How often do you fidget or squirm with your hands or feet when you have to sit down for a long time? Як часто ви займаєтеся фіджетінгом (перебираєте щось у руках, власне волосся, стукаєте ногою, тощо) або ворухите руками чи ногами, коли вам доводиться довго сидіти?					
6	How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor? Як часто ви відчуваєте надмірну кількість енергії та необхідність щось робити, ніби вас всередині рухає мотор?					
	Частина А					
7	How often do you make careless mistakes when you have to work on a boring or difficult project? Як часто ви робите помилки через неуважність, під час роботи над нудним чи складним проєктом?					
8	How often do you have difficulty keeping your attention when you are doing boring or repetitive work? Як часто у вас виникають труднощі з утриманням уваги, під час виконання нудної або одноманітної роботи?					
9	How often do you have difficulty concentrating on what people say					

	to you, even when they are speaking to you directly? Як часто вам важко зосередитися на тому, що вам кажуть люди, навіть коли вони спілкуються безпосередньо з вами?					
10	How often do you misplace or have difficulty finding things at home or at work? Як часто ви губите речі або вам важко їх знайти вдома чи на роботі?					
11	How often are you distracted by activity or noise around you? Як часто вас відволікає навколишня діяльність або шум?					
12	How often do you leave your seat in meetings or other situations in which you are expected to remain seated? Як часто ви встаєте з місця на зустрічах або в інших ситуаціях, де очікується, що ви будете сидіти?					
13	How often do you feel restless or fidgety? Як часто ви відчуваєте себе неспокійно або метушливо?					
14	How often do you have difficulty unwinding and relaxing when you have time to yourself? Як часто у вас виникають труднощі з тим, щоб розслабитися та відпочити, коли у вас є час для себе?					

15	How often do you find yourself talking too much when you are in social situations? Як часто ви помічаєте, що забагато говорите, знаходячись в соціумі?					
16	When you're in a conversation, how often do you find yourself finishing the sentences of the people you are talking to, before they can finish them themselves? Як часто ви помічаєте, що у розмові ви завершуєте чужі речення, перш ніж це зробить ваш співрозмовник?					
17	How often do you have difficulty waiting your turn in situations when turn taking is required? Як часто вам важко дочекатися своєї черги у ситуаціях, які цього потребують?					
18	How often do you interrupt others when they are busy? Як часто ви заважаєте іншим, коли вони зайняті?					
	Частина В					

«АНКЕТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ДАНИХ»

	Питання	Варіанти відповідей
1	Вкажіть ваш вік?	• 18-24 • 25-30 • 31-40 • 41-50 • 51-60
2	Який ваш гендер?	• Жінка • Інше
3	Вкажіть ваш основний вид діяльності на даний момент:	• Студент • Зайнятий на повний робочий день • Зайнятий неповний робочий день • Не працюю
4	Чи є у вас підозра на РДУГ (Розлад дефіциту уваги та гіперактивності):	• Так • Ні
5	Чи у вас офіційно діагностований РДУГ (Розлад дефіциту уваги та гіперактивності):	• Так • Ні
6	Вкажіть чи проходить ви медикаментозне лікування або працюєте зі спеціалістом?	• Працюю наразі з психологом (консультантом, психотерапевтом) • Завершила роботу з психологом (консультантом, психотерапевтом) • Проходжу медикаментозне лікування (психічне здоров'я) • Не маю медикаментозного лікування • Ніколи не відвідувала психолога (консультанта, психотерапевта)

7	Чи присутні у вас будь-які інші психічні розлади?	• Так (вказіть нижче які саме) • Ні
---	---	---