

Іванова Т. В.

*кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології, політології та соціокультурних технологій
Сумського державного університету*

Білан К. І.

*здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
кафедри психології, політології та соціокультурних технологій
Сумського державного університету*

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ САМОДІАГНОСТИКИ РДУГ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЮНАКІВ З ДІАГНОСТОВАНИМ ТА НЕДІАГНОСТОВАНИМ РОЗЛАДОМ

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF ADHD SELF-DIAGNOSIS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF YOUNG ADULTS WITH DIAGNOSED AND UNDIAGNOSED DISORDER

Метою дослідження є виявлення та порівняння структури взаємозв'язків між психологічними чинниками самодіагностики РДУГ у юнаків з офіційно підтвердженим діагнозом та без нього. Актуальність дослідження зумовлена зростанням випадків самодіагностики РДУГ серед молоді, особливо під впливом інформації з соціальних мереж, та недостатнім розумінням психологічних механізмів цього процесу. У дослідженні взяли участь 120 осіб віком від 17 до 25 років, розподілених на дві групи: з діагностованим РДУГ ($n=28$) та без офіційного діагнозу, але з самозвітованими симптомами РДУГ ($n=92$). Використовувалися стандартизовані методики: шкала самооцінки РДУГ у дорослих ASRS v1.1, опитувальник GAD-7 для оцінки тривоги, методика дослідження віктимної ідентичності О. Андроникової. Додатково застосовувалися питання для самооцінки наявності симптомів РДУГ та їхнього впливу на життя. Статистичний аналіз включав обчислення описових статистик та кореляційний аналіз за Пірсоном з рівнем значущості $p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$. Результати показали принципові відмінності в структурі психологічних взаємозв'язків між групами. У групі без діагнозу виявлено значущі кореляції між суб'єктивним переконанням у наявності РДУГ та рівнем тривоги ($r=0,26$, $p \leq 0,05$), тоді як у групі з діагнозом такі зв'язки були відсутніми. Особливо показовою є різниця в силі кореляцій між об'єктивними показниками РДУГ та тривогою: у групі без діагнозу цей зв'язок значно сильніший ($r=0,67$ проти $r=0,41$ у групі з діагнозом). В обох групах віктимна ідентичність корелює з оцінкою впливу симптомів на життя, проте механізми цього зв'язку психологічно відрізняються. Отримані результати свідчать, що тривога може виступати тригером самодіагностики РДУГ лише за відсутності офіційного підтвердження діагнозу. Для юнаків з підтвердженим діагнозом РДУГ характерна «діагностична стабільність», коли розлад інтегрований у Я-концепцію без додаткового емоційного навантаження. Дослідження підтверджує необхідність диференційованих підходів до психологічної роботи з різними групами молоді та розробки специфічних інтервенцій для профілактики хибної самодіагностики серед юнацького населення.

Ключові слова: самодіагностика, РДУГ, тривога, віктимна ідентичність, конформність, кореляційний аналіз, когнітивні спотворення, патологізація.

The aim of the study is to identify and compare the structure of relationships between psychological factors of ADHD self-diagnosis in young adults with and without an officially confirmed diagnosis. The relevance of the study is determined by the increasing cases of ADHD self-diagnosis among youth, particularly under the influence of information from social media, and insufficient understanding of the psychological mechanisms of this process. The study involved 120 individuals aged 17 to 25 years, divided into two groups: with diagnosed ADHD ($n=28$) and without an official diagnosis but with self-reported ADHD symptoms ($n=92$). Standardized methods were used: the Adult ADHD Self-Report Scale ASRS v1.1, the GAD-7 questionnaire for anxiety assessment, and O. Andronikova's victimization identity research methodology. Additionally, questions for self-assessment of ADHD symptoms presence and their impact on life were applied. Statistical analysis included calculation of descriptive statistics and Pearson correlation analysis with significance levels $p \leq 0,05$ and $p \leq 0,01$. The results showed fundamental differences in the structure of psychological relationships between groups. In the group without diagnosis, significant correlations were found between subjective belief in having ADHD and anxiety level ($r=0,26$, $p \leq 0,05$), while in the diagnosed group such connections were absent. Particularly revealing is the difference in correlation strength between objective ADHD indicators and anxiety: in the group without diagnosis this connection is significantly stronger ($r=0,67$ vs $r=0,41$ in the diagnosed group). In both groups, victimization identity correlates with assessment of symptoms' impact on life, however the mechanisms of this connection differ psychologically. The obtained results indicate that anxiety may act as a trigger for ADHD self-diagnosis only in the absence of official diagnosis confirmation. Young adults with confirmed ADHD diagnosis are characterized by "diagnostic stability," when the disorder is integrated into the self-concept without additional emotional burden. The study confirms the necessity of differentiated approaches to psychological work with different youth groups and development of specific interventions for preventing false self-diagnosis among the young population.

Key words: self-diagnosis, ADHD, anxiety, victimization identity, conformity, correlation analysis, cognitive distortions, pathologization.

Постановка проблеми. У контексті зростання кількості інформації про нейророзвиткові розлади серед молоді особливого значення набуває дослідження чинників, що впливають на процеси самопостереження та інтерпретації власного психічного стану. Здатність особистості до самодіагностики може як сприяти своєчасному зверненню по допомогу, так і стати джерелом хибних висновків, зумовлених не стільки клінічними проявами, скільки психологічними характеристиками індивіда.

Самодіагностика як процес самостійного аналізу власних психологічних або фізіологічних станів з метою виявлення ознак можливого порушення у юнацькому віці у значній мірі зумовлена рівнем психологічної зрілості, доступністю інформації, впливом соціального оточення та внутрішньою мотивацією. Хоча самодіагностика не завжди є достовірною чи обґрунтованою, але вона відіграє важливу роль у формуванні ставлення до власного здоров'я.

Самодіагностика РДУГ наразі є досить поширеною серед молоді: за даними Д. Кросбі, РДУГ самостійно діагностують у 22,22% випадків [10]. Феномен самодіагностики психічних розладів особливо активізувалося з розвитком соціальних мереж та доступності медичної інформації в інтернеті. Дослідження С. Мюррей демонструє наявність проблеми: зі 143 дорослих, які вважають, що мають РДУГ, офіційним діагностичним критеріям відповідають лише 32%. Стільки ж респондентів (32%) явно не відповідають діагностичним критеріям, і ще 36% респондентів із симптомами, подібними до РДУГ, не відповідають критеріям через відсутність анамнезу з дитинства та/або наявність важких психіатричних чи залежних розладів [13].

Досить часто нейротипові юнаки використовують припущення про наявність РДУГ як пояснення своїх труднощів з організацією часу: вони можуть відкладати виконання важливих завдань, забувати про обов'язки чи не дотримуватися дедлайнів, посилаючись на розлад. У такому випадку самодіагностований РДУГ служить своєрідним поясненням і водночас виправданням поведінки, що дозволяє уникати самокритики та відповідальності за власну неефективність.

Виклад основного матеріалу. Схильність до самодіагностики може бути одним зі способів проявів віктимної ідентичності, оскільки людина починає шукати підтвердження своїх відчуттів у різних розладах, зокрема РДУГ. Як зазначає С. Брінкман, патологізація людських страждань призвела до появи культури жертви, де люди часто перекладають відповідальність за свої дії на хворобу, пояснюючи свої страждання, дискомфорт та проблеми у контексті психіатричної термінології [9]. Таким чином, патологізація власних страждань є важливою передумовою формування віктимної ідентичності, коли особа стає вразливою до певних когнітивних спотворень, що, в свою чергу, заважає сприйняттю реальності та адекватній оцінці своїх можливостей і ресурсів.

Особистість з віктимною ідентичністю також відрізняється тенденцією до відмови від задоволь

і має труднощі з переживанням позитивних емоцій [11]. Така особа, фіксуючи у себе навіть незначну симптоматику розладу, починає ідентифікувати себе з ним, створюючи відчуття «жертви» хвороби. Підтвердженням цього є менталітет жертви, який є одним із типів когнітивних спотворень, що викривлюють, фальсифікують або перекручують сприйняття дійсності [12].

Важливим чинником у процесі самодіагностики РДУГ також виступає тривога, діючи як тригерний механізм, що підштовхує особу до активного пошуку пояснень своїх внутрішніх переживань та труднощів. У стані тривоги можуть перебільшуватись або неправильно інтерпретуватись власні індивідуально-психологічні характеристики. Тривога також активізує підвищену самопостережливість і гіперрефлексію [14]. Зокрема, тривога щодо власного здоров'я може проявлятися у нав'язливому прагненні отримати заспокоєння шляхом пошуку інформації в інтернеті, звернення до медичних фахівців або ретельної перевірки власного тіла на наявність ознак хвороби.

Чим вищий рівень тривоги у людини, тим більше вона схильна шукати інформацію про свій стан, тому пошукові системи та соціальні мережі стають зручними інструментами в цьому процесі [15]. Дослідження О. Бовден показало, що тривога та кіберхондрія сприяють більшій імовірності хибної самодіагностики РДУГ на основі контенту TikTok [8]. Зокрема, користувачі з підвищеним рівнем тривоги мають менше ресурсів для критичної оцінки інформації, що призводить до того, що вони сприймають представлені в мережі описання симптомів як такі, що належать їм, навіть якщо вони не відповідають реальним клінічним критеріям розладу. Дослідження А. Бітуїн та ін. підтверджує, що респонденти мали більш високу схильність до самодіагностики у стані тривоги, стресу або під впливом негативних емоцій [7].

Молодь, схильна до помилкової самодіагностики РДУГ, часто демонструє підтверджувальне упередження – когнітивне спотворення, при якому люди схильні зосереджуватися на інформації, яка підтверджує їхні попередні переконання. Такі юнаки об'єднуються в групи, де активно обговорюють свої симптоми, вони схильні зосереджуватися на інформації, яка підтверджує їхні припущення про наявність розладу, й ігнорувати або недооцінювати дані, які свідчать про його відсутність [9]. У зв'язку з вище зазначеним також можна навести дослідження С. Руффер, де зазначено, що серед жінок у віці від 18 до 25 років, 30% респонденток, не маючи підтвердженого спеціалістами діагнозу, використовували соціальні мережі у якості інформаційного джерела для самодіагностики РДУГ. Мотивами самодіагностики були наступні: нормалізація РДУГ у певних спільнотах та потреба в приналежності до групи. Психологічні мотиви стосувалися бажання зрозуміти себе, зменшити самообвинувачення через «небажану» поведінку й отримати надію на майбутнє [16].

Окремої уваги заслуговує менталітет жертви, розвиток якого активно підтримується сучасними засо-

бами масової інформації. Через різноманітні медіа-платформи відбувається популяризація віктимної позиції як унікальної та привабливої ідентичності, що приводить до активного прагнення присвоювати собі статус жертви обставин, діагнозів чи соціальних умов. Менталітет жертви стає своєрідним способом само-ідентифікації та отримання соціальної уваги. Така ситуація створює серйозні проблеми для медичної та психологічної практики. Поширення менталітету жертви може призводити до знецінення справжніх медичних діагнозів, ускладнення процесу професійної діагностики та формування хибних уявлень у суспільстві про природу психічних розладів [12].

Таким чином, теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що самодіагностика РДУГ є складним багатофакторним феноменом, зумовленим взаємодією психологічних, соціальних і когнітивних чинників. Віктимна ідентичність у поєднанні з підвищеним рівнем тривоги формують специфічний когнітивний фільтр, який селективно фокусує увагу на симптомах, що відповідають критеріям РДУГ, при цьому знижуючи чутливість до інформації, яка суперечить такій самодіагностиці.

При використанні симптомів РДУГ як пояснювального механізму формується позиція «жертви розладу», що дозволяє особі зняти з себе відповідальність за власні невдачі та життєві труднощі. Тривога підсилює гіперрефлексію та знижує критичність у сприйнятті інформації, що підвищує вірогідність некоректної самодіагностики на основі доступного в соціальних мережах контенту. У сукупності ці чинники створюють сприятливе підґрунтя для поширення хибних уявлень про РДУГ серед молоді, що актуалізує необхідність поглибленого вивчення психологічних механізмів, які лежать в основі цих процесів.

Аналіз наукової літератури показує, що феномен самодіагностики РДУГ у юнацькому віці залишається недостатньо вивченим з точки зору психологічних механізмів, які лежать в його основі. Хоча окремі дослідження висвітлюють роль тривоги, віктимної ідентичності та когнітивних спотворень у процесі самодіагностики, відсутні комплексні дослідження, які б розкривали структуру взаємозв'язків між цими чинниками.

Особливо важливим є питання про те, чи відрізняються психологічні механізми самосприйняття та інтерпретації симптомів у юнаків з офіційно діагностованим РДУГ порівняно з тими, хто не має підтвердженого діагнозу. Можна припустити, що наявність або відсутність офіційного діагнозу може принципово змінювати структуру психологічних взаємозв'язків між тривогою, віктимною ідентичністю та схильністю до самодіагностики.

Мета дослідження – виявити та порівняти взаємозв'язки між тривогою, віктимною ідентичністю, конформністю та показниками самодіагностики РДУГ у двох групах юнаків: з діагностованим та недіагностованим РДУГ.

У дослідженні взяли участь 120 осіб віком від 17 до 25 років ($M = 20,3$; $SD = 2,1$), серед яких 74 жінки,

41 чоловік і 5 осіб з іншими гендерними ідентичностями. Респонденти були розподілені на дві групи: з офіційно підтвердженим діагнозом РДУГ ($n = 28$) та без такого діагнозу ($n = 92$). Набір учасників здійснювався через онлайн-платформи та спеціалізовані інтернет-спільноти, присвячені тематиці РДУГ.

У дослідженні були використані стандартизовані методики: (1) Шкала самооцінки РДУГ у дорослих ASRS v1.1 для оцінки вираженості симптомів [1]; (2) Опитувальник GAD-7 для визначення рівня тривоги [5]; (3) Методика дослідження віктимної ідентичності в адаптації Л. Шевченко [4]. Також застосовувалися додаткові питання для з'ясування наявності офіційно підтвердженого діагнозу РДУГ, суб'єктивної оцінки наявності симптомів розладу та їхнього впливу на повсякденне життя респондентів.

Дослідження проводилося в онлайн-форматі через платформу Google Forms. Учасники заповнювали опитувальники анонімно після надання інформованої згоди. Дані обробляли за допомогою SPSS 26.0. Обчислювалися описові статистики та коефіцієнти кореляції Пірсона для виявлення взаємозв'язків між змінними в загальній вибірці та окремо для кожної групи. Рівень значущості встановлено на $p < 0,05$ та $p < 0,01$.

Аналіз розподілу респондентів за рівнями прояву симптомів РДУГ за шкалою ASRS v1.1 показав, що найбільшу частку становлять особи з помірним рівнем симптомів (39,17%), дещо менше – зі слабким рівнем (31,67%), мінімальний рівень виявлено у 15,83% респондентів, а високий рівень – у 13,33% учасників дослідження.

За результатами опитувальника GAD-7, 35% респондентів продемонстрували помірний рівень тривоги, 33,34% – слабкий рівень, 25,83% – високий рівень, і лише 5,83% мали мінімальний рівень тривоги. Таким чином, більшість учасників (68,83%) перебувають на помірному або високому рівні тривоги.

Дослідження віктимної ідентичності виявило, що 73,33% респондентів мають середній рівень, 17,5% – високий рівень, і 9,17% – низький рівень віктимної ідентичності.

Кореляційний аналіз у загальній вибірці виявив ряд статистично значущих взаємозв'язків між досліджуваними змінними. Встановлено значущі прямі кореляції між суб'єктивними оцінками наявності РДУГ, його симптомів та їхнього впливу на життя ($r = 0,54-0,60$, $p \leq 0,01$), що свідчить про внутрішню узгодженість самооцінок респондентів.

Важливо, що суб'єктивні оцінки демонструють значущі кореляції з об'єктивними показниками РДУГ за шкалою ASRS v1.1 ($r = 0,47-0,54$, $p \leq 0,01$), що вказує на відносну адекватність самооцінки респондентів щодо наявності симптомів розладу.

Виявлено сильний прямий зв'язок між об'єктивними показниками РДУГ та рівнем тривоги ($r = 0,62$, $p \leq 0,01$), а також помірний зв'язок з віктимною ідентичністю ($r = 0,38$, $p \leq 0,01$). Водночас встановлено зворотний зв'язок між показниками РДУГ та конформністю ($r = -0,34$, $p \leq 0,01$). Особливо силь-

ним виявився зв'язок між тривогою та віктимною ідентичністю ($r = 0,54, p \leq 0,01$).

Порівняльний аналіз кореляційних структур у групах. Найбільш важливі результати дослідження стосуються виявлених відмінностей у структурі кореляційних зв'язків між групами з діагностованим та недіагностованим РДУГ. На рис. 1 представлені кореляційні зв'язки показників у групі осіб, що мають підтверджений діагноз РДУГ.

Перш за все, звертає увагу високий рівень узгодженості між суб'єктивними оцінками: кореляція між переконанням у наявності РДУГ та визнанням симптомів становить $r = 0,58 (p \leq 0,01)$, а між переконанням у наявності розладу та оцінкою його впливу на життя – $r = 0,38 (p \leq 0,05)$.

Важливим є те, що в цій групі суб'єктивна оцінка наявності РДУГ корелює з об'єктивними показниками за ASRS v1.1 ($r = 0,43, p \leq 0,05$), що свідчить

про адекватність самосприйняття у осіб з офіційним діагнозом. Водночас у цій групі відсутні кореляції між суб'єктивним переконанням у наявності РДУГ та рівнем тривоги або віктимної ідентичності. Натомість виявлено значущу кореляцію між суб'єктивною оцінкою впливу симптомів на життя та віктимною ідентичністю ($r = 0,41, p \leq 0,05$). Об'єктивні показники РДУГ в цій групі корелюють з тривогою ($r = 0,41, p \leq 0,05$).

У групі без підтвердженого діагнозу РДУГ спостерігається кардинально інша структура взаємозв'язків (рис. 2).

Ключовою відмінністю є наявність значущих кореляцій між суб'єктивними оцінками наявності РДУГ та показниками психологічних тестів. Зокрема, суб'єктивне переконання у наявності РДУГ корелює з рівнем тривоги ($r = 0,26, p \leq 0,05$). Суб'єктивна оцінка впливу симптомів на повсякденне функціо-

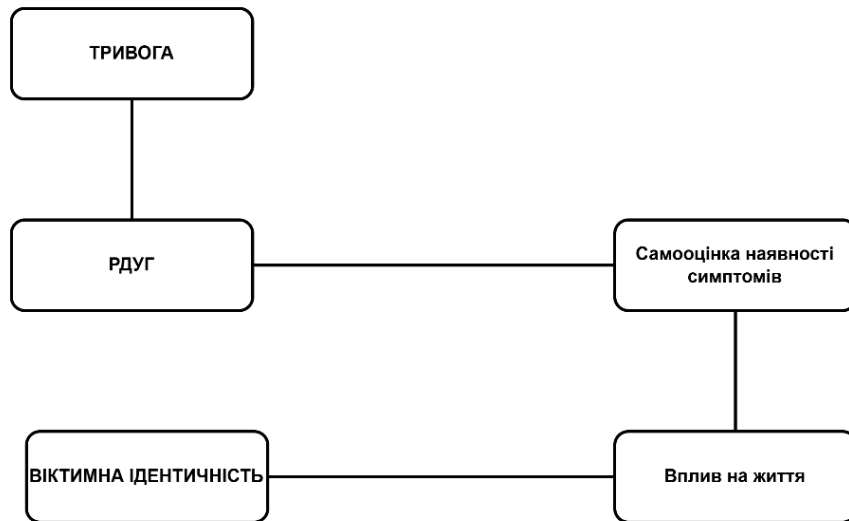


Рис. 1. Кореляційна структура взаємозв'язків показників у осіб з підтвердженим діагнозом РДУГ

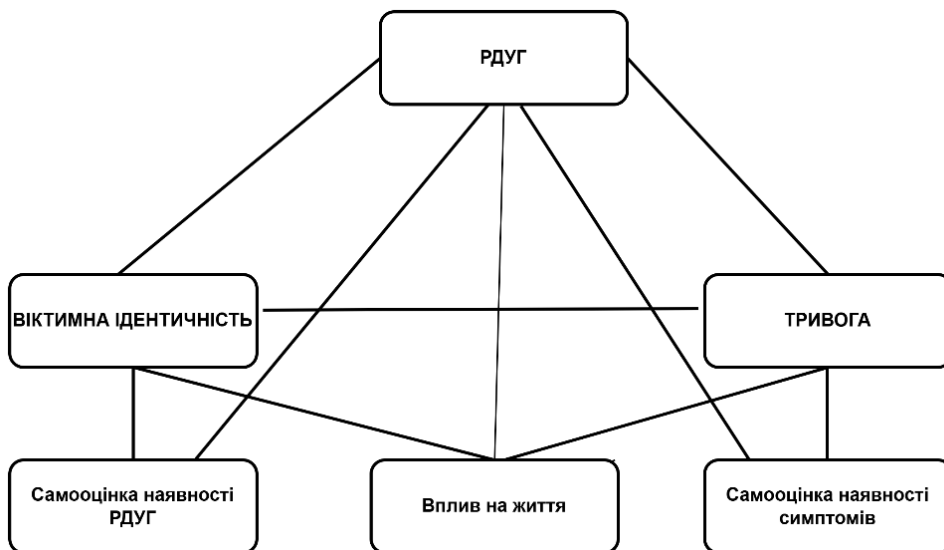


Рис. 2. Кореляційна структура взаємозв'язків показників у осіб без клінічного діагнозу РДУГ

нування демонструє значущі кореляційні зв'язки з тривожністю ($r = 0,37$, $p \leq 0,01$) та віктимною ідентичністю ($r = 0,26$, $p \leq 0,05$), що свідчить про тенденцію високотривожних осіб до гіперболізації негативного впливу симптоматики на їхнє повсякденне функціонування. Об'єктивні показники РДУГ (за даними шкали ASRS v1.1) в цій групі демонструють значущу кореляцію з тривогою ($r = 0,67$, $p \leq 0,01$) та віктимною ідентичністю ($r = 0,40$, $p \leq 0,01$).

Ключові відмінності між групами. Порівняльний аналіз виявив принципові відмінності у психологічних механізмах, що лежать в основі самосприйняття симптомів РДУГ.

1. У групі осіб, що не мають діагнозу РДУГ, показники тривоги корелюють з суб'єктивним переконанням у наявності РДУГ, тоді як у групі з діагнозом такого зв'язку немає. Це свідчить про те, що за відсутності офіційного підтвердженого діагнозу тривога може виступати тригером самодіагностики.

2. В обох групах спостерігається кореляція між віктимною ідентичністю та суб'єктивною оцінкою впливу симптомів на повсякденне життя, однак природа цього зв'язку принципово відрізняється. Для осіб з офіційним діагнозом ця кореляція може відображати об'єктивні функціональні обмеження, спричинені розладом. Натомість у недіагностованих осіб такий зв'язок швидше вказує на психологічну схильність драматизувати вплив симптомів, що не мають клінічного підтвердження.

Отримані результати підтверджують припущення про суттєві відмінності в психологічних механізмах самосприйняття симптомів РДУГ залежно від наявності офіційного діагнозу та свідчать про необхідність диференційованих підходів до психологічної роботи з різними групами молоді.

Обговорення результатів. Отримані дані підтверджують припущення про суттєві відмінності в структурі психологічних взаємозв'язків досліджуваних змінних у групах юнаків з діагностованим та недіагностованим РДУГ, що свідчить про наявність різних психологічних механізмів, які лежать в основі самосприйняття симптомів та схильності до самодіагностики. У групі з офіційно підтвердженим діагнозом РДУГ спостерігається відсутність кореляцій між суб'єктивним переконанням у наявності розладу та рівнями тривоги чи віктимної ідентичності. Це можна пояснити тим, що для цих респондентів факт діагнозу вже встановлений і не є джерелом тривожних думок чи спробою самоідентифікації в ролі жертви. Діагноз РДУГ стає частиною стабільного уявлення про себе, що не проблематизується та сприймається як об'єктивна характеристика психічного стану. Такий стан можна охарактеризувати як «діагностичну стабільність», коли особистість інтегрувала інформацію про розлад у свою Я-концепцію без додаткового емоційного навантаження.

Натомість у групі без клінічно підтвердженого діагнозу суб'єктивне переконання у наявності РДУГ корелює з рівнем тривоги, що свідчить про схильність інтерпретувати власні труднощі через призму психічного розладу внаслідок загального

психоемоційного напруження. Це узгоджується з дослідженням О. Бовден, яке показало, що тривога сприяє більшій імовірності хибної самодіагностики РДУГ [8]. У цьому випадку припущення про наявність РДУГ є радше похідним від тривожного стану, ніж обґрунтованою діагностичною позицією. Тривога спричиняє підвищену самоспостережливість і гіперрефлексію, що підтверджується літературними даними [14], створюючи когнітивний фільтр, через який нормальні варіації уваги та активності інтерпретуються як патологічні симптоми.

Особливо показовими є відмінності в силі кореляцій між об'єктивними показниками РДУГ та тривогою: у групі без підтвердженого діагнозу цей зв'язок значно сильніший ($r = 0,67$ проти $r = 0,41$). Це може свідчити про те, що за відсутності офіційного діагнозу та відповідної терапевтичної підтримки симптоми РДУГ генерують більший рівень тривоги та психологічного дискомфорту. Дослідження А. Бітуїн та співавторів підтверджує, що люди виявляють підвищену схильність до самодіагностики у станах тривоги та стресу [7].

Кореляція між оцінкою впливу симптомів на життя та віктимною ідентичністю, присутня в обох групах, має різне психологічне значення. У групі з підтвердженим діагнозом це може відображати реальні функціональні обмеження, спричинені симптомами РДУГ, та адекватну оцінку їхнього впливу. У групі без діагнозу ця кореляція може вказувати на схильність до перебільшення негативного впливу симптомів як частину загальної віктимної позиції, коли життєві труднощі приписуються зовнішнім неконтрольованим факторам, що відповідає характеристикам віктимної ідентичності [11].

Отримані результати мають важливе теоретичне значення для розуміння психології самодіагностики та розширюють існуючі моделі самосприйняття психічних розладів. По-перше, дослідження підтверджує концепцію С. Брінкмана про соціокультурний феномен патологізації, показуючи, що самодіагностика РДУГ може виконувати функцію символічної валідації особистісних труднощів у юнаків без офіційного діагнозу. Це узгоджується з теорією про появу «культури жертви», де люди перекладають відповідальність за свої дії на хворобу [9].

По-друге, отримані результати розширюють розуміння ролі віктимної ідентичності в контексті психічного здоров'я. Виявлено, що віктимна ідентичність по-різному проявляється залежно від статусу діагнозу: як адаптивна реакція на реальні обмеження в групі з діагнозом та як дезадаптивна стратегія пояснення труднощів в групі без діагнозу. Це підтверджує положення про те, що віктимна ідентичність характеризується тенденцією до відмови від задоволень і труднощами з визнанням позитивних емоцій [11].

По-третє, дослідження вносить вклад в теорію когнітивних спотворень, показуючи, що тривога може виступати не лише як наслідок, але й як причина підтверджувального упередження при самодіагностиці [2]. Тривожні юнаки без діагнозу схильні

селективно звертати увагу на інформацію, що підтверджує їхні підозри щодо наявності РДУГ, що узгоджується з результатами С. Руффер про використання соціальних мереж для пошуку підтверджувальної інформації [16].

Результати також підтримують теорію соціального конструювання діагнозів, демонструючи, що психологічне значення симптомів значною мірою залежить від соціального контексту їх інтерпретації – наявності або відсутності офіційного медичного підтвердження. Це корелює з даними АРА про те, що лише 32% осіб, які вважають, що мають РДУГ, дійсно відповідають офіційним діагностичним критеріям [6].

Виявлені відмінності мають суттєві практичні наслідки для організації психологічної допомоги та профілактичної роботи з молоддю. Для юнаків з офіційно діагнованим РДУГ важливо зосередитися на розвитку адаптивних копінг-стратегій та зниженні віктимних установок щодо впливу симптомів на якість життя, що узгоджується з сучасними підходами до психосоціальних інтервенцій при РДУГ [3]. Психологічна робота має бути спрямована на формування активної позиції щодо управління симптомами та розвиток ресурсів для подолання функціональних обмежень.

Для групи без діагнозу пріоритетними мають стати інтервенції, спрямовані на зниження рівня тривоги та корекцію схильності до самодіагностики. Важливо навчити цих юнаків критично оцінювати інформацію з неофіційних джерел, особливо з соціальних мереж, та розвивати навички диференціації між нормальними варіаціями функціонування та клінічно значущими симптомами.

Результати дослідження обґрунтовують необхідність створення диференційованих освітніх програм з психологічної грамотності. Для юнаків без діагнозу такі програми мають включати компоненти з управління тривогою та критичного мислення, тоді як для осіб з діагнованим РДУГ – фокусуватися на розвитку самоефективності та подоланні віктимних установок [12].

Висновки. Проведене дослідження дозволило виявити та порівняти структуру психологічних взаємозв'язків між чинниками самодіагностики РДУГ у юнаків з офіційно підтвердженом діагнозом та без нього.

Встановлено, що тривога виступає ключовим чинником самодіагностики РДУГ лише у групі без офіційного діагнозу, де спостерігаються значущі кореляції між суб'єктивним переконанням у наявності розладу та рівнем тривожності. У групі з підтвер-

дженим діагнозом такі зв'язки відсутні, що свідчить про феномен «діагностичної стабільності» – інтеграцію інформації про розлад у Я-концепцію без додаткового емоційного навантаження.

Дослідження виявило принципові відмінності у взаємозв'язках між об'єктивними показниками РДУГ та психологічними характеристиками респондентів. У групі без діагнозу спостерігаються значно сильніші кореляції між симптомами РДУГ та тривогою, що може вказувати на більшу психологічну вразливість цієї групи та відсутність адекватної терапевтичної підтримки.

Віктимна ідентичність виявляє різні психологічні механізми залежно від статусу діагнозу. У групі з офіційним діагнозом вона відображає реальні функціональні обмеження, спричинені симптомами розладу, тоді як у групі без діагнозу характеризується схильністю до перебільшення негативного впливу симптомів як частину загальної віктимної позиції.

Результати підтверджують теоретичні положення про патологізацію як культурний феномен та розширюють розуміння ролі когнітивних спотворень у процесі самодіагностики. Тривога виступає не лише наслідком невизначеності щодо психічного стану, але й причиною підтверджувального упередження при інтерпретації власних переживань та поведінкових особливостей.

Отримані результати мають суттєве теоретичне та практичне значення для розуміння психологічних механізмів самодіагностики нейророзвиткових розладів у юнацькому віці та обґрунтовують необхідність створення спеціалізованих програм психологічної підтримки для різних груп молоді з урахуванням специфіки їхніх психологічних потреб.

Результати дослідження відкривають декілька перспективних напрямків для подальшого вивчення феномену самодіагностики РДУГ у молоді.

Доцільним є проведення лонгітюдного дослідження для відстеження динаміки психологічних характеристик до та після офіційного діагностування, що дозволить краще зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між досліджуваними змінними.

Перспективним напрямком є вивчення ролі соціальних мереж у формуванні установок щодо РДУГ та розробка інструментів для оцінки якості медичної інформації в цифровому просторі.

Важливим напрямком також може стати розробка та апробація спеціалізованих психологічних інтервенцій для профілактики хибної самодіагностики серед молоді, включаючи програми розвитку критичного мислення та управління тривожними станами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А., Булахова Л. О. Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 4. С. 34–37.
2. Конверський А., Колотілова Н. Підтверджувальне викривлення в процесах аргументації. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2023. С. 20–24. DOI: <https://doi.org/10.17721/2523-4064.2023/9-3/15>.
3. Присяжна Х. Психологічні особливості прояву синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у першокласників. *Магістерський науковий вісник ТНПУ ім. В. Гнатюка*. 2015. № 23. С. 173–178. URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/13020/1/17Prisyazhna.pdf>.
4. Шевченко Л. О. Структурні складові віктимної особистості. *Форум права*. 2012. № 4. С. 1058–1063.

5. Aleksina N., Gerasimenko O., Lavrynenko D., Savchenko O. Ukrainian adaptation of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7): diagnostic experience in the state of martial law. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2024. № 11. P. 77–103. DOI: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11>.
6. Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Assessment Guidelines Based on Clinical Presentation to a Specialty Clinic. P. Roy-Byrne et al. *Comprehensive Psychiatry*. 1997. Vol. 38, № 3. P. 133–140. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90065-1](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90065-1).
7. Bituin A. N., Congreso J., Francisco C., Magsalin K. *Examining self-diagnosing patterns: motivations and ramifications in young adults*. 2024. DOI: 10.13140/RG.2.2.12445.32483.
8. Bowden O. POV – You have ADHD: Examining Predictors of Self-Diagnosis of ADHD on TikTok. *Murray State Theses and Dissertations*. Murray, 2023. P. 16–46.
9. Brinkmann S. *Diagnostic Cultures*. Taylor & Francis, 2020. 154 p.
10. Crosby J. Thriveworks research indicates Americans commonly diagnose themselves and others with mental health conditions. *Thriveworks*. 2022. URL: <https://thriveworks.com/help-with/research/thriveworks-research-americans-diagnose-selves-others/> (дата звернення: 31.05.2025).
11. Kets de Vries M. F. R. Are You a Victim of the Victim Syndrome? *SSRN Electronic Journal*. 2012. DOI: <https://doi.org/10.2139/ssrn.2116238>.
12. Levi M. M., Golding J. M. *Mental Health in the Courtroom: How Victim Mental Health Status Impacts Juror Decision-Making in a Rape Case*. 2024. DOI: 10.1080/1068316x.2024.2316229.
13. Mierau S. B. Do I Have ADHD? Diagnosis of ADHD in Adulthood and Its Mimics in the *Neurology Clinic*. *Neurology*. 2024. Vol. 15, № 1. DOI: 10.1212/cpj.0000000000200433.
14. Nguyen Q., Tan M., Li J. J. Paradoxical Hyperreflexia in a Patient With Classic Guillain-Barré Syndrome. *Cureus*. 2023. DOI: 10.7759/cureus.50184.
15. Phillips L. Self-diagnosis in a digital world. *Counseling Today*. 2022. URL: <https://www.counseling.org/publications/counseling-today-magazine/article-archive/article/legacy/self-diagnosis-in-a-digital-world>.
16. Rouffaer S. 'TikTok taught me': A study on women's psychological and social motivations to self-diagnose with ADHD through social media. *Youth Development and Social Change*. Utrecht, 2024. P. 17–28.
17. Xiao J. A Comprehension of Disease Based on the Theory of Social Construction. *Chinese Medical Ethics*. 2007. URL: https://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTotal-XNLX200704008.htm.