

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗИНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Прокрастинація та перфекціонізм як предиктори суб'єктивного
благополуччя у людей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності»

Студентки 2 курсу групи ЗПС–62 другого
(магістерського) рівня вищої освіти
освітньо–професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ

ДАВИДЕНКО М. І.

Керівник: д. психол. н., доц., професор ЗВО КРЯЖ І. В.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Розділ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОКРАСТИНАЦІЇ, ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ, СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА РДУГ У ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ	7
1.1. РДУГ у дорослих: симптоми, виконавчі функції та саморегуляція	7
1.2 Прокрастинація при РДУГ	10
1.3. Перфекціонізм при РДУГ	16
1.4 Суб'єктивне благополуччя	20
Висновки до розділу I	23
Розділ II. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	24
2.1. Опис методик дослідження	24
2.2. Опис вибірки та процедура дослідження	28
2.3. Методи математико–статистичної обробки даних	30
Висновки до розділу II	32
Розділ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	34
3.1. Аналіз отриманих даних дослідження	34
3.2. Результати порівняльного аналізу показників прокрастинації, перфекціонізму та компонентів суб'єктивного благополуччя у групах з діагностованим та самодіагностованим РДУГ	39
3.3. Аналіз зв'язків між прокрастинацією, перфекціонізмом та показниками суб'єктивного благополуччя	42
3.4 Прокрастинація та перфекціонізм як предиктори суб'єктивного благополуччя дорослих людей з РДУГ	47
Висновки до розділу III	51
ВИСНОВКИ	53
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	56
ДОДАТКИ	63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Раніше вважалося, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) є виключно дитячим діагнозом, однак сучасні дослідження демонструють, що у значної частини людей, які мали РДУГ у дитинстві, симптоми зберігаються і в дорослому віці. Водночас психологічні механізми, що визначають зниження якості життя цих людей, досі залишаються недостатньо вивченими. Дорослі люди з РДУГ щодня стикаються з труднощами саморегуляції: відкладають важливі справи, встановлюють нереалістичні стандарти і суворо критикують себе за невідповідність їм. Ці проблеми не є проявом ліні чи безвідповідальності – вони впливають із порушень виконавчих функцій, труднощів з плануванням, підтриманням мотивації та емоційною регуляцією, які є характерними для цього розладу.

Прокрастинація та перфекціонізм є найпоширенішими функціональними порушеннями при РДУГ, що суттєво погіршують благополуччя. Прокрастинація виникає через дефіцити саморегуляції, спотворене відчуття часу та низьку толерантність до нудьги й фрустрації. Перфекціонізм часто формується як відповідь на хронічний досвід невдач і критики, коли людина намагається компенсувати свої труднощі надмірно високими вимогами до себе.

Суб'єктивне благополуччя, що включає когнітивну оцінку задоволеності життям та емоційний баланс, є важливим показником адаптації особистості. З'ясування прокрастинації та перфекціонізму як предикторів суб'єктивного благополуччя дозволить краще зрозуміти механізми формування психологічного неблагополуччя у людей з РДУГ. Результати дослідження можуть стати основою для створення програм психологічної підтримки, що враховують специфічні потреби дорослих людей з РДУГ. Таким чином, вивчення цієї проблематики має важливе теоретичне та практичне значення для сучасної психології здоров'я та клінічної психології.

Мета дослідження – визначити вплив прокрастинації та перфекціонізму на суб'єктивне благополуччя дорослих людей з РДУГ.

Об'єкт дослідження: чинники суб'єктивного благополуччя дорослих осіб з

РДУГ.

Предмет дослідження: прокрастинація та перфекціонізм як предиктори суб'єктивного благополуччя у дорослих осіб з РДУГ.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що прокрастинація та перфекціонізм є значущими негативними предикторами суб'єктивного благополуччя у дорослих людей з РДУГ. Припускається, що підвищений рівень прокрастинації та перфекціонізму пов'язаний зі зниженням різних компонентів суб'єктивного благополуччя.

Завдання дослідження:

- 1) Провести теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння РДУГ у дорослому віці, прокрастинації, перфекціонізму та суб'єктивного благополуччя.
- 2) Провести порівняльний аналіз відмінностей між людьми з діагностованим та самодіагностованим РДУГ за показниками прокрастинації, перфекціонізму та компонентів суб'єктивного благополуччя.
- 3) Провести кореляційний аналіз взаємозв'язків між рівнем прокрастинації та показниками суб'єктивного благополуччя у дорослих з РДУГ.
- 4) Провести кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками перфекціонізму та суб'єктивного благополуччя у дорослих з РДУГ.
- 5) Дослідити спільний внесок прокрастинації та перфекціонізму в показники суб'єктивного благополуччя.

Методи дослідження:

1. Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS). Автори: E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larsen, S. Griffin (1985). Українська адаптація: В. О. Олефір, В. Ф. Боснюк (2024).
2. Шкала позитивних і негативних переживань (Scale of Positive and Negative Experience, SPANE). Автори: E. Diener, D. Wirtz, W. Tov, C. Kim–Prieto, D. Choi, S. Oishi, R. Biswas–Diener (2010). Українська адаптація: В. О. Олефір, В. Ф. Боснюк, К. О. Малофейкіна (2021).

3. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (The Modified BBC Subjective Well-being Scale, BBC-SWB). Автори: BBC (British Broadcasting Corporation) P.Pontin, M.Schwannauer, S.Tai, and M.Kinderman. Українська адаптація: Л. М. Карамушка, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер (2022).
4. Опитувальник прокрастинації (General Procrastination Scale). Автори: С. Н. Lay (1986). Українська версія представлена Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі (2015).
5. Шкала "Перфекціонізм". Автор: W. В. Schaufeli (2005). Українська версія представлена Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі (2015).

Методи математико-статистичної обробки:

- описова статистика;
- тест Шапіро-Вілکا для перевірки нормальності розподілу даних;
- непараметричний порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні;
- непараметричний кореляційний аналіз Спірмена;
- багатofакторний лінійний регресійний аналіз;
- статистична обробка даних за допомогою програми IBM SPSS Statistics 27.0.

Розділ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОКРАСТИНАЦІЇ, ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ, СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА РДУГ У ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ

1.1. РДУГ у дорослих: симптоми, виконавчі функції та саморегуляція

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) раніше вважали суто дитячим, однак нині відомо, що він часто зберігається й у дорослому віці: до 70% людей, які мали РДУГ у дитинстві, відчувають симптоми і в дорослому житті[16]. Сучасні підходи підкреслюють не лише базову тріаду симптомів, а й нейропсихологічні маркери та порушення саморегуляції як ключові характеристики розладу.

Основні прояви РДУГ у дорослих – неуважність, гіперактивність, імпульсивність – виглядають дещо інакше, ніж у дітей. Неважність проявляється у труднощах з концентрацією на рутинних завданнях, розсіяності, забудькуватості, відчутті «хаосу» в справах; водночас у цікавих активностях люди з РДУГ можуть впадати в гіперфокус і працювати над завданням годинами[31]. Гіперактивність частіше виражається як внутрішній неспокій, надмірна говірливість, постійна потреба щось робити й труднощі з розслабленням або сном[31]. Імпульсивність означає схильність до поспішних рішень, нетерплячість, імпульсивні покупки, різкі зміни планів та труднощі з відкладанням задоволення[31].

У дорослих з РДУГ часто спостерігається емоційна дисрегуляція – дратівливість, різкі перепади настрою, вибухові реакції[16]. Хоча офіційні діагностичні критерії це не виокремлюють, емоційний компонент вважають центральним у розумінні РДУГ: за Барклі, люди з цим розладом не можуть достатньо загальмувати недоречні емоції та імпульси, які суперечать їхнім довгостроковим цілям[10].

Важливим аспектом є порушення виконавчих функцій – планування, робочої пам'яті, гальмування реакцій, переключення уваги. Дослідження показують, що дорослі з РДУГ гірше виконують нейропсихологічні завдання на гальмування, увагу та робочу пам'ять, ніж люди без цього діагнозу[15]. Нейровізуалізаційні

дослідження вказують на знижену активність префронтальних та фронто–стріарних ділянок мозку, відповідальних за контроль уваги, прийняття рішень і придушення імпульсів[29]. Тому РДУГ дедалі частіше описують як розлад саморегуляції – здатності керувати поведінкою, думками й емоціями заради майбутніх цілей[8].

Рассел Барклі розглядає РДУГ як наслідок дефіциту поведінкового гальмування – базової здатності пригальмувати або відкласти автоматичну реакцію на стимул[7]. Порушення гальмування підриває роботу інших виконавчих функцій: невербальної робочої пам'яті, внутрішнього мовлення, саморегуляції емоцій і мотивації та здатності планувати й «перебудувати» поведінку[7]. У результаті поведінка людини надмірно залежить від миттєвих стимулів і поточних бажань, а не від внутрішніх цілей. Емпіричні дані показують, що у дорослих з РДУГ найвираженіші труднощі саме в пригніченні імпульсів, утриманні інформації в пам'яті та регуляції мотивації[15].

Барклі описав це як «короткозорість у часі»: через дефіцити виконавчих функцій людина слабо відчуває віддалені наслідки своїх дій і орієнтується переважно на “тут і тепер”[29]. Виникає темпоральна міопія – домінування найближчих подій та негайних винагород над майбутніми цілями[8]. Якщо майбутнє мало впливає на вибір, логічним стає прагнення уникати негайного дискомфорту й шукати швидке полегшення[43]. Це лежить в основі схильності до прокрастинації – відкладання складних чи нудних завдань заради миттєвого полегшення – та створює умови, за яких накопичені невдачі й критика можуть сприяти формуванню перфекціоністських тенденцій.

Модель Барклі добре поєднується з підходом Роя Баумайстера, який розглядає самоконтроль як обмежений ресурс, що виснажується при кожному акті волі[7]. Після тривалої або інтенсивної саморегуляції людині тимчасово важче стримувати імпульси, однак цей ресурс частково відновлюється завдяки відпочинку, приємним враженням, коротким перервам[11]. Баумайстер також припустив, що самоконтроль можна тренувати регулярними вправами[11]. У випадку РДУГ це дозволяє говорити про «дефіцит волі»: резерв самоконтролю в таких людей швидше вичерпується, тому монотонні, нецікаві завдання дуже швидко призводять до втоми уваги й

відволікання, тоді як у захопливій діяльності, де потрібно менше зусиль, може виникати гіперфокус[31]. Барклі підкреслював, що часті перерви, зовнішня підтримка й підкріплення фактично «підзаряджають» виконавчі функції людей з РДУГ[8], а структурування розпорядку, наочні нагадування й часте заохочення виконують роль зовнішньої виконавчої системи[8].

Через дефіцити гальмування й робочої пам'яті дорослим з РДУГ важко планувати, оцінювати час і послідовність дій. Спотворене відчуття часу та хаотичність мислення призводять до того, що великі завдання сприймаються як «суцільний безлад», що підштовхує до їх відкладання[9]. Дослідження показують, що саме симптоми неухважності – тобто труднощі з контролем уваги – сильніше, ніж гіперактивність чи вузько розуміється імпульсивність, пов'язані зі схильністю до прокрастинації[32]. Низька фрустраційна толерантність, емоційна дисрегуляція й прагнення уникнути нудьги або тривоги також посилюють цю тенденцію[8].

Пережиті з дитинства невдачі, критика й досвід постійних зауважень щодо «ліні» й «неорганізованості» можуть сприяти формуванню перфекціонізму як способу самокомпенсації: людина намагається робити все «ідеально», щоб уникнути нової помилки. При цьому страх помилки й невдачі стає одним із ключових чинників прокрастинації[22]: частина людей свідомо відкладає завдання, щоб у разі провалу пояснити його браком часу, а не власною нездатністю[22]. Деякі дорослі з РДУГ демонструють парадоксальний перфекціонізм: гіперретельність і завищені стандарти в обмежених сферах співіснують із хаосом та незавершеністю в інших[8]. Такий перфекціонізм може короткочасно підживлювати продуктивність, але в довгій перспективі посилює тривогу, незадоволеність собою та ризик прокрастинації.

Отже, дефіцити виконавчих функцій та емоційної саморегуляції при РДУГ створюють підґрунтя для двох поширених проблем – прокрастинації та перфекціонізму, які, своєю чергою, погіршують якість життя. Теоретичні моделі Барклі та Баумайстера допомагають пояснити ці зв'язки: РДУГ можна розглядати як поєднання темпоральної «короткозорості»[29] і стану хронічно виснаженого ресурсу самоконтролю[11]. З практичної точки зору це означає, що допомога людям з РДУГ має поєднувати створення зовнішніх структур підтримки – розпорядку, нагадувань,

системи невеликих винагород[8] – з когнітивно–поведінковою роботою над неадаптивними переконаннями, зокрема перфекціоністськими установками[36]. Інтеграція нейропсихологічного підходу (виконавчі функції) та психології саморегуляції дозволяє краще зрозуміти їхню уразливість до прокрастинації й перфекціонізму та планувати більш ефективні втручання.

1.2 Прокрастинація при РДУГ

РДУГ у дорослих часто супроводжується хронічною прокрастинацією – схильністю відкладати важливі справи навіть на шкоду собі. Прокрастинація вважається формою несформованості саморегуляції, коли людина свідомо відкладає заплановану дію, розуміючи негативні наслідки[22]. Дослідження показують, що хронічна прокрастинація значно частіше трапляється при РДУГ і навіть вважається одним із найпоширеніших функціональних порушень цього розладу[33].

Прокрастинація у дорослих з РДУГ є складним феноменом з глибокими психологічними коренями. Імпульсивність, низька толерантність до нудьги, труднощі з концентрацією та емоційною регуляцією – характерні риси РДУГ, що безпосередньо призводять до відкладання справ. Люди з РДУГ мають дефіцити виконавчих функцій, включаючи планування, організацію та ініціацію дій, а також труднощі з відтермінованим підкріпленням[33]. Їм значно важче працювати над завданням, якщо результат віддалений у часі, оскільки мозок схильний знецінювати відтерміновані вигоди й постійно жадає негайної стимуляції. Дорослі з РДУГ виразно схильні обирати невелику миттєву винагороду замість більшої віддаленої, їм бракує мотивації до довгих рутинних справ, важко чекати, і вони імпульсивно тягнуться до миттєвих задоволень[33]. Звідси й низька толерантність до нудьги: монотонні завдання викликають надмірне відчуття нудьги та фрустрації, від яких намагаються втекти. Дорослі з РДУГ часто уникають рутини просто тому, що їм бракує внутрішнього підкріплення під час виконання таких завдань.

По–друге, прокрастинація виконує функцію захисту від негативних емоцій. Багато завдань сприймаються як неприємні, стресові або занадто складні, тому

почати їх означає зіткнутися з тривогою, невпевненістю чи страхом невдачі. Відкладання стає способом короткочасно зменшити інтенсивність негативних емоцій: замість переживання дискомфорту людина відкладає роботу, отримуючи хоча б тимчасове полегшення. Дорослі з РДУГ часто використовують прокрастинацію як дезадаптивну копінг–стратегію для уникнення стресових ситуацій та негативних переживань[33]. На жаль, таке уникання лише погіршує ситуацію: невиконані справи накопичуються, що призводить до ще більшого стресу, тривоги та почуття провини.

По–третє, спостерігається розрив між намірами та їхньою реалізацією. Люди можуть щиро збиратися виконати завдання, але від наміру до фактичного початку роботи може пройти багато часу. Цей розрив пояснюється дефіцитом саморегуляції: перехід від наміру до дії потребує планування часу, організованості, контролю відволікань та управління емоціями. При РДУГ ці навички ослаблені, тому навіть важливі наміри часто залишаються невиконаними. На когнітивному рівні прокрастинація виявляється як нездатність перетворити плани у конкретні дії, або як невідповідність між тим, що людина збиралася зробити, і тим, що вона насправді робить[41].

Таким чином, прокрастинація дорослих з РДУГ має багатофакторну природу. Вона зумовлена імпульсивно–мотиваційними механізмами, коли негайні спокуси перемагають віддалені цілі, емоційними механізмами, пов'язаними з уникненням негативних переживань та страхом перед завданням, а також когнітивними викривленнями, такими як нереалістичні оцінки часу.

Модель Джозефа Феррарі розглядає прокрастинацію як поведінку уникання, тісно пов'язану з емоційними факторами. Його концепція заснована на тому, що люди з хронічною прокрастинацією часто саботують власний успіх, відкладаючи справи, щоб підсвідомо убезпечити себе від можливого провалу або негативної оцінки. Прокрастинація пов'язана зі страхом невдачі та страхом оцінювання: це поведінка, метою якої є мінімізація негативних переживань – тривоги та сорому.

Феррарі виділяє два основні типи прокрастинації: коли людина відкладає справи через страх невдачі, тривогу та перфекціонізм, та коли прокрастинує заради

гострих відчуттів від наближення дедлайну. Люди з РДУГ часто демонструють обидва типи, хоча переважає саме функція уникання. Як зазначає клінічний психолог Дж. Ремсі, прокрастинація у дорослих з РДУГ найчастіше є дезадаптивною спробою впоратися з вимогами, які сприймаються як надто стресові[33]. Людина відкладає справи, щоб відстрочити момент зіткнення з завданням, що викликає негативні емоції – нудьгу, тривогу, невпевненість. На жаль, такий емоційно–орієнтований спосіб справляння зі стресом лише посилює його.

Низька толерантність до фрустрації та негативні автоматичні думки про завдання також відіграють важливу роль. Люди, схильні до прокрастинації, часто описують завдання гіперболізовано негативно, що провокує емоційне відторгнення справи ще до початку роботи. Так формується коло: негативні очікування та емоції призводять до уникання завдання, що дає тимчасове полегшення, проте в довгостроковій перспективі призводить до зростання тривоги та провини. Ця закономірність дуже характерна для людей з РДУГ, адже в їхньому досвіді часто були труднощі та невдачі в організації справ, тому вони можуть заздалегідь очікувати поганого результату й підсвідомо уникати завдань, щоб не відчувати фрустрацію. Дослідження демонструють, що чим сильніші симптоми РДУГ, тим частіше виникають автоматичні думки про те, що справа занадто важка, і автоматично приймається рішення зробити пізніше[28].

Отже, модель Феррарі акцентує на емоційно–когнітивному вимірі прокрастинації. Вона пояснює феномен уникнення негативного афекту: люди, особливо з РДУГ, відкладають справи, щоб не відчувати нудьгу, тривогу чи невпевненість. З позиції когнітивно–поведінкової терапії це вважається негативним підкріпленням: уникнення неприємної роботи дає короткочасне полегшення, тому закріплюється як поведінкова стратегія[33]. Проте в довгостроковій перспективі така стратегія шкодить як результатам діяльності, так і психічному благополуччю. Для дорослих з РДУГ підхід Феррарі цінний тим, що підкреслює: їхня прокрастинація – це не лінь, а спосіб впоратися з емоційним дискомфортом та страхом перед невдачею.

Когнітивно–поведінковий підхід Брюса Такмана розглядає прокрастинацію як

проблему саморегуляції поведінки з виразними когнітивними коренями. Такман бачить прокрастинацію як наслідок того, що людина не вміє ефективно керувати своїми діями в часі та долати внутрішній опір до неприємних завдань. Це виявляється у відсутності навичок планування, хибній оцінці часу, легкому відволіканні та схильності виправдовувати власне зволікання.

Такман підкреслював роль раціоналізацій – виправдань, які людина генерує, щоб обґрунтувати відкладання справи. Наприклад, думки, що вона краще працює під тиском або що треба почекати натхнення. Дослідження виявили, що люди, схильні до прокрастинації, значно частіше використовують подібні раціоналізації[42]. Ці когнітивні спотворення підтримують прокрастинацію: якщо людина повірила, що під тиском дедлайну працює краще, відкласти справу здається правильним рішенням. Насправді такі думки є прикладом бажаного мислення – вони дозволяють очікувати позитивних результатів від дисфункційної поведінки, знімаючи почуття провини[42]. При РДУГ подібні раціоналізації більш проблематичні, оскільки через імпульсивність складніше здійснювати критичну оцінку власних пояснень.

Такман також звертав увагу на брак навичок управління часом та планування. Особи з високою схильністю до відкладання не приділяють достатньо уваги плануванню, недооцінюють час на завдання і легко відволікаються. Мета-аналіз П. Стіла виявив, що низька організованість, поганий самоконтроль і висока відволікаємість тісно корелюють з прокрастинацією[40]. Для дорослих з РДУГ подібні проблеми є типовими симптомами розладу. Отже, ця модель добре пояснює когнітивно-поведінкові механізми прокрастинації при РДУГ, особливо пов'язані з виконавчими дисфункціями: невміння розпочати завдання без зовнішнього примусу, відсутність чіткого плану, загальна хаотичність.

Цей підхід також охоплює емоційний компонент прокрастинації через поняття низької стресостійкості та низької толерантності до фрустрації. Людина відкладає справи, коли відчуває себе пригніченою, невпевненою або перевантаженою перспективою майбутньої роботи. Вплив негативних емоцій визнається важливим чинником, однак його можна зменшити розвитком відповідних навичок та змін способу мислення. У контексті РДУГ це означає, що хоча емоційна імпульсивність і

чутливість до невдачі дійсно підштовхують до прокрастинації, ефективні стратегії управління часом та зміна мислення можуть значно послабити цей феномен.

Темпоральна мотиваційна теорія Пірса Стіла пропонує узагальнений підхід, який поєднує ідеї про те, як люди оцінюють цінність результату і як ця цінність зменшується при віддаленості винагороди в часі. Стіл запропонував формулу мотивації: мотивація дорівнює множенню очікування успіху та цінності завдання, поділеному на суму імпульсивності людини та часу до дедлайну. Іншими словами, готовність взятися за діло зростає, коли людина очікує успіху та високо цінує результат, й падає, коли людина імпульсивна, а дедлайн далеко. Прокрастинація виникає, коли загальна мотивація стає надто низькою[22]. Встановлено, що прокрастинація найчастіше виникає тоді, коли бракує самодисципліни, людина легко відволікається, немає впевненості в успіху, не отримує задоволення від завдання та сприймає винагороду як надто віддалену[40].

Якщо підставити типові для РДУГ характеристики у формулу, отримаємо вкрай низьку мотивацію. По–перше, дорослі з РДУГ часто мають занижене очікування успіху через попередній досвід невдач або сумніви у власній організованості. Такі автоматичні думки про власну неспроможність сильно знижують компонент очікування[43]. По–друге, суб'єктивна цінність багатьох завдань також часто низька, особливо якщо завдання рутинне та монотонне. Через гіпоактивність дофамінової системи потрібні значно сильніші стимули для відчуття інтересу, тому звичайні обов'язки сприймаються як надзвичайно нудні[43]. Коли завдання викликає роздратування або сприймається як безсенсовне, формується емоційне неприйняття, що ще більше знижує мотивацію.

Окрім цього, у дорослих з РДУГ показник імпульсивності підвищений, що означає значну чутливість до доступних відволікань чи короткочасних стимулів. У моделі Стіла імпульсивність істотно знижує мотивацію до малопривабливих завдань, оскільки поруч завжди існує багато привабливіших альтернатив, доступних «тут і зараз». Чинник відтермінованої винагороди також працює не на користь: коли дедлайн далекий, абстрактне майбутнє має недостатню мотиваційну силу. Дорослі з РДУГ відчують виражені труднощі з оцінюванням віддалених наслідків і частіше

обирають миттєву вигоду. У результаті виконання нудних завдань відкладається доти, доки дедлайн не стає достатньо близьким і потенційні негативні наслідки не роблять винагороду більш конкретною та емоційно відчутною. Це пояснює, чому багато людей з РДУГ активізуються лише в умовах наближеного терміну: саме тоді компонент затримки суттєво зменшується, що різко підвищує мотивацію.

Темпоральна мотиваційна теорія об'єднує кілька важливих механізмів прокрастинації. Уникнення негативного афекту виражається через низькі значення очікування та цінності: якщо завдання сприймаються як дуже важкі або неприємні, людина відкладає їх, щоб не відчувати дискомфорту[43]. Схильність погано переносити нудьгу проявляється в оцінці цінності завдання та рівні імпульсивності: нецікава монотонна задача програє цікавим альтернативам, тому імпульсивна людина легко переключиться на те, що приносить більше задоволення зараз. Щодо часу, то чим далі дедлайн, то меншою є мотиваційна доцільність братися за справу.

Гіперболічне знецінення майбутніх результатів лежить в основі цієї моделі. Для людей з РДУГ характерне дуже стрімке й радикальне знецінення майбутнього. Розрив між намірами й діями в темпоральній мотиваційній теорії пояснюється математично: людина може мати щирий намір, але якщо мотиваційне рівняння дає дуже низький результат, дія просто не розпочинається.

Фактично, РДУГ можна розглядати як екстремальний випадок дисбалансу в рівнянні Стіла: дуже високий коефіцієнт імпульсивності та суттєві труднощі з відчуттям часу призводять до хронічних труднощів із доведенням намірів до реального виконання. Тому цілком логічно, що сучасні дослідники відзначають позитивну кореляцію між симптомами РДУГ та прокрастинацією[43] – їх об'єднує спільний психологічний фундамент у вигляді слабкої саморегуляції та дефіцитів виконавчих функцій.

Прокрастинація в контексті РДУГ – це одночасно емоційно–мотиваційна проблема (уникання стресу, нудьги) і когнітивно–поведінкова (імпульсивне віддавання переваги короткостроковим винагородам, брак саморегуляції та організаційних навичок)[33]. Розуміння цих механізмів дозволяє розробляти цільові інтервенції: навчати практичним навичкам планування та технікам контролю над

відволіканнями, активно працювати з дисфункційними переконаннями про завдання і власну спроможність, а також тренувати стратегії емоційної регуляції для розвитку толерантності до дискомфорту та фрустрації.

1.3. Перфекціонізм при РДУГ

Перфекціонізм являє собою прагнення людини до бездоганності та висування надмірно високих вимог до себе чи до оточення[36]. Хоча на перший погляд РДУГ та перфекціонізм можуть здаватися протилежностями, дослідження підтверджують, що вони можуть співіснувати[36]. В багатьох людей з РДУГ не обов'язково будуть присутні нереально високі стандарти, але дуже часто спостерігається болісна і нерідко деструктивна самокритика за найменші помилки[36]. Гордон Флетт і Пол Г'юїтт запропонували багатовимірну модель перфекціонізму, де виділили три його форми[38]:

Самоспрямований перфекціонізм означає, що людина ставить перед собою занадто високі цілі й жорстко оцінює власні досягнення, намагаючись досягти ідеалу та уникнути будь-яких невдач[26]. Постійне самозвинувачення за невідповідність власним стандартам може породжувати депресивні переживання і низьку самооцінку[26].

Перфекціонізм, спрямований на інших, виявляється у висуванні нереалістичних вимог до оточення та критичному ставленні до їхніх результатів[26]. Людина очікує від інших абсолютної бездоганності, і це веде до звинувачень та недовіри до інших, роздратування через невідповідність їх результатів і навіть ворожості[26]. Така установка пов'язана з міжособистісними труднощами – цинізмом, самотністю, проблемами у сім'ї[26]. Науковці вважають цей тип перфекціонізму дезадаптивним[26].

Соціально приписаний перфекціонізм виникає тоді, коли людина переконана, що навколишні очікують від неї досконалості й тиснуть на неї[26]. При цьому вона відчуває, що ці вимоги надто високі й недосяжні, а кожна помилка обов'язково призведе до осуду. Такий перфекціонізм супроводжується постійним відчуттям

невдачі, тривогою, гнівом, депресією, страхом оцінки та залежністю від схвалення[26].

Варто зазначити, що перфекціонізм, особливо у соціально приписаній та самокритичній формах, вважається дезадаптивною рисою особистості. Він пов'язаний із хронічним почуттям провини, соромом, прокрастинацією та зниженою самооцінкою[26].

Розглянемо, як саме перфекціонізм переплітається з основними проявами РДУГ – труднощами самоконтролю, нестабільною самооцінкою та надчутливістю до критики.

Людей з РДУГ характеризують стійкі порушення в здатності контролювати власну увагу й поведінку. РДУГ проявляється в тому, що людині дуже важко зосередитися на завданні, вона часто діє імпульсивно, без обдуманості, має хаотичну організацію своєї діяльності та постійно відчуває труднощі з плануванням[34]. Слабкі виконавчі функції роблять результати непередбачуваними. А непередбачуваність власної продуктивності, в свою чергу, значно ускладнює формування стійкого позитивного образу себе.

Люди з РДУГ також стикаються з постійними коливаннями самооцінки. Їхні труднощі часто призводять до невдач у навчанні, роботі та стосунках, що формує занижену або нестійку самооцінку[34]. Часто дорослі люди з РДУГ описують, що ще з самого дитинства постійно відчували себе наче гіршими за інших саме через хронічні зауваження та через множину невдач. Їхня впевненість у собі та відчуття власної цінності сильно залежать від ситуативних успіхів чи невдач: маленька перемога може на деякий час підняти самооцінку, проте чергова помилка, допущена людиною, миттєво знецінює та перекреслює всі успіхи. Зовнішня оцінка з боку інших людей дуже глибоко впливає на психіку таких людей: похвала може окрилити й вдохновити, а критика може завдати справжньо глибокого удару по відчуттю власної цінності й гідності[34]. З плином часу у багатьох з цих людей формується стійке й невідступне відчуття власної меншовартості. Як зауважує Американська психіатрична асоціація, дорослі з РДУГ нерідко мають низьку

самоповагу та схильність до самокритики внаслідок багаторічних докорів за симптоми розладу[34].

Характерною рисою РДУГ є також надмірно болюча реакція на будь-які зауваження – навіть доброзичливу критику людина сприймає як напад на себе. Це явище називається *rejection sensitive dysphoria*, тобто підвищена чутливість до відторгнення[13]. Ймовірно, це пов'язано як з нейробіологією РДУГ, так і з накопиченим негативним досвідом. Звикнувши отримувати більше критики, люди починають вбачати осуд навіть там, де його нема, і реагують гнівом, відчаєм або соромом.

Таким чином, для осіб з РДУГ характерний механізм, яке постійно повторюється: через слабкий самоконтроль виникають помилки, які викликають критику оточення. Це знижує самооцінку, посилює чутливість до зауважень і породжує страх братися за нові справи. Уникаючи діяльності, людина накопичує ще більше невиконаного й отримує ще більше критики. Перфекціонізм стає як частиною цього кола, так і чинником, що його підсилює.

Самоспрямований перфекціонізм при РДУГ нагадує спробу контролювати те, що контролю не піддається. Здавалося б, високі вимоги до себе мали б допомогти краще організуватися, але поєднання жорстких стандартів із слабкою саморегуляцією лише поглиблює розчарування в собі. Людина встановлює нереалістичні планки, що не залишають права на помилку, однак через дезорганізованість, відволікання та імпульсивність неминуче помиляється. Кожен зірваний дедлайн вона сприймає як катастрофу за логікою "або ідеально, або нічого". Коли розрив між ідеальним образом і реальністю стає занадто великим, це провокує депресію та самознецінення[26]. З'являються думки про власну ліню чи безпорадність, навіть коли є певний прогрес. Такий спосіб мислення є типовим когнітивним спотворенням при РДУГ[36]. До того ж перфекціонізм може спричинити прокрастинацію: прагнучи зробити "ідеально" й боячись невдачі, людина відкладає початок роботи, чекаючи на ідеальні умови[36]. За слабких навичок планування це призводить до зірваних термінів або авральної роботи під

стресом. Іноді люди витрачають надмірний час на дрібниці, безкінечно перевіряючи роботу, а потім взагалі не здають результат, якщо він здається їм недосконалим[36].

Соціально приписаний перфекціонізм найболючіше резонує з досвідом РДУГ. Коли людина вірить, що оточення вимагає від неї недосяжної досконалості, вона живе в постійній тривозі – особливо якщо в минулому справді часто критикували за "неуважність, лінь, безвідповідальність". Людина починає сприймати стандарти, які пред'являють їй інші люди, як абсолютно надмірні й неконтрольовані, а себе – як таку, що приречена весь час розчаровувати оточення[26]. Це стає підґрунтям для емоційних розладів: спроби відповідати очікуванням супроводжуються гнівом, тривогою та депресією[26]. Дослідження підтверджують тісний зв'язок соціально приписаного перфекціонізму з тривогою, пригніченістю, уникненням і пасивністю[26]. Водночас це явище тісно переплетене з гіперчутливістю до критики. Внутрішній голос постійно нашіптує: "від мене чекають тільки досконалості, інакше відкинуть". Будь-яке зауваження підтверджує цю думку й завдає нестерпного болю. Навіть нейтральний коментар з боку іншого може викликати паніку, вибух гніву або сором через страх не виправдати сподівань. Люди з РДУГ дійсно частіше очікують критики та схильні інтерпретувати звичайні ситуації як осуд, реагуючи надмірно болісно[13]. Відчуття постійного тиску може провокувати як депресію, так і сильні емоційні спалахи[26].

Перфекціонізм, спрямований на інших, при РДУГ вивчений менше, проте відомо, що він загострює міжособистісні проблеми. Імпульсивність і дратівливість штовхають людину різко критикувати оточення за їхні "недоліки"[26], що створює напругу в стосунках. Нетерпимість до чужих помилок може означати проєкцію власної фрустрації на близьких, що веде до конфліктів і відчуження. Іноді люди висувають до інших такі ж нереалістичні вимоги, які самі не спроможні виконати через симптоми РДУГ. Імпульсивна, непродумана критика може руйнувати довіру й викПопри складність цих механізмів, їх розуміння відкриває можливості для терапевтичної роботи. Когнітивно-поведінкова терапія РДУГ приділяє особливу увагу подвійним стандартам та нереалістичним очікуванням[36]. Навчання ставити досяжні цілі, відстежувати й оскаржувати внутрішнього критика, а також

підвищувати толерантність до помилок допомагає послабити деструктивний перфекціонізм[27].

1.4 Суб'єктивне благополуччя

Суб'єктивне благополуччя (СБ) – це поняття, що відображає те, як люди переживають та оцінюють власне життя. Ед Дінер, один із провідних дослідників СБ, визначає його як "когнітивні та афективні оцінки свого життя"[19]. Іншими словами, СБ включає як раціональні судження про задоволеність власним життям, так і емоційні переживання, негативні чи позитивні. Важливо розрізняти суб'єктивне та об'єктивне благополуччя. Суб'єктивні показники ґрунтуються на самооцінках людини, наприклад, відчутті щастя, задоволеності життям. Об'єктивні показники – це зовнішні умови, дохід, здоров'я тощо. СБ враховує індивідуальне сприйняття життєвих обставин, що є ключовим для розуміння реального рівня благополуччя[35]. Сьогодні інформація про СБ набуває великого значення у психології, економіці та соціології, адже доповнює традиційні показники розвитку суспільства даними про те, наскільки люди щасливі та задоволені своїм життям[35].

Згідно з сучасними уявленнями, СБ – це багатовимірний конструкт, що охоплює різні аспекти переживань і оцінок. Дослідники виділяють декілька компонентів СБ, які тісно пов'язані між собою, але не є тотожними[5]. Зазвичай розрізняють два основні виміри: когнітивний, тобто оціночний, та афективний, тобто емоційний, компоненти СБ[30]. Когнітивний компонент – це свідоме оцінювання людиною свого життя, рівень задоволеності життям загалом та в окремих його сферах. Афективний компонент – це баланс емоційних станів, а саме частота інтенсивних позитивних емоцій і відносна відсутність негативних[30]. Таким чином, СБ відображає як раціональні судження про своє життя, так і емоційне самопочуття у повсякденні.

Задоволеність життям – це основний когнітивний компонент СБ за підходом Е. Дінера. Він відображає суб'єктивне судження про те, наскільки життя людини близьке до її ідеалів та очікувань[3]. Задоволеність формується на основі

узагальненої інформації про різні життєві сфери: робота, сім'я, здоров'я тощо[30], але не зводиться до їх суми – важливою є саме інтегральна оцінка життя в цілому[3]. Дослідження показують, що рівень задоволеності життям зазвичай досить стабільний і має характеристику риси особистості, хоча може змінюватися під впливом значущих подій. При цьому короточасні коливання настрою справляють незначний вплив на глобальну оцінку життя[3]. Саме тому для вимірювання когнітивного компоненту СБ часто використовують короткі опитувальники загальної задоволеності життям замість довгих переліків по окремих сферах[3].

Афективний компонент СБ охоплює емоційні переживання людини – як позитивні, так і негативні. Тобто наскільки часто і наскільки інтенсивно людина відчуває приємні емоційні стани: радість, натхнення, спокій тощо, та наскільки рідко неприємні: смуток, тривогу, гнів тощо[30]. Високий рівень СБ характеризується частими позитивними емоціями у повсякденному житті та рідкісними і слабкими негативними емоціями[30]. Таким чином, афективне благополуччя можна розглядати через призму балансу афекту – переважання позитивного над негативним.

Важливо, що позитивний і негативний афект не є двома полюсами однієї осі, а виступають як відносно незалежні виміри. Дінер підкреслював, що присутність позитивних емоцій не означає повну відсутність негативних, і навпаки, людина може одночасно відчувати і радість, і стрес у різних сферах життя[20]. Емпірично встановлено, що показники позитивного та негативного афекту зазвичай корелюють між собою помірно і негативно: ті, хто частіше переживає радість та задоволення, зазвичай рідше відчувають сильний негативний афект[4]. Однак цей зв'язок не є ідеальним, тому для повної оцінки емоційного благополуччя важливо вимірювати обидва компоненти окремо.

Для оцінювання афективного компоненту СБ використовують різні інструменти, що фіксують частоту або інтенсивність переживання ряду емоцій. Сучасні методики, такі як шкала SPANE (Scale of Positive and Negative Experience), також пропонують збалансований набір позитивних і негативних емоцій для самооцінки. Ключова ідея в тому, що емоційне благополуччя визначається і наявністю позитивних почуттів, і мінімізацією негативних, тому високе СБ – це коли

людина часто відчуває приємні емоції і майже не переживає тривалих негативних станів[30].

У сучасній психології розрізняють дві основні традиції дослідження благополуччя – гедонічну та евдемонічну. Гедонічний підхід зосереджується саме на СБ, тобто на переживанні задоволення і щастя. У цьому підході ключовими конструкціями є щастя, позитивний афект, низький негативний афект і задоволеність життям[4]. Е. Дінер та інші представники позитивної психології фактично заклали основу гедонічного підходу, розглядаючи СБ як критерій "гарного життя". Натомість евдемонічний підхід фокусується на психологічному функціонуванні і розвитку особистості[18]. У руслі евдемонії благополуччя визначається не стільки відчуттям задоволення, скільки реалізацією внутрішнього потенціалу, наявністю життєвої мети, особистісного зростання, автономії, значущих взаємин тощо. Класичним прикладом евдемонічної концепції є модель психологічного благополуччя К. Ріфф, яка включає шість вимірів: особистісне зростання, автономія, самоприйняття, ціль у житті, позитивні стосунки, контроль середовища.

Попри концептуальні відмінності, гедонічний та евдемонічний підходи перетинаються та доповнюють один одного[4]. Емпіричні дослідження показують, що люди, які почуваються щасливими, тобто мають високий рівень СБ, зазвичай також мають вищі показники змістовного, усвідомленого життя, і навпаки – реалізація особистісного потенціалу сприяє підвищенню відчуття щастя.

Трикомпонентна модель Е. Дінера, що спирається на гедонічну теорію є однією з найбільш вивчених моделей СБ. Для повного розуміння благополуччя варто враховувати кожен компонент СБ окремо: оцінювати і рівень задоволеності, і баланс позитивних/негативних емоцій – адже, хоча ці три елементи тісно пов'язані, вони утворюють відмінні фактори і можуть мати різні детермінанти та наслідки.

У межах сучасних підходів до розуміння СБ важливим напрямом є створення інструментів, здатних відображати його багатовимірну структуру. Одним із теоретично обґрунтованих та концептуально цілісних інструментів є методика Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB). Вона була розроблена в межах дослідницької співпраці між науковцями британських університетів (Е.

Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, P. Kinderman) та командою BBC у контексті великого соціального проєкту. Розробники методики спиралися на необхідність комплексного аналізу факторів, що впливають на благополуччя населення, та на потребу у створенні інструменту, який би інтегрував різні теоретичні уявлення про благополуччя.

Теоретичною основою цієї методики є комплексне розуміння благополуччя, яке синтезує гедонічні та евдемонічні елементи. Гедонічний компонент охоплює емоційні аспекти благополуччя, а саме переживання позитивних емоцій та загального задоволення. Евдемонічний компонент, у свою чергу, концентрується на функціональних аспектах людського життя, а саме здатності ефективно діяти, розвиватися, підтримувати змістовні стосунки та усвідомлювати значимість власного життя. Такий підхід дозволяє перейти від розуміння благополуччя лише як емоційного стану до розгляду його як складного конструкту, що характеризує як суб'єктивні переживання людини, так і якість її функціонування в усіх важливих сферах життя.

Висновки до розділу I

У першому розділі було теоретично обґрунтовано, що що РДУГ у дорослих доцільно розглядати як розлад саморегуляції, в основі якого лежать дефіцити виконавчих функцій – поведінкового гальмування, робочої пам'яті, планування, контролю уваги та емоційної регуляції. Моделі Р. Барклі та Р. Баумайстера показують, що поведінка дорослих з РДУГ надмірно залежить від миттєвих стимулів, тоді як віддалене майбутнє слабо впливає на рішення, а ресурс самоконтролю швидко виснажується. На цьому тлі прокрастинація постає як закономірний наслідок нейропсихологічних, мотиваційних та емоційних факторів. Підходи Дж. Феррарі, Б. Такмана та П. Стіла підкреслюють роль імпульсивності, низької толерантності до нудьги й фрустрації, труднощів із відчуттям часу, заниженого очікування успіху та емоційного уникання як ключових механізмів хронічного відкладання справ при РДУГ.

Багатовимірна модель перфекціонізму Г. Флетта та П. Г'юїтта демонструє, що всі три форми – самоспрямований, соціально приписаний та орієнтований на інших – можуть підсилювати емоційну вразливість осіб з РДУГ, підтримувати низьку самооцінку, гіперчутливість до критики й страх відторгнення. Прокрастинація при цьому постає не як прояв ліні чи безвідповідальності, а як закономірний наслідок поєднання дефіцитів виконавчих функцій, імпульсивності, порушеного відчуття часу та емоційного уникнення. У результаті вона набуває хронічного характеру, погіршує навчальне, професійне та повсякденне функціонування і стає одним із ключових чинників зниження суб'єктивного благополуччя людей з РДУГ.

Суб'єктивне благополуччя розглядається як багатовимірний конструкт, що поєднує задоволеність життям та баланс позитивних і негативних емоцій. Моделі Е. Дінера, а також поєднання гедонічного й евдемонічного підходів підкреслюють важливість врахування не лише емоційного комфорту, а й якості функціонування людини, її цілей, стосунків і відчуття сенсу.

Розділ II. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Опис методик дослідження

Вибір методик дослідження був зумовлений метою дослідження з'ясувати, як прокрастинація та перфекціонізм пов'язані із суб'єктивним благополуччям дорослих людей з РДУГ, а також визначити, наскільки ці чинники впливають на рівень їхнього благополуччя.

В теоретичній частині дослідження було з'ясовано, що суб'єктивне благополуччя в сучасній науці розглядається як комплексний багатовимірний показник. Він складається з таких компонентів як: когнітивна оцінка власного життя – задоволеність життям, емоційного компоненту – баланс позитивних і негативних переживань, а також більш обширну систему оцінок психологічного, фізичного та соціального функціонування. Саме тому для опрацювання суб'єктивного

благополуччя було доцільно використовувати не одну, а декілька методик, які дають можливість охопити різні складові благополуччя.

Для вимірювання прокрастинації та перфекціонізму було обрано 5 методик:

1. Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS) [21]

Автори: E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larsen, S. Griffin (1985).

Українська адаптація: В. О. Олефір, В. Ф. Боснюк (2024). [3]

Шкала задоволеності життям є однією з найпоширеніших у світі коротких шкал для вимірювання глобальної задоволеності життям. Вона ґрунтується на когнітивному підході до суб'єктивного благополуччя, згідно з яким важливим є не стільки об'єктивні умови існування, скільки суб'єктивне узагальнене судження людини про якість власного життя в цілому. [3]

Дана методика містить 5 тверджень, які відображають загальну оцінку життя (наприклад, відчуття, що життя близьке до ідеалу, задоволеність умовами життя, відсутність значних змін, які людина хотіла б внести). Респондент оцінює ступінь згоди з кожним твердженням за 7-бальною шкалою Лайкерта від 1 (де 1 – це зовсім не погоджуюся) до 7 (де 7 – це повністю погоджуюся). Суми балів утворюють інтегральний показник задоволеності життям: чим він вищий, тим більш позитивною є когнітивна оцінка власного життя.

Українська адаптація Шкали задоволеності життям забезпечує лінгвістичну та культурну еквівалентність, а також підтверджену надійність та валідність у вибірках дорослого населення, що робить її доречною для застосування в нашій роботі[3].

2. Шкала позитивних і негативних переживань (Scale of Positive and Negative Experience, SPANE) [21]

Автори: E. Diener, D. Wirtz, W. Tov, C. Kim–Prieto, D. Choi, S. Oishi, R. Biswas–Diener (2010).

Українська адаптація: В. О. Олефір, В. Ф. Боснюк, К. О. Малофейкіна (2021). [4]

Шкала позитивних і негативних переживань розроблена для вимірювання емоційного компоненту суб'єктивного благополуччя, тобто частоти переживання позитивних та негативних емоцій у повсякденному житті. Цінність цієї методики полягає в тому, що вона дозволяє оцінити не лише загальні емоційні стани,

наприклад: позитивний чи негативний – а й більш конкретні переживання, такі як «радісний», «задоволений», «сумний», «злий» тощо. [4]

Методика містить 12 тверджень, які об'єднані у дві підшкали – негативні та позитивні переживання, кожна з них включає в себе по 6 пунктів. Респондент має оцінити, як часто протягом останніх чотирьох тижнів він відчував кожен з описаних станів, за 5-бальною шкалою від 1 (де 1 – дуже рідко або ніколи) до 5 (де 5 – дуже часто або завжди). Суми балів за позитивними і негативними пунктами дозволяють обчислити як окремі індекси позитивних і негативних переживань, так і індекс балансу афектів, що дорівнює різниці між негативними та позитивними переживаннями.

Українська адаптація Шкали позитивних і негативних переживань дає можливість коректно використовувати цю шкалу в умовах українського культурного контексту, зберігаючи її структуру та високі показники надійності[4].

3. Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі (The Modified BBC Subjective Well-being Scale, BBC-SWB)[35]

Автори: E. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, P. Kinderman у співпраці з BBC (British Broadcasting Corporation).

Українська адаптація: Л. М. Карамушка, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер (2022) [2].

Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі була розроблена для комплексного вимірювання загального суб'єктивного благополуччя дорослої людини [35]. На відміну від Шкали задоволеності життям та Шкали позитивних і негативних переживань, які окремо відображають когнітивну оцінку життя та емоційний досвід, модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі вивчає декілька ключових компонентів благополуччя, а саме психологічний, фізичний та соціально-міжособистісний.

У базовій версії шкала містить 24 пункти, згруповані в три основні підшкали:

1. Психологічне благополуччя, яке охоплює почуття сенсу, задоволення життям, оптимізм, відчуття контролю над власним життям.
2. Фізичне здоров'я та благополуччя, яке включає в себе сприйняття власного

соматичного стану, енергійність, втомлюваність, здатність виконувати повсякденні обов'язки.

3. Міжособистісні відносини, які складаються з якості та підтримувальністю стосунків, почуття приналежності, соціальної підтримки.

Відповіді зазвичай подаються за 7-бальною шкалою Лайкерта 1 (де 1 – це зовсім не погоджуюся) до 7 (де 7 – це повністю погоджуюся). Суми балів за окремими підшкалами та загальний індекс дозволяють побачити та оцінити як узагальнений і цілісний рівень суб'єктивного благополуччя, так і специфічні його компоненти.

Українська адаптація методики була протестована на учасниках в українському середовищі, вона показала хорошу якість та надійність, що дає підстави використовувати цю методику в умовах сучасного українського контексту [2].

4. Опитувальник прокрастинації Лей (General Procrastination Scale, GPS)

Автор: С. Н. Lay (1986). Українська версія представлена Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі (2015). [1]

Опитувальник прокрастинації Лей є одним із найвідоміших інструментів для вимірювання хронічної прокрастинації, стійкої схильності до нераціонального відкладання важливих завдань, незважаючи на можливі негативні наслідки.

Методика складається з 20 тверджень, що описують типові ситуації зволікання, труднощі з дотриманням дедлайнів, схильність відкладати розпочаті справи тощо. Респондент оцінює, наскільки ці твердження є характерними для нього, за 5-бальною шкалою Лайкерта від 1 (де 1 – це зовсім не погоджуюся) до 5 (де 5 – це повністю погоджуюся). Частина пунктів є зворотними й потребує реверсивного кодування. Сумарний бал відображає загальний рівень прокрастинації: вищі значення свідчать про більш виражену схильність до відкладання.

Українська адаптація опитувальника забезпечує якісний переклад і зберігає його психометричні властивості, що дозволяє надійно інтерпретувати отримані результати в українському суспільстві.

5. Шкала «Перфекціонізм» (W. B. Schaufeli) Автор: W. B. Schaufeli (2005).

Українська версія представлена Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук (2015)[1].

Шкала складається з низки тверджень, які описують: прагнення до бездоганності й жорсткі внутрішні стандарти; схильність до надмірної самокритики у випадку помилок; орієнтацію на зовнішнє визнання, потребу бути кращим за інших, чутливість до оцінок.

Респондент оцінює ступінь згоди з кожним твердженням за шкалою Лайкерта від 1 (де 1 – це зовсім не погоджуюся) до 5 (де 5 – це повністю погоджуюся).

Таким чином, обраний набір методик дає можливість комплексно оцінити суб'єктивне благополуччя, прокрастинацію та перфекціонізм у дорослих людей з РДУГ. Це дозволяє провести подальший кореляційний та регресійний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними змінними.

2.2. Опис вибірки та процедура дослідження

У емпіричному дослідженні взяли участь 123 респонденти, з яких 103 людей жіночої статі та 20 чоловічої, що не дозволяє порівняльного аналізу за статтю. Розподіл статті наведений у рис. 2.2.1.

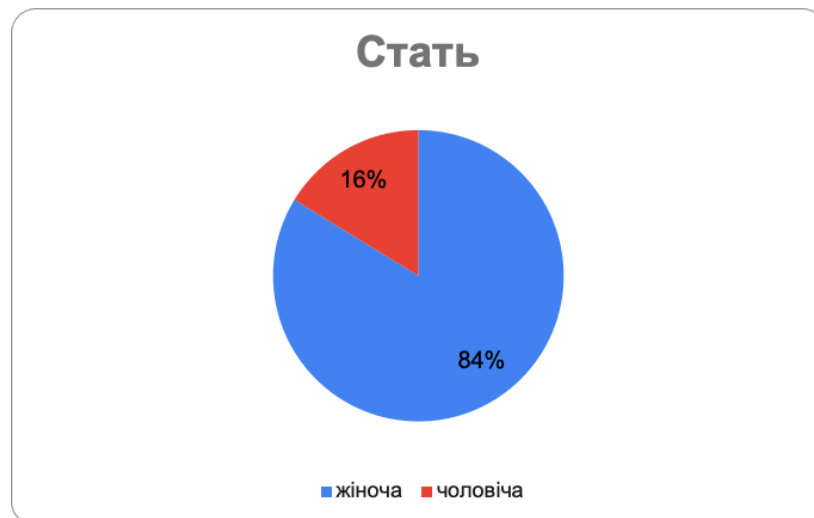


Рис. 2.2.1. Розподіл респондентів за статтю

Вік респондентів був від 17 до 51 року. Гістограма демонструє розподіл віку учасників дослідження, рис. 2.2.2. Середній вік учасників дослідження становить 30

років. Найбільша концентрація людей спостерігається у віковому діапазоні 25–35 років, що відповідає піковому періоду професійної активності та встановлення життєвих пріоритетів. Також присутня значна група молодших респондентів віком 20–25 років, та менша група старших учасників 35–50 років.

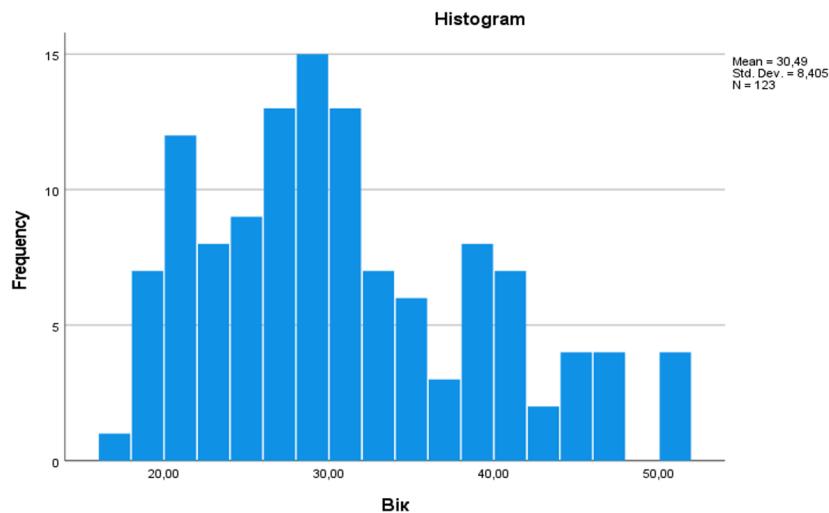


Рис. 2.2.2. Розподіл респондентів за віком

Запрошені респонденти розділилися за такими категоріями, рис. 2.2.3.:

1. Припускають, що мають РДУГ без діагностики чи тестів – 8 осіб.
2. Самодіагностовані через тести на РДУГ – 21 особи.
3. Психолог чи психотерапевт припускає, що вони мають РДУГ – 12 осіб.
4. РДУГ був встановлений психіатром – 75 осіб..
5. Інше – 7 осіб



Рис. 2.2.3. Розподіл респондентів за статусом діагностування РДУГ

Респонденти були запрошені до участі в дослідженні через платформу Telegram та Facebook, посилання на анкету поширювалося через соціальні мережі, онлайн-спільноти для людей з РДУГ, групи РДУГ, а також передавалося від учасника до учасника. Анкетування було анонімним та добровільним, всі респонденти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. Дослідження проводилося дистанційно з використанням онлайн-опитувальника, створеного на платформі Google-forms. Учасники не були проінформовані про мету за завдання дослідження, щоб не обумовлювати результати дослідження. Зібрані дані були експортовані і надійно збережені, де в подальшому вони були оброблені в IBM SPSS Statistics 27, де здійснювалася подальша математико-статистична обробка: описова статистика, перевірка нормальності розподілу за допомогою тесту Шапіро-Вілка, порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні, кореляційний аналіз Спірмена та множинний лінійний регресійний аналіз із включенням прокрастинації та перфекціонізму як предикторів суб'єктивного психологічного благополуччя.

2.3. Методи математико-статистичної обробки даних

Для опрацювання результатів емпіричного дослідження було застосовано комплекс методів математико-статистичного аналізу, що дозволило всебічно проаналізувати отримані показники та виявити взаємозв'язки між прокрастинацією, перфекціонізмом та суб'єктивним благополуччям у дорослих людей з РДУГ. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 27.0, що забезпечило точність розрахунків та коректність інтерпретації результатів. Вибір конкретних статистичних процедур зумовлювався характером отриманих даних, кількістю досліджуваних змінних та завданнями дослідження.

На першому етапі було проведено аналіз описових статистичних показників, зокрема: середніх значень, стандартних відхилень, мінімальних та максимальних

значень досліджуваних змінних. Це дозволило отримати загальне уявлення про рівень вираженості прокрастинації, перфекціонізму та суб'єктивного благополуччя у вибірці, а також оцінити варіативність відповідей респондентів.

Наступним кроком стала перевірка відповідності емпіричних розподілів теоретичному нормальному розподілу. Для визначення того, чи підпорядковуються отримані дані нормальному розподілу, було використано тест Шапіро–Вілка, який вважається одним із найпотужніших критеріїв для перевірки нормальності, особливо для вибірок малого та середнього обсягу. Цей тест дозволив оцінити характер розподілу кожної змінної та прийняти обґрунтоване рішення щодо вибору подальших статистичних процедур. Результати тесту Шапіро–Вілка показали, що частина показників не відповідала критеріям нормальності розподілу ($p < 0,05$), що свідчило про необхідність застосування непараметричних методів статистичного аналізу. Це рішення було прийнято з метою забезпечення коректності статистичних висновків, оскільки параметричні методи ґрунтуються на припущенні про нормальність розподілу даних, порушення якого може призвести до помилкових висновків.

У межах дослідження також було проведено непараметричний порівняльний аналіз за критерієм Манна–Уїтні для виявлення можливих відмінностей між двома групами респондентів – з діагностованим та самодіагностованим РДУГ. До аналізу було включено десять ключових психологічних показників: прокрастинацію, перфекціонізм та вісім компонентів суб'єктивного благополуччя. Застосування критерію Манна–Уїтні було обґрунтоване відхиленням частини змінних від нормального розподілу, що забезпечило коректність статистичних висновків. Порівняння між групами дозволило визначити, чи пов'язане наявність встановленого діагнозу з відмінностями у переживаннях, емоційному балансі, стосунках та загальному рівні благополуччя дорослих з симптомами РДУГ.

Для встановлення характеру та сили взаємозв'язків між досліджуваними змінними був використаний непараметричний кореляційний аналіз за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена. Даний метод є оптимальним для даного типу вибірки, оскільки не потребує нормального розподілу даних і дозволяє виявити монотонні

зв'язки між показниками перфекціонізму, прокрастинації та компонентами суб'єктивного благополуччя. Кореляційний аналіз дав змогу оцінити не лише наявність і напрямок зв'язку, але й ступінь його вираженості.

На завершальному етапі було проведено серію множинних лінійних регресійних аналізів для визначення того, наскільки перфекціонізм і прокрастинація можуть виступати предикторами різних аспектів суб'єктивного та психологічного благополуччя дорослих людей з РДУГ. До моделей включалися лише ті залежні змінні, щодо яких попередній кореляційний аналіз виявив статистично значущі зв'язки з обома предикторами. Регресійний аналіз дав змогу оцінити унікальний внесок кожної змінної, визначити відсоток поясненої дисперсії та перевірити наскільки побудована модель є статистично значущою.

Усі статистичні процедури були виконані у програмному забезпеченні IBM SPSS Statistics 27.0, що забезпечило точність обчислень та достовірність подальших висновків.

Висновки до розділу II

У другому розділі було описано обрані методики, описано вибірку респондентів та методи математико–статистичної обробки емпіричного дослідження. До переліку методики увійшли п'ять адаптованих українською мовою психометрично надійних опитувальників. Шкала задоволеності життям оцінює когнітивну оцінку якості життя, Шкала позитивних і негативних переживань забезпечує вимір емоційного компоненту, модифікована шкала БіБіСі дозволяє отримати ширшу картину психологічного, фізичного та соціального благополуччя, а опитувальники прокрастинації Лей та перфекціонізму Шауфелі визначають рівень труднощів із саморегуляцією у людей з РДУГ.

У дослідженні взяли участь 123 респонденти віком від 17 до 51 років. Набір учасників здійснювався через соціальні мережі та спільноти людей РДУГ. Анкетування проводилося анонімно та добровільно з дотриманням етичних вимог. Дані були оброблені в програмі IBM SPSS Statistics 27.0 із використанням описової

статистики, тесту Шапіро–Вілка, непараметричного порівняльного аналізу за критерієм Манна–Уїтні, кореляційного аналізу Спірмена та множинного лінійного регресійного аналізу.

Отже, методологічний комплекс, представлений у другому розділі містить обґрунтований опис інструментарію, вибірки та статистичних процедур, що забезпечили методичну прозорість та надійність емпіричної частини дослідження. Отримані дані створюють підґрунтя для подальшого аналізу ролі прокрастинації та перфекціонізму як предикторів суб'єктивного благополуччя дорослих людей з РДУГ.

Розділ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Аналіз отриманих даних дослідження

Для більш наочного представлення результатів дослідження та глибшого розуміння вираженості досліджуваних показників у вибірці було здійснено розподіл респондентів за рівнями прокрастинації (за методикою Лей) та компонентами суб'єктивного благополуччя (за методикою БіБіСі). Обидві методики передбачають інтерпретацію отриманих балів через віднесення респондентів до одного з трьох рівнів: високого, середнього або низького. Такий підхід дозволяє не лише оперувати середніми значеннями та кореляціями, але й побачити реальну картину розподілу проблемних зон у вибірці дорослих з РДУГ. Зокрема, визначення частки осіб з високим рівнем прокрастинації або низьким рівнем психологічного благополуччя має важливе практичне значення для розуміння масштабу потреби в підтримці дорослих людей з РДУГ.

У результаті аналізу показників прокрастинації за опитувальником Лей було визначено розподіл респондентів за рівнями схильності до відкладання справ. Розподіл показників прокрастинації представлено на рис. 3.1.1.



Рис. 3.1.1. Розподіл показників прокрастинації за методикою Лей

Діаграма ілюструє розподіл 123 респондентів за рівнями прокрастинації відповідно до опитувальника Лей (General Procrastination Scale). Високий рівень прокрастинації виявлено у 62 осіб (50%). Середній рівень характерний для 59 респондентів (48%). Низький рівень продемонстрували 2 людини (2%).

У результаті аналізу показників за методикою модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі було визначено розподіл респондентів за окремими компонентами благополуччя. Оскільки дана методика включає три підшкали (психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя, міжособистісні стосунки) та інтегральний показник, доцільно розглянути розподіл кожного з них окремо. Розподіл показників представлено на рис. 3.1.2–3.1.5.



Рис. 3.1.2. Розподіл показників психологічного благополуччя за підшкалою методики БіБіСі

Діаграма демонструє розподіл 123 респондентів за підшкалою Психологічне благополуччя модифікованої шкали БіБіСі. Ця підшкала оцінює когнітивні та афективні аспекти благополуччя: відчуття осмисленості життя, оптимізм, контроль над власним життям та загальну задоволеність. Високий рівень виявлено у 13 осіб (10%). Середній рівень характерний для 33 респондентів (27%). Низький рівень спостерігається у 77 учасників (63%).



Рис. 3.1.3. Розподіл показників фізичного здоров'я та благополуччя за підшкалою методики БіБіСі

Діаграма відображає розподіл 123 учасників за підшкалою Фізичне здоров'я та благополуччя модифікованої шкали БіБіСі. Ця підшкала вимірює суб'єктивну оцінку фізичного стану, енергійність, втомлюваність та здатність виконувати повсякденні обов'язки. Високий рівень властивий для 10 респондентів (8%). Середній рівень виявлено у 30 осіб (24%). Низький рівень характерний для 83 учасників (68%).



Рис. 3.1.4. Розподіл показників якості міжособистісних стосунків за підшкалою методики БіБіСі

Діаграма ілюструє розподіл 123 респондентів за підшкалою Міжособистісні стосунки модифікованої шкали БіБіСі. Ця підшкала оцінює якість соціальних зв'язків, відчуття приналежності, наявність підтримуючих стосунків та здатність довіряти іншим людям. Високий рівень характерний для 9 осіб (7%). Середній рівень виявлено у 36 респондентів (29%). Низький рівень спостерігається у 78 учасників (64%).

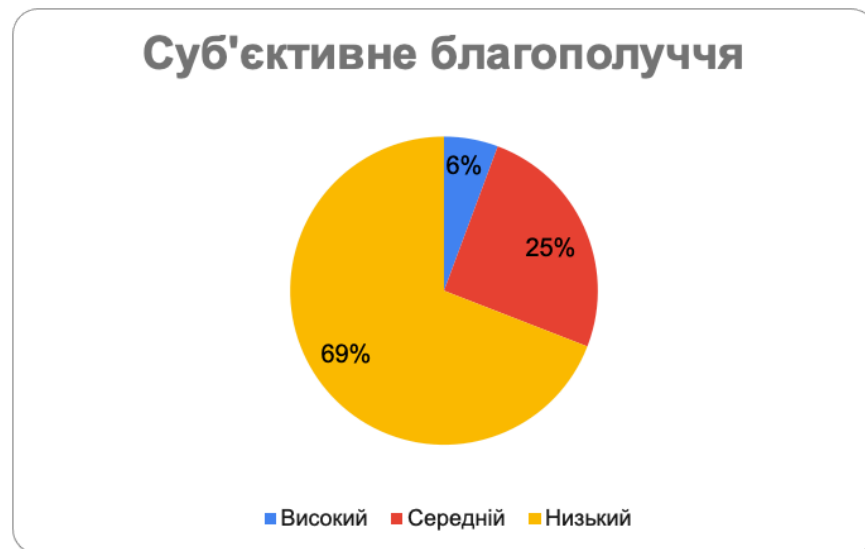


Рис. 3.1.5. Розподіл показників загального суб'єктивного благополуччя за методикою БіБіСі

Діаграма показує розподіл 123 учасників за інтегральним показником суб'єктивного благополуччя модифікованої шкали БіБіСі, який об'єднує всі три підшкали (психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та міжособистісні стосунки) в єдиний комплексний індекс. Високий рівень загального благополуччя характерний для 7 респондентів (6%). Середній рівень виявлено у 31 особи (25%). Низький рівень спостерігається у 85 учасників (69%).

Аналіз розподілу даних

Було проведено аналіз розподілу показників за тестом Шапіро–Вілка, результати якого наведено в таблиці 3.1. Даний тест використовується для оцінки того, чи відповідає розподіл змінних нормальному, чи відноситься до

ненормального. У випадках, коли значення $p < 0,05$, ми робимо висновок про статистично значуще відхилення від нормального розподілу.

Таблиця 3.1

	p
Вік	<0,001
Позитивні переживання	0,004
Негативні переживання	0,256
Баланс афектів	0,516
Задоволеність життям	0,461
Психологічне благополуччя	0,035
Фізичне здоров'я та благополуччя	0,007
Стосунки	0,066
Суб'єктивне благополуччя	0,330
Перфекціонізм	0,405
Прокрастинація	<0,001

За результатами перевірки за Шапіро–Вілка було встановлено, що мають нормальний розподіл такі показники: баланс афектів, задоволеність життям, психологічне благополуччя, стосунки, суб'єктивне благополуччя, перфекціонізм. Ненормальний розподіл представлений в таких показниках, як: вік, позитивні переживання, негативні переживання, фізичне здоров'я та благополуччя, прокрастинація. Це свідчить про наявність асиметрії, нерівномірність розподілу відповідей за цими шкалами.

У зв'язку з тим, що декілька ключових змінних, зокрема прокрастинація та показники фізичного благополуччя не відповідали критеріям нормального розподілу, було прийнято рішення для подальшого аналізу взаємозв'язків обирати непараметричний кореляційний аналіз Спірмена. Цей метод є оптимальним для роботи з даними, які мають відхилення від нормального розподілу.

Таким чином, проведений аналіз розподілу даних дав змогу коректно обрати статистичний метод і забезпечив обґрунтованість подальшої математико–статистичної обробки.

3.2. Результати порівняльного аналізу показників прокрастинації, перфекціонізму та компонентів суб'єктивного благополуччя у групах з діагностованим та самодіагностованим РДУГ

У межах дослідження був проведений статистичний аналіз восьми психологічних показників з використанням непараметричного критерію Манна–Уїтні для порівняння двох груп респондентів.

Перша група ($n = 87$) складалася з осіб з діагностованим РДУГ та тих, у яких підозрюється цей розлад. До неї увійшли респонденти з офіційно встановленим психіатром діагнозом РДУГ, а також особи, яких їхні психотерапевти або психологи попередньо підозрювали щодо наявності цього розладу. Друга група ($n = 29$) складалася з респондентів без офіційного діагнозу, але які самостійно підозрювали у себе симптоми РДУГ або проходили відповідні тестування самостійно.

Аналіз охоплював комплексну оцінку психологічного благополуччя за восьма ключовими показниками. Порівняння проводилось між групою осіб з діагностованим РДУГ та групою без встановленого офіційного діагнозу. Результати представлені в таблиці 3.2

Таблиця 3.2

	Mean Rank		p
	Діагностован РДУГ	Самодіагностика РДУГ	
Позитивні переживання	60,36	52,93	0,302
Негативні переживання	53,57	73,28	0,006
Баланс афектів	62,51	46,47	0,026
Задоволеність життям	60,13	53,62	0,366
Психологічне благополуччя	60,56	52,31	0,252
Фізичне здоров'я та благополуччя	60,83	51,52	0,196
Стосунки	62,07	47,79	0,047
Суб'єктивне благополуччя	61,87	48,38	0,061
Перфекціонізм	56,56	61,33	0,600
Прокрастинація	60,46	52,62	0,277

За показником негативні переживання було виявлено статистично значущу різницю. Самодіагностовні респонденти переживають більше негативних емоцій порівняно з тими, хто має встановлений діагноз. Це цікаво, оскільки зазвичай очікується, що саме люди з підтвердженим психічним розладом мають гірші показники емоційного стану. Одним із можливих пояснень цього є те, що отримання діагнозу може приносити певне психологічне полегшення. Людина нарешті розуміє джерело своїх труднощів, що знижує рівень невизначеності, тривоги та самозвинувачення. Натомість ті, хто має симптоми, але не знає напевно їх природу, можливо частіше переживають фрустрацію, сумніви та внутрішню напругу.

За показником баланс афектів також виявлена значуща різниця. Особи з встановленим діагнозом продемонстрували кращий емоційний баланс порівняно з недіагностованими. Це може свідчити про те, що після встановлення діагнозу люди

починають краще розуміти механізми своїх емоційних реакцій, застосовують ефективніші копінг–стратегії та нерідко отримують фахову підтримку. Крім того, зменшується почуття провини за власні труднощі, що теж позитивно впливає на загальний емоційний стан.

Було виявлено значущу різницю у сфері стосунки. Люди з групи встановленого діагнозу РДУГ продемонстрували вищі показники якості стосунків порівняно з недіагностованими учасниками. Це можна пояснити тим, що після встановлення діагнозу людина краще усвідомлює свої особливості та потреби, тому може чіткіше комунікувати з оточенням. Крім того, близькі, які поінформовані про діагноз, можуть проявляти більше розуміння, прийняття й підтримки, хоча це не завжди так. У випадку недіагностованих респондентів невизначеність щодо власного стану може створювати додаткові труднощі у взаємодії з іншими, спричиняючи конфлікти або відчуття непорозуміння. Ми не знаємо, можливо навпаки, люди з кращими міжособистісними стосунками, частіше звертаються за допомогою до спеціалістів, і тому такий результат.

Загалом результати порівняльного аналізу свідчать, що наявність офіційного діагнозу РДУГ пов'язана з вищим рівнем психологічного благополуччя, незважаючи на те, що обидві групи можуть мати подібні симптоми.

На основі аналізу можна запропонувати кілька пояснень того, чому саме діагностовані особи демонструють кращі показники.

По–перше, люди без діагнозу часто перебувають у стані невизначеності, не розуміють природу своїх труднощів, що призводить до тривоги, стресу та самозвинувачення. Діагноз надає розуміння: людина отримує пояснення своєї поведінки і дізнається, що її труднощі мають певні механізми та шляхи корекції. По–друге, отримання діагнозу часто активує звернення по допомогу, використання рекомендацій фахівців, розвиток копінг–стратегій і, за необхідності, застосування фармакотерапії. Це сприяє реальним змінам поведінки та емоційного стану. По–третє, сам факт чіткого визначення стану зменшує відчуття неконтрольованості та хаосу. Діагноз дає рамки, критерії та певну передбачуваність, що психологічно стабілізує людину. І останнє, не можна виключати ефект очікування або плацебо,

коли факт отримання діагнозу та початку лікування може активувати позитивні психологічні механізми: посилює мотивацію до змін і підвищує надію на покращення, активно залучає до процесу лікування.

Наше дослідження також має обмеження. Кореляційний аналіз не дозволяє встановити, чи саме діагноз покращує показники благополуччя, чи навпаки, люди з кращим рівнем благополуччя частіше звертаються до спеціалістів і отримують діагностику та допомогу. Також невідомо, як довго людина має діагноз. Також важливим фактором є медикаментозна лікування та терапія. Ми не маємо інформації, чи люди з групи діагностованих отримують медикаментозну терапію, чи психологічні консультації чи психотерапевтичну терапію, чи комбіновану терапію, тощо.

Отримані результати демонструють, що знання про власні особливості та розуміння природи своїх труднощів є важливим ресурсом. Це може допомогти зменшити самозвинувачення, сформувані ефективні стратегії поведінки та повернути людині відчуття контролю над своїм життям. Це підкреслює важливість зниження стигми щодо психодіагностики та відкритих розмов про психічне здоров'я.

3.3. Аналіз зв'язків між прокрастинацією, перфекціонізмом та показниками суб'єктивного благополуччя

За результатами проведеного кореляційного аналізу встановлено наявність низки значущих зв'язків між перфекціонізмом, прокрастинацією та показниками суб'єктивного благополуччя у респондентів, результати представлені в таблиці 3.3

Таблиця 3.3

		Перфекціонізм	Прокрастинація
Перфекціонізм	rho	1,000	-0,028
	p	–	0,755
Прокрастинація	rho	-0,028	1,000
	p	0,755	–
Позитивні переживання	rho	-0,158	-0,142
	p	0,081	0,118
Негативні переживання	rho	0,200	0,138
	p	0,118	0,118
Баланс афектів	rho	-0,218	-0,184
	p	0,015	0,042
Задоволеність життям	rho	-0,148	-0,240
	p	0,101	0,007
Психологічне благополуччя	rho	-0,332	-0,189
	p	<0,101	0,037
Фізичне здоров'я та благополуччя	rho	-0,181	-0,316
	p	0,045	<0,001
Стосунки	rho	-0,104	-0,057
	p	0,254	0,530
Суб'єктивне благополуччя	rho	-0,295	-0,243
	p	<0,001	0,007

Були встановлені значущі кореляції перфекціонізму з такими показниками, як: негативні переживання, баланс афектів, психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя, суб'єктивне благополуччя. З такими показниками, як: позитивне переживання, задоволеність життям та стосунки – значущій зв'язок відсутній. Розглянемо їх детальніше.

Щодо негативних переживань, була встановлена позитивна кореляція із коефіцієнтом $r_{ho} = 0,200$ при рівні статистичної значущості $p = 0,027$. Це означає, що особи з вищим рівнем перфекціонізму схильні переживати більше негативних емоцій та станів.

Баланс афектів – це співвідношення позитивних та негативних емоцій – продемонстрував негативний зв'язок з перфекціонізмом, де $r_{ho} = -0,218$ при $p = 0,015$. Такий результат вказує на те, що у людей з вираженою прокрастинацією порушується гармонія, баланс між позитивними та негативними емоційними переживаннями.

Найбільш значущим виявився взаємозв'язок перфекціонізму з психологічним благополуччям. Негативна кореляція становила $r_{ho} = -0,332$ при p менше ніж $0,001$, що свідчить про помірну силу цього зв'язку. Таким чином, люди з вираженим перфекціонізмом мають нижчі показники психологічного благополуччя.

Фізичне здоров'я та благополуччя також виявили негативний зв'язок з перфекціонізмом при $r_{ho} = -0,181$ та $p = 0,045$. Це говорить про те, що перфекціонізм може негативно впливати на фізичне самопочуття та здоров'я людини.

Суб'єктивне благополуччя (методика БіБіСі) інтегральний показник загального самопочуття та задоволеності життям, який людина оцінює на основі власних відчуттів і досвіду, тобто наскільки людина в цілому відчуває себе благополучною – показало негативну кореляцію з перфекціонізмом при $r_{ho} = -0,295$ та $p = 0,001$. Це означає, що люди з вищим рівнем перфекціонізму мають нижчу загальну суб'єктивну оцінку якості свого життя.

Водночас дослідження не виявило значущих зв'язків перфекціонізму з позитивними переживаннями, де $p = 0,081$, із задоволеністю життям при $p = 0,101$, а

також зі стосунками, де $p = 0,254$. Ці результати свідчать про те, що перфекціонізм не впливає достовірно на здатність людини переживати позитивні емоції, оцінювати загальну задоволеність своїм життям та якість її міжособистісних стосунків.

Щодо прокрастинації, були встановлені значущі негативні кореляції прокрастинації з такими показниками, як: баланс афектів, задоволеність життям, психологічне благополуччя, фізичне здоров'ям та благополуччя, суб'єктивне благополуччя. З такими показниками, як: позитивне переживання, негативне переживання та стосунки – значущий зв'язок відсутній.

З результатів ми бачимо, що там, де виявлені значущі кореляції, прокрастинація проявляє саме негативні кореляції з досліджуваними аспектами благополуччя. Негативна кореляція означає, що між двома змінними існує обернений зв'язок: коли один показник зростає – інший зменшується. Розглянемо детальніше результати.

Баланс афектів корелює з прокрастинацією негативно при $r_{ho} = -0,184$ та $p = 0,042$. Це вказує на те, що люди, які схильні до прокрастинації, мають більш негативний баланс афектів порівняно з тими, хто менш схильний відкладати завдання.

Задоволеність життям показала більш суттєву негативну кореляцію з прокрастинацією при $r_{ho} = -0,240$ та $p = 0,007$. Таким чином, особи, які часто прокрастинують, відзначають нижчу загальну задоволеність своїм життям.

Психологічне благополуччя також виявило негативний зв'язок з прокрастинацією при $r_{ho} = -0,189$ та $p = 0,037$. Це свідчить про те, що прокрастинація пов'язана зі зниженням психологічного благополуччя, включаючи почуття автономії та особистісного зростання.

Найбільш значущим виявився зв'язок прокрастинації з фізичним здоров'ям та благополуччям. Негативна кореляція становила $r_{ho} = -0,316$ при p менше ніж $0,001$, що означає помірну силу цього взаємозв'язку. Люди, які схильні до прокрастинації, рідше утримують здоровий спосіб життя та мають гірші показники фізичного благополуччя.

Суб'єктивне благополуччя корелює з прокрастинацією негативно при $r_{ho} =$

-0,243 та $p = 0,007$. Це означає, що прокрастинація достовірно пов'язана зі зниженням загальної задоволеності життям та емоційного благополуччя.

Дослідження не виявило значущих зв'язків прокрастинації з позитивними переживаннями, де $p = 0,118$, з негативними переживаннями при $p = 0,129$, а також зі стосунками при $p = 0,530$. Це вказує на те, що прокрастинація не має достовірного впливу на здатність людини переживати позитивні емоції та на якість її міжособистісних стосунків.

Надзвичайно важливим висновком дослідження є той факт, що перфекціонізм та прокрастинація не корелюють між собою. Це означає, що ці два психологічні конструкти функціонують як незалежні феномени в межах досліджуваної вибірки. Таким чином, наявність перфекціонізму не передбачає наявності прокрастинації, і навпаки. Люди можуть бути перфекціоністами без схильності до прокрастинації, так само як можуть прокрастинувати, не являючись при цьому перфекціоністами. Цей результат має важливе теоретичне значення, оскільки кидає виклик поширеному припущенню про те, що перфекціонізм неминуче веде до прокрастинації.

Інтерпретація результатів

Виявлений зв'язок перфекціонізму з підвищеними негативними переживаннями та заниженим психологічним і загальним благополуччям підтверджує його дезадаптивний вплив. Для частини дорослих з РДУГ такі високі, перфекціоністичні вимоги до себе стають джерелом внутрішньої напруги, що може спричинювати тривалий емоційний стрес, посилювати самокритику та зменшувати відчуття емоційної рівноваги й комфорту.

Щодо прокрастинації, було виявлено зв'язок із нижчим рівнем задоволеності життям, погіршеним балансом емоцій та зниженим рівнем психологічного і фізичного благополуччя. Припускаємо, що це може бути наслідком характерних для РДУГ труднощів з регуляцією поведінки, плануванням та підтриманням мотивації. Регулярне відкладання завдань призводить до накопичення стресу, формування та закріплення відчуття неуспішності, посилення самокритики й внутрішньої напруги, що зрештою суттєво погіршує загальну якість життя.

Особливо значущим результатом дослідження є повна відсутність статистично значущого зв'язку між перфекціонізмом і прокрастинацією у нашій вибірці дорослих з РДУГ. Тобто прокрастинація не обумовлена перфекціонізмом, а перфекціонізм існує окремо від поведінкового патерну відкладання – вони спричиняють власний, різний внесок у зниження благополуччя. Це свідчить про те, що ці два психологічні явища не лише не взаємопов'язані, але й функціонують як два самостійні, незалежні конструкти, кожний із яких має власну природу та механізм впливу на суб'єктивне благополуччя.

Представлені результати дослідження свідчать про те, що прокрастинація не є наслідком перфекціонізму, а може бути пов'язана з особливостями нейропсихологічного функціонування: труднощами з організацією, плануванням, підтриманням мотивації та регуляцією поведінки.

Перфекціонізм у дорослих з РДУГ, у свою чергу, може формуватися як реакція на хронічний досвід невдач, несистемність у виконанні завдань або постійне порівняння себе з нейротиповими людьми. Таким чином, перфекціонізм є швидше способом самозахисту або спробою компенсувати власні труднощі, а не фактором, що безпосередньо викликає відкладання діяльності.

Як висновок, відсутність кореляції між перфекціонізмом і прокрастинацією свідчить про те, що ці явища є незалежними та потребують різних підходів у психологічній роботі. Це два різні механізми, які по-різному формують досвід людини та позначаються на її психологічному і фізичному благополуччі. Прокрастинація у людей з РДУГ в нашому дослідженні не пояснюється надмірною вимогливістю до себе, а вона має іншу причину та механізми. Обидва чинники по-своєму негативно впливають на благополуччя, тому для підвищення якості життя важливо враховувати їхній внесок, але коригувати їх окремими, специфічними інтервенціями. Це відкриває можливості для цілеспрямованої, диференційованої та точнішої психологічної підтримки.

Отже, кореляційний аналіз продемонстрував, що і перфекціонізм, і прокрастинація є значущими психологічними чинниками, які пов'язані зі зниженням суб'єктивного, психологічного та фізичного благополуччя респондентів.

Перфекціонізм найбільш суттєво впливає на психологічне благополуччя та емоційний стан, тоді як прокрастинація демонструє помітний зв'язок із погіршенням фізичного здоров'я та задоволеності життям. Водночас ці два явища не пов'язані між собою та виступають незалежними предикторами окремих аспектів благополуччя.

3.4 Прокрастинація та перфекціонізм як предиктори суб'єктивного благополуччя дорослих людей з РДУГ

Було проведено чотири множинних регресійних аналізів, були обрані показники, де одночасно і перфекціонізм і прокрастинація мали значущі кореляції, і виступали предикторами щодо різних аспектів благополуччя. Такими були: психологічне благополуччя, суб'єктивне благополуччя, фізичне здоров'я, баланс афектів. Результати представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

		психологічне благополуччя	суб'єктивне благополуччя	баланс афектів	фізичне здоров'я
Model summary	R ²	0,181	0,198	0,086	0,178
	P F change	<0,001	<0,001	0,005	<0,001
ANOVA	F	13,242	14,846	5,642	12,964
	P (Sig.)	<0,001	<0,001	0,005	<0,001
перфекціонізм	Beta	-0,348	-0,321	-0,224	-0,221
прокрастинація	Beta	-0,225	-0,291	-0,177	-0,346
перфекціонізм	t	-4,205	-3,920	-2,561	-2,668
прокрастинація	t	-2,721	-3,554	-2,024	-4,177
перфекціонізм	P (Sig)	<0,001	<0,001	0,012	0,009
прокрастинація	P (Sig)	0,007	<0,001	0,045	<0,001

Множинний регресійний аналіз – психологічне благополуччя

Регресійний аналіз для психологічного благополуччя виявився статистично значущим: це пояснює 18,1% дисперсії психологічного благополуччя ($R^2 = 0,181$), що свідчить про те, що перфекціонізм і прокрастинація є важливими, але не єдиними факторами, які впливають на психологічне благополуччя.

Перфекціонізм виступає найсильнішим предиктором у цій моделі ($Beta = -0,348$, $p < 0,001$). Негативний бета-коефіцієнт вказує на те, що зростання рівня перфекціонізму пов'язане зі зниженням рівня психологічного благополуччя. Це можна пояснити тим, що перфекціоністичні установки створюють нереалістичні стандарти, постійне відчуття незадоволеності власними досягненнями, страх помилок та підсилюють самокритичність, що погіршує загальний психологічний стан.

Прокрастинація також впливає ($Beta = -0,225$, $p = 0,007$), хоча її вплив менший порівняно з перфекціонізмом. Це можна пояснити тим, що відкладання справ призводить до накопичення незавершених завдань, хронічного стресу, почуття провини та зниження самоефективності, що пояснює негативний вплив прокрастинації на психологічне благополуччя.

Множинний регресійний аналіз – суб'єктивне благополуччя

Для суб'єктивного благополуччя в ході проведення регресійного аналізу було отримано найвищий результат серед чотирьох досліджуваних аналізів ($R^2 = 0,198$). Данна модель пояснює майже 20% суб'єктивного благополуччя.

Ми спостерігаємо рівноцінний внесок обох предикторів: перфекціонізм ($Beta = -0,321$, $p < 0,001$) та прокрастинація ($Beta = -0,291$, $p < 0,001$) демонструють приблизно однакову силу впливу. В нашому дослідженні це може свідчити про те, що суб'єктивне благополуччя, як загальна відчуття задоволеності життям, страждає як від нереалістичних перфекціоністичних вимог та порівнювання себе з ідеалами, так і від поведінкових патернів уникнення та відкладання, відчуття втрати контролю над власними справами та життям загалом.

Множинний регресійний аналіз – баланс афектів

Регресійний аналіз для балансу афектів пояснює лише 8,6% дисперсії ($R^2 = 0,086$). Це виявилось найслабшою моделлю серед нами досліджуваних, що може свідчити про те, що емоційний баланс залежить від ширшого кола факторів, ніж перфекціонізм та прокрастинація.

Разом з тим, обидва предиктори є статистично значущими: перфекціонізм ($Beta = -0,224$, $p = 0,012$) та прокрастинація ($Beta = -0,177$, $p = 0,045$). Припускаємо, що перфекціонізм та прокрастинація разом можуть мати вплив на баланс позитивних і негативних емоцій таким чином, що перфекціонізм посилює негативні емоції через самокритику та тривогу, а прокрастинація додає почуття провини та фрустрацію.

Невеликий відсоток дисперсії може пояснюватися тим, що емоційний стан більш чутливий до ситуативних факторів, такий як: поточні події, новини, соціальна підтримка, фізичний стан, тощо. В той час, як перфекціонізм та прокрастинація є більш стабільними особистісними характеристиками.

Множинний регресійний аналіз – фізичне здоров'я та благополуччя

Регресійний аналіз для фізичного здоров'я пояснює 17,8% дисперсії ($R^2 = 0,178$), це досить значущий показник. Прокрастинація в даній моделі є сильнішим предиктором ($Beta = -0,346$, $p < 0,001$) порівняно з перфекціонізмом ($Beta = -0,221$, $p = 0,009$). Це єдина модель, де прокрастинація має більший вплив, ніж перфекціонізм.

Можемо припустити, що причиною тому може бути те, що прокрастинація часто призводить до відкладання турботи про здоров'я. Люди можуть пропускати прийоми ліків, нерегулярно харчуватися, мати складність з записом та відвідуванням лікарів, ігнорувати профілактичні чекапи зроров'я, уникати фізичних вправ, прокрастинувати вкладання вчасно спати. До того ж, хронічний стрес від накопичення незавершених справ негативно впливає на імунну систему та загальний фізичний стан організму.

Отже, отримані результати множинного регресійного аналізу демонструють, що перфекціонізм і прокрастинація є значущими негативними предикторами даних досліджуваних аспектів благополуччя: психологічного, суб'єктивного благополуччя, балансу афектів та фізичного здоров'я.

Перфекціонізм демонструє найсильніший негативний вплив на психологічні аспекти благополуччя, а саме на психологічне та суб'єктивне благополуччя, що пояснюється його когнітивною природою та прив'язаності до нереалістичних стандартів і самокритичності. В той час як прокрастинація виявилася важливим чинником, що впливає на фізичне здоров'я і благополуччя. Це показує, що поведінковий компонент в підтриманні фізичного благополуччя має велике значення в житті людини для її самопочуття. Вплив прокрастинації може проявлятися через те, що люди відкладають турботу про своє здоров'я, порушують режим сну й харчування та відчувають хронічний стрес.

Досліджувані моделі пояснюють від 8,6% до 19,8% дисперсії залежних змінних, що вказує на багатофакторну природу благополуччя, при цьому найсильніші моделі отримані для суб'єктивного (19,8%) та психологічного благополуччя (18,1%), тоді як баланс афектів виявився найменш прогнозованим (8,6%), що може свідчити про більшу чутливість емоційного стану до ситуативних факторів.

Комплексний ефект обох предикторів підтверджує необхідність інтегративного підходу в психологічній практиці, оскільки робота лише з перфекціонізмом або лише з прокрастинацією буде менш ефективною, ніж комплексні втручання, що враховують обидва аспекти.

Результати дослідження мають важливе практичне значення для розробки психологічних інтервенцій, профілактичних програм та психоосвітніх заходів, спрямованих на підвищення благополуччя через зниження дезадаптивного перфекціонізму та подолання прокрастинації.

Висновки до розділу III

Аналіз розподілу даних показав неоднорідність даних за показниками суб'єктивного благополуччя, що зробило доцільним використання непараметричних методів статистичної обробки.

Порівняльний аналіз двох груп респондентів – із діагностованим та самодіагностованим РДУГ – продемонстрував, що загальний рівень суб'єктивного благополуччя, а також вираженість перфекціонізму та прокрастинації в цілому подібні у двох групах. Водночас у самодіагностованих респондентів були вищі показники негативних переживань, тоді як у людей з підтвердженим діагнозом спостерігається більш сприятливий баланс афектів і вищі показники якості стосунків. Це може вказувати на значущу роль доступу до професійної діагностики та психологічної підтримки у зменшенні відчуття невизначеності, внутрішньої тривоги й соціальної ізоляції.

Кореляційний аналіз показав, що і перфекціонізм, і прокрастинація пов'язані зі зниженням різних компонентів суб'єктивного благополуччя. Підвищений перфекціонізм асоціюється з більшою кількістю негативних переживань, менш сприятливим балансом афектів, погіршенням рівня психологічного благополуччя, фізичного здоров'я та благополуччя і зниженням інтегрального суб'єктивного благополуччя. Прокрастинація пов'язана з нижчим рівнем задоволеності життям, гіршим балансом афектів, зниженим рівнем психологічного благополуччя та зниженим рівнем фізичного здоров'я та благополуччя. В той час як зв'язок прокрастинації з позитивними та негативними переживаннями й стосунками виявився менш однозначним. Важливо, що між перфекціонізмом і прокрастинацією не виявлено значущого зв'язку, що вказує на їхню відносну автономність як різних і паралельних форм порушень саморегуляції.

Регресійний аналіз продемонстрував, що перфекціонізм і прокрастинація спільно виступають значущими негативними предикторами різних аспектів благополуччя, пояснюючи від 8,6% до майже 20% варіації відповідних показників. Отже нами було виявлено, що поєднання високого рівня перфекціонізму та вираженої прокрастинації суттєво знижує рівень психологічного благополуччя, суб'єктивного благополуччя, балансу афектів, а також демонструє нижчі показники фізичного здоров'я та благополуччя.

За результатами проведеного емпіричного дослідження було підтверджено нашу гіпотезу про те, що прокрастинація та перфекціонізм є значущими

негативними предикторами суб'єктивного благополуччя у дорослих людей з РДУГ. Перфекціонізм і прокрастинація виступають двома відносно незалежними, але взаємодоповнюючими чинниками ризику для різних складових суб'єктивного благополуччя дорослих з РДУГ. Отримані результати підтверджують необхідність комплексної психологічної роботи, яка враховує обидва чинники як окремі, але важливі мішені втручання.

ВИСНОВКИ

1. У результаті теоретичного аналізу було встановлено, що РДУГ у дорослому віці виступає хронічним порушенням саморегуляції, в основі якого лежать дефіцити виконавчих функцій та труднощі з контролем уваги, емоцій і поведінки. Прокрастинація та перфекціонізм розглядаються як специфічні форми цих труднощів: прокрастинація проявляється у систематичному відкладанні важливих завдань, а перфекціонізм – у завищених стандартах та жорсткій самокритиці. Суб'єктивне благополуччя, у свою чергу, розуміється як багатовимірна конструкція, яка поєднує когнітивні оцінки задоволеності життям та емоційний баланс людини. Воно формується під впливом індивідуальних особливостей, механізмів саморегуляції та умов повсякденного функціонування.

2. Було проведено порівняльний аналіз між людьми з діагностованим та самодіагностованим РДУГ, у межах якого виявлена наявність низки важливих відмінностей у показниках емоційного стану та стосунків. Самодіагностовані респонденти продемонстрували вищий рівень негативних переживань і нижчий рівень балансу афектів, тоді як респонденти з підтвердженим діагнозом мали кращий рівень емоційного балансу та вищий рівень стосунків. Це може свідчити про те, що факт отримання діагнозу та пов'язане з ним розуміння власних особливостей, доступ до підтримки та зниження самозвинувачення виконують захисну функцію для емоційного благополуччя й міжособистісних взаємин людей з РДУГ.

3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між прокрастинацією та показниками суб'єктивного благополуччя продемонстрував, що підвищена схильність до відкладання справ систематично пов'язана зі зниженням якості життя. Вищий рівень прокрастинації асоційований із гіршим балансом афектів, нижчою задоволеністю життям, зниженим психологічним благополуччям, погіршенням фізичного здоров'я та загального суб'єктивного благополуччя, при відсутності значущих зв'язків із позитивними переживаннями, негативними переживаннями та стосунками. Це означає, що хронічне відкладання завдань для людей з РДУГ насамперед підриває відчуття контролю над життям, ресурсність та турботу про себе, що в позначається на самопочутті, ресурсності та загальній оцінці свого життя, але не має зв'язку з

інтенсивністю позитивних чи негативних емоцій та якістю міжособистісних стосунків.

4. Аналіз взаємозв'язків між перфекціонізмом і суб'єктивним благополуччям показав, що перфекціонізм є важливим чинником зниження рівня суб'єктивного благополуччя у дорослих людей з РДУГ. Підвищений рівень перфекціонізму пов'язаний із більшим рівнем негативних переживань, порушеним емоційним балансом (баланс афектів), нижчим психологічним та фізичним благополуччям, а також зі зниженням загального суб'єктивного благополуччя, при відсутності значущого зв'язку із позитивними емоціями, задоволеністю життям та стосунками. Отримані дані свідчать, що саме надмірна вимогливість, нереалістичні стандарти й самокритичність роблять людей з РДУГ більш вразливими до емоційного виснаження та відчуття психологічної незадоволеності, незалежно від реального рівня їхніх досягнень чи підтримки з боку оточення. Водночас результати нашого дослідження показали, що перфекціонізм не є обов'язково пов'язаним із прокрастинацією, що свідчить про відносну автономність цих двох феноменів.

5. Результати множинного регресійного аналізу продемонстрували, що перфекціонізм і прокрастинація спільно виступають значущими негативними предикторами різних аспектів благополуччя – психологічного, суб'єктивного, фізичного та балансу афектів, пояснюючи від 8,6% до майже 20% варіації відповідних показників. Перфекціонізм виявився сильнішим предиктором психологічного та суб'єктивного благополуччя, тоді як прокрастинація більшою мірою пов'язана з погіршенням фізичного здоров'я і зниженням загальної задоволеності життям. Отримані результати свідчать, що перфекціонізм та прокрастинація, як різні форми порушень саморегуляції, по-різному, але одночасно знижують благополуччя дорослих людей з РДУГ, тобто здійснюють паралельний негативний вплив.

Отже, результати дослідження емпірично підтвердили нашу гіпотезу: прокрастинація та перфекціонізм є значущими негативними предикторами суб'єктивного благополуччя у дорослих осіб з РДУГ. Отримані дані мають важливе практичне значення для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на

підвищення якості життя дорослих людей з РДУГ через цілеспрямовану роботу з обома чинниками.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Методики дослідження перфекціонізму, трудоголізму та прокрастинації особистості: методичний посібник. Кам'янець–Подільський : ПП «Аксиома», 2019. 80 с. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/29777/> (дата звернення: 01.11.2025).
2. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC–SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH–scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. Т. 3–4, вип. 27. С. 85–94. URL: <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opep/article/view/364> (дата звернення: 01.11.2025).
3. Олефір В., Боснюк В. Адаптація Українськомовної версії шкали задоволеності життям Е. Дінера. *Наука і освіта : наук.–практ. журнал.* 2024. Т. 2. С. 65–71. URL: <http://dSPACE.pdpu.edu.ua/handle/123456789/20219> (дата звернення: 01.11.2025).
4. Олефір В., Боснюк В., Малофейкіна К. Валідизація і вимірювальна інваріантність української версії шкали позитивних і негативних переживань (SPANЕ). *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.* 2021. вип. 71 : Серія «Психологія». С. 34–42. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/14600> (дата звернення: 01.11.2025).
5. Subjective Well-Being: Measuring Happiness, Suffering, and Other Dimensions of Experience / ред.: А. А. Stone, С. Mackie. Washington, DC : The National Academies Press, 2013. 190 с. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174473/pdf/Bookshelf_NBK174473.pdf (дата звернення: 01.11.2025).
6. Problems with the Concept of Executive Functioning. *Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolved.* / В. Barkley. New York : The Guilford Press, 2012. С. 1–36. URL:

- <https://www.guilford.com/excerpts/barkley24.pdf?t=1> (дата звернення: 01.11.2025).
7. Barkley R. A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997. Т. 121, вип. 1. С. 65–94. URL: <https://frisch-ot.com/wp-content/uploads/2021/11/EFModelBarkely.pdf> (дата звернення: 01.11.2025).
 8. Barkley R. The Important Role of Executive Functioning and Self-Regulation in ADHD. *Russell A. Barkley, Ph.D., Fact Sheets*. URL: https://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD_EF_and_SR.pdf (дата звернення: 01.11.2025).
 9. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood*. 1998. Т. 79, вип. 5. С. 381–384. URL: https://www.researchgate.net/publication/13105422_Attention_deficit_hyperactivity_disorde (дата звернення: 01.11.2025).
 10. Barkley R. DESR: Why Deficient Emotional Self-Regulation is Central to ADHD (and Largely Overlooked). *ADDitude*. 03.11.2025. URL: <https://www.additudemag.com/desr-adhd-emotional-regulation/?srsltid=AfmBOooXNMqAUPOJq5mHdE9oh50ybZwrRcSLZilaVyRyGlpTUIYbgv6b> (дата звернення: 07.11.2025).
 11. Baumeister R., Vohs K., Tice D. The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*. 2007. Т. 15, вип. 6. С. 351–355. URL: https://www.researchgate.net/publication/228079571_The_Strength_Model_of_Self-Control (дата звернення: 01.11.2025).
 12. Baumeister R. F., Heatherton T. F. Self-Regulation Failure: An Overview. *Psychological Inquiry*. 1996. Т. 7, вип. 1. С. 1–15. URL: https://www.academia.edu/81361662/Self_Regulation_Failure_An_Overview (дата звернення: 01.11.2025).
 13. Beaton D. M., Sirois F., Milne E. Experiences of criticism in adults with ADHD: A qualitative study. *PLOS One*. 2022. Т. 17 : 2. С. 1–20. URL:

- <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263366> (дата звернення: 01.11.2025).
14. Low standards yet disappointed: ADHD symptoms and experiential avoidance in college students / E. A. Bodalski та ін. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023. Т. 28. С. 180–184. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212144723000388?via%3Dihub> (дата звернення: 01.11.2025).
15. Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review / A. Boonstra та ін. *Psychological Medicine*. 2005. Т. 35, вип. 8. С. 1097–1108. URL: [https://research.vu.nl/ws/files/2068959/Boonstra%20Psychological%20Medicine%2035\(8\)%202005%20u.pdf](https://research.vu.nl/ws/files/2068959/Boonstra%20Psychological%20Medicine%2035(8)%202005%20u.pdf) (дата звернення: 01.11.2025).
16. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies / S. Cortese та ін. *World Psychiatry*. 2025. Т. 24, вип. 3. С. 347–371. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.21374> (дата звернення: 01.11.2025).
17. Deci E. L., Ryan R. M. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*. 2008. Т. 9, вип. 1. С. 1–11. URL: https://www.academia.edu/54083609/Hedonia_eudaimonia_and_well_being_an_introduction (дата звернення: 01.11.2025).
18. The Satisfaction with Life Scale / E. Diener та ін. *Journal of Personality Assessment*. 1985. Т. 49, вип. 1. С. 71–75. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Satisfaction-with-Life-Scale-Diener-Emmons/ebf59d3c526abc53a3011a3e6ae4a15b985d57f4> (дата звернення: 01.11.2025).
19. Diener E., Lucas R., Oishi S. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2009. С. 63–73. URL: https://greatergood.berkeley.edu/images/uploads/Diener-Subjective_Well-Being.pdf (дата звернення: 01.11.2025).

20. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress / E. Diener та ін. *Psychological Bulletin*. 1999. Т. 225, вип. 2. С. 276–302. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2199216 (дата звернення: 01.11.2025).
21. Diener E., Wirtz D., Tov W. New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*. 2010. Т. 97, вип. 2. С. 143–156. URL: https://www.researchgate.net/publication/225615700_New_Well-Being_Measures_Short_Scales_to_Assess_Flourishing_and_Positive_and_Negative_Feelings (дата звернення: 01.11.2025).
22. Ferrari J. R., Tice D. Procrastination as a Self-Handicap for Men and Women: A Task-Avoidance Strategy in a Laboratory Setting. *Journal of Research in Personality*. 2000. Т. 34, вип. 1. С. 73–83. URL: https://www.researchgate.net/publication/222701514_Procrastination_as_a_Self-Handicap_for_Men_and_Women_A_Task-Avoidance_Strategy_in_a_Laboratory_Setting (дата звернення: 01.11.2025).
23. Ferrari J. R., Sanders S. E. Procrastination Rates Among Adults With and Without AD/HD: A Pilot Study. *Counseling and Clinical Psychology Journal*. 2006. Т. 3, вип. 1. С. 2–9. URL: https://www.researchgate.net/publication/276354426_Procrastination_Rates_Among_Adults_With_and_Without_ADHD_A_Pilot_Study (дата звернення: 01.11.2025).
24. Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood / M. Ferrari та ін. *Plos One*. 2018. Т. 13, вип. 2. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192022> (дата звернення: 01.11.2025).
25. Long-term outcomes of ADHD: A systematic review of self-esteem and social function / V. Harpin та ін. *Journal of Attention Disorders*. 2013. Т. 20, вип. 10. С. 1–11. URL:

- https://www.researchgate.net/publication/236932817_Long-Term_Outcomes_of_A_DHD (дата звернення: 01.11.2025).
26. Hewitt P., Flett G. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Т. 60, вип. 3. С. 456–470. URL: <https://hewittlab.sites.olt.ubc.ca/files/2014/11/Hewitt-Flett-1991-Perfectionism-in-the-self-and-social-contexts-conceptualization-assessment-and-association-with-psychopathology.pdf> (дата звернення: 01.11.2025).
27. Low level of perfectionism as a possible risk factor for suicide in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder / L. Katzenmayer-Pump та ін. *European Psychiatry*. Т. 65. С. 250–251. URL: https://www.researchgate.net/publication/363223214_Low_level_of_perfectionism_as_a_possible_risk_factor_for_suicide_in_adolescents_with_attention-deficithyperactivity_disorder (дата звернення: 01.11.2025).
28. Avoidant Automatic Thoughts Are Associated With Task Avoidance and Inattention in the Moment: Replication in a Community Sample / L. E. Knouse та ін. *Journal of Attention Disorders*. 2025. Т. 29, вип. 7. С. 529–540. URL: https://www.researchgate.net/publication/388496801_Avoidant_Automatic_Thoughts_Are_Associated_With_Task_Avoidance_and_Inattention_in_the_Moment_Replication_in_a_Community_Sample (дата звернення: 01.11.2025).
29. Arousal and Executive Alterations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) / D. Martella та ін. *Frontiers in Psychology*. 2020. Т. 11. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.01991/full> (дата звернення: 01.11.2025).
30. Moore C. Subjective Wellbeing in Positive Psychology (Incl. PDF). *PositivePsychology.com*. 30.12.2019. URL: <https://positivepsychology.com/subjective-well-being/> (дата звернення: 01.11.2025).
31. Musullulu H. Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD): a review of current methods and issues. *Frontiers in Psychology*. 2025. Т. 16. URL:

- <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1466088/full> (дата звернення: 01.11.2025).
32. Niermann H. C. M., Scheres A. The relation between procrastination and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in undergraduate students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2014. Т. 23, вип. 4. С. 411–421. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mpr.1440> (дата звернення: 01.11.2025).
33. The Moderating Effect of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms on the Relationship Between Procrastination and Internalizing Symptoms in the General Adult Population / M. Oguchi та ін. *Frontiers in Psychology*. 2021. Т. 12. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.708579/full> (дата звернення: 01.11.2025).
34. Self-Esteem in Adults With ADHD Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review / A. B. Pedersen та ін. *Journal of Attention Disorders*. 2024. Т. 28 : 7. С. 1124–1138. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10870547241237245> (дата звернення: 01.11.2025).
35. A UK validation of a general measure of subjective well-being: The modified BBC subjective well-being scale (BBC-SWB) / E. Pontin та ін. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013. Т. 11. URL: <https://rdcu.be/eQOFO> (дата звернення: 01.11.2025).
36. Ramsay R. Rethinking Adult ADHD. Washington, DC : American Psychological Association, 2020. 271 с. URL: https://www.scribd.com/document/556305381/Rethinking-Adult-ADHD-J-Russell-Ramsay?language_settings_changed=English (дата звернення: 01.11.2025).
37. Rozental A., Carlbring P. Understanding and Treating Procrastination: A Review of a Common Self-Regulatory Failure. *Psychology*. 2014. Т. 5, вип. 13. С. 1488–1502. URL: https://file.scirp.org/pdf/PSYCH_2014091715410990.pdf (дата звернення: 01.11.2025).

38. Sederlund A. P., Burns L. R., Rogers W. Multidimensional Models of Perfectionism and Procrastination: Seeking Determinants of Both. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Т. 17, вип. 14. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7400384/> (дата звернення: 01.11.2025).
39. The Relationship Between Cognitive Distortions and Adult Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder After Accounting for Comorbidities and Personality Traits / A. D. Serine та ін. *Cognitive Therapy and Research*. 2020. Т. 44. С. 967–976. URL: https://annahallen.se/wp-content/uploads/2025/01/The_Relationship_Between_Cognitive_Distortions-2020.pdf (дата звернення: 01.11.2025).
40. Steel P. The Nature of Procrastination: A Meta–Analytic and Theoretical Review of Quintessential Self–Regulatory Failure. *Psychological Bulletin*. 2007. Т. 133, вип. 1. С. 65–94. URL: https://studypedia.au.dk/fileadmin/www.studiemetro.au.dk/Procrastination_2.pdf (дата звернення: 01.11.2025).
41. Talask G. Cognitive Behavioral Based Treatment for Procrastination. *Psychology and Behavioral Science International Journal*. 2017. Т. 8, вип. 1. С. 2–3. URL: https://www.researchgate.net/publication/331626712_Cognitive_Behavioral_Based_Treatment_for_Procrastination (дата звернення: 01.11.2025).
42. Tuckman B. W. Academic Procrastinators: Their Rationalizations and Web–Course Performance. *Annual Meeting of the American Psychological Association (APA)*, Chicago, IL, USA, 22–25 серп. 2002. URL: <https://scispace.com/pdf/academic-procrastinators-their-rationalizations-and-web-3x9kyulyvu.pdf> (дата звернення: 01.11.2025).
43. Turgeman R. N., Pollak Y. Using the temporal motivation theory to explain the relation between ADHD and procrastination. *Australian Psychologist*. 2023. Т. 58, вип. 6. С. 448–456. URL: https://www.researchgate.net/publication/375770156_Using_the_temporal_motivation_theory_to_explain_the_relation_between_ADHD_and_procrastination (дата звернення: 01.11.2025).

АНОТАЦІЯ

Давиденко М. І. Прокрастинація та перфекціонізм як предиктори суб'єктивного благополуччя у людей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Кваліфікаційна робота. Харків: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025. Кваліфікаційна робота включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел з 43 найменувань, додатки. Загальний обсяг роботи без додатків, титульної сторінки та змісту становить 59 сторінок, які містять 8 рисунків та 4 таблиць. Метою дослідження є визначення впливу прокрастинації та перфекціонізму на суб'єктивне благополуччя дорослих людей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). У роботі здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння РДУГ у дорослому віці, механізмів прокрастинації та перфекціонізму, концепцій суб'єктивного благополуччя. Емпіричне дослідження проведено за участю 123 респондентів віком від 17 до 51 року з діагностованим або самодіагностованим РДУГ. Використано п'ять психодіагностичних методик: Шкала задоволеності життям, Шкала позитивних і негативних переживань, модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі, опитувальник прокрастинації Лей та шкала перфекціонізму Шауфелі. Математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою непараметричних методів у програмі IBM SPSS Statistics 27.0. Дослідження виявило, що прокрастинація та перфекціонізм є значущими негативними предикторами суб'єктивного благополуччя у дорослих з РДУГ, пояснюючи 8,6-20% варіації показників. Перфекціонізм сильніше впливає на психологічне та суб'єктивне благополуччя, пов'язаний із більшим рівнем негативних переживань, порушеним балансом афектів та нижчим фізичним благополуччям. Прокрастинація більшою мірою пов'язана з погіршенням фізичного здоров'я, зниженням загальної задоволеності життям, гіршим балансом афектів та зниженим психологічним благополуччям. Важливо, що перфекціонізм і прокрастинація виявилися відносно автономними феноменами, не пов'язаними між собою. Перфекціонізм та прокрастинація, як різні форми порушень саморегуляції, по-різному, але одночасно знижують благополуччя дорослих людей з РДУГ, тобто здійснюють паралельний негативний вплив. Респонденти з підтвердженим діагнозом

демонструють кращий емоційний баланс, вищий рівень стосунків та нижчий рівень негативних переживань порівняно з самодіагностованими. Результати підтверджують гіпотезу дослідження та мають практичне значення для розробки психологічних інтервенцій.

Ключові слова: РДУГ, розлад дефіциту уваги та гіперактивності, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, прокрастинація, перфекціонізм, суб'єктивне благополуччя, психологічне благополуччя, саморегуляція, виконавчі функції, дорослі з РДУГ, емоційний баланс.

ABSTRACT

Davydenko, M. I. A study of the relationship between procrastination and perfectionism with subjective well-being in individuals diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. Qualification work. Kharkiv: V. N. Karazin Kharkiv National University, 2025. The thesis comprises an introduction, three chapters, conclusions, a list of 43 references, and appendices. The total volume of the thesis, excluding appendices, title page and table of contents, is 59 pages, containing eight figures and four tables. The objective of the present study is to ascertain the impact of procrastination and perfectionism on the subjective well-being of adults diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The work provides a theoretical analysis of scientific approaches to understanding ADHD in adulthood, the mechanisms of procrastination and perfectionism, and concepts of subjective well-being. An empirical study was conducted with 123 respondents aged 17 to 51 with diagnosed or self-diagnosed ADHD. Five psychodiagnostic methods were utilised in the study: the Life Satisfaction Scale, the Positive and Negative Emotions Scale, the modified BBC Subjective Well-Being Scale, the Leay Procrastination Questionnaire, and the Schauli Perfectionism Scale. The processing of mathematical and statistical data was conducted utilising non-parametric methodologies within the IBM SPSS Statistics 27.0 software. The study established that procrastination and perfectionism are significant negative predictors of subjective well-being in adults with ADHD, accounting for 8.6-20% of the variation in scores. Perfectionism exerts a more significant influence on psychological and subjective

well-being, correlating with elevated levels of negative experiences, compromised affect balance, and diminished physical well-being. It has been demonstrated that procrastination is more strongly associated with a number of detrimental outcomes, including poorer physical health, lower overall life satisfaction, poorer affect balance, and reduced psychological well-being. It is important to note that perfectionism and procrastination were found to be relatively autonomous phenomena, unrelated to each other. Perfectionism and procrastination, as different forms of self-regulation disorders, have been shown to reduce the well-being of adults with ADHD in different ways, but simultaneously, i.e., they have a parallel negative impact. It has been demonstrated that respondents with a confirmed diagnosis exhibit superior emotional balance, elevated relationship quality, and diminished levels of negative experiences in comparison to those who have self-diagnosed. The results obtained in this study corroborate the research hypothesis and are of practical importance for the development of psychological interventions.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), attention deficit disorder with hyperactivity, procrastination, perfectionism, subjective well-being, psychological well-being, self-regulation, executive functions, adults with ADHD, emotional balance.

ДОДАТКИ