

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева»

Факультет начальных классов  
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Меснянкина Владлена Юрьевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Снижение импульсивности у взрослых с СДВГ посредством группового консультирования

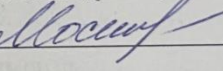
Направление: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование  
Направленность (профиль) образовательной программы:  
Мастерство психологического консультирования

ДОПУЩЕНА К ЗАЩИТЕ:

Заведующая кафедрой

к.пс.н., доцент Мосина Н.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

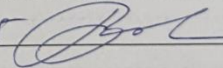
28.11.25 

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

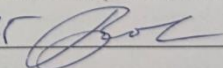
28.11.25 

(дата, подпись)

Научный руководитель

к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

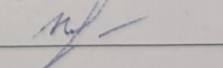
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

28.11.25 

(дата, подпись)

Обучающийся Меснянкина В.Ю.

(фамилия, инициалы)

28.11.25 

(дата, подпись)

Красноярск, 2025

## СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	3
Введение.....	7
Глава 1. Теоретические основы проблемы импульсивности как ключевого симптома СДВГ у взрослых.....	12
1.1. Психологические, нейробиологические и социальные аспекты импульсивности при СДВГ.....	12
1.2. Проявления импульсивности у взрослых с СДВГ. Методы диагностики и оценки.....	17
1.3. Возможности группового консультирования для снижения импульсивности взрослых.....	32
Выводы по Главе 1.....	41
Глава 2. Апробация программы группового консультирования взрослых с СДВГ для снижения импульсивности.....	42
2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	42
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента.....	56
2.3. Анализ результатов формирующего эксперимента и их обсуждение.....	75
Выводы по Главе 2.....	85
Заключение.....	86
Список сокращений.....	88
Список использованных источников.....	89
Приложения.....	

## РЕФЕРАТ

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Снижение импульсивности у взрослых с СДВГ посредством группового консультирования».

Объем работы: 93 страницы, включая 15 рисунков, 13 таблиц, 2 приложения. Количество использованных источников: 70.

**Цель исследования:** теоретически обосновать, разработать и экспериментально апробировать программу группового консультирования, направленную на коррекцию импульсивности у взрослых с СДВГ.

**Объект исследования:** процесс снижения импульсивности у взрослых с СДВГ.

**Предмет исследования:** групповое консультирование как средство снижения импульсивности у взрослых с СДВГ.

Основная **гипотеза исследования** состоит в том, что групповое консультирование взрослых с СДВГ будет эффективным средством снижения импульсивности, если:

- 1) его содержание будет комплексно учитывать психологические, нейробиологические и социальные аспекты жизни взрослого с СДВГ;
- 2) психологическое воздействие будет направлено на повышение психолого-социальной активности, самооценки, оптимизацию социальных отношений и развитие навыков саморегуляции;
- 3) в процесс консультирования будут включены приемы творческой составляющей, способствующие гармонизации взаимоотношений в социуме.

**Методы исследования:**

1. Теоретические: анализ психолого-педагогической литературы, систематизация, обобщение.
2. Эмпирические: наблюдение, опрос, тестирование, эксперимент.
3. Методы математической обработки данных: качественный и количественный анализ, t-критерий Стьюдента для зависимых выборок,

расчет величины эффекта (Cohen's d).

**Теоретической основой исследования** послужили работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные:

- феноменологии импульсивности и СДВГ у взрослых: В.Л. Баркова, Л.С. Чутко, Т.П. Волошенюк, М.Г. Чухрова, А.С. Котов, а также F.G. Moeller, R.A. Barkley;
- групповым методам психологической работы: Дж. Кори, А.С. Душкин, И.А. Зубова, Е.А. Кедярова;
- нейробиологическим основам СДВГ и импульсивности: А.Р. Лурия, Ding Wn., Sun Jh.

**Экспериментальная база исследования:** исследование проводилось на базе выборки добровольцев, набранных посредством интернет-объявлений. Участники самостоятельно изъявляли желание принять участие в программе после ознакомления с ее описанием. Выборку составили 30 взрослых (18 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст –  $34,2 \pm 5,8$  лет) с официально подтвержденным диагнозом СДВГ и повышенным уровнем импульсивности.

Этапы исследования:

1. Констатирующий этап (сентябрь-октябрь 2024 г.): формирование выборки, проведение первичной диагностики.
2. Формирующий этап (ноябрь 2024 – апрель 2025 г.): реализация разработанной программы группового консультирования.
3. Контрольный этап (май 2025 г.): повторная диагностика, анализ и интерпретация полученных данных.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Основные положения и результаты исследования были апробированы в ходе организации и проведения групповых консультаций на базе КГПУ им. В.П. Астафьева. По теме диссертации имеются публикации.

**Результаты исследования:** изучен общий уровень и структура импульсивности у взрослых с СДВГ, выявлены взаимосвязи импульсивности

с дефицитом исполнительных функций, рассмотрены и апробированы на практике современные методы снижения импульсивности в групповом формате. Таким образом, цель исследования была достигнута, гипотеза исследования подтверждена.

**Теоретическая значимость** и новизна исследования заключается в уточнении содержания понятия импульсивности и ее компонентов при СДВГ у взрослых, в углублении понимания возможностей группового консультирования как метода коррекции и его эффективных механизмов (групповая динамика, навыковый тренинг, нормализация опыта).

**Практическая значимость** работы заключается в изучении особенностей импульсивности у взрослых с СДВГ, составлении и апробации программы группового консультирования как средства снижения импульсивности у данной категории лиц. Материалы исследования могут быть использованы практическими психологами и психотерапевтами, а также специалистами консультативных центров и служб психологической помощи для организации психологического сопровождения взрослых с СДВГ.

## **ABSTRACT**

Thesis for a master's degree in psychological and pedagogical education  
"Reducing impulsivity in adults with ADHD through group counseling."

Scope of work: 93 pages, including 15 figures, 13 tables, 2 appendices.  
Number of sources used: 70.

The aim of the study: to theoretically justify, develop and experimentally test a group counseling program aimed at correcting impulsivity in adults with ADHD.

Subject: the process of reducing impulsivity in adults with ADHD.

Study subject: group counseling as a means of reducing impulsivity in adults with ADHD.

The main hypothesis of the study is that group counseling of adults with ADHD would be an effective means of reducing impulsivity if:

- 1) its content will comprehensively take into account the psychological, neurobiological and social aspects of the life of an adult with ADHD;
- 2) psychological impact will be aimed at increasing psychological and social activity, self-esteem, optimizing social relations and developing self-regulation skills;
- 3) the consultation process will include techniques of the creative component that contribute to the harmonization of relationships in society.

Research methods:

1. theoretical: analysis of psychological and pedagogical literature, systematization, generalization.
2. Empirical: observation, survey, testing, experiment.
3. methods of mathematical data processing: qualitative and quantitative analysis, Student's t-test for dependent samples, calculation of the effect size (Cohen's d).

The theoretical basis of the study was the work of domestic and foreign authors devoted to:

- phenomenology of impulsivity and ADHD in adults: V.L. Barkova, L.S. Chutko, T.P. Voloshenyuk, M.G. Chukhrova, A.S. Kotov, as well as F.G. Moeller, R.A. Barkley;
- group methods of psychological work: J. Corey, A.S. Dushkin, I.A. Zubova, E.A. Kedyarova;
- neurobiological basis of ADHD and impulsivity: A.R. Luria, Ding Wn., Sun Jh.

Experimental base of the study: the study was conducted on the basis of a sample of volunteers recruited through Internet ads. Participants independently expressed a desire to participate in the program after reading its description. The sample consisted of 30 adults (18 men, 12 women) aged 25 to 45 years (mean age  $34.2 \pm 5.8$  years) with an officially confirmed diagnosis of ADHD and an increased

level of impulsivity.

Study stages:

1. Stating stage (September-October 2024): sample formation, primary diagnostics.
2. formative stage (November 2024 – April 2025): implementation of the developed group counseling program.
3. Control stage (May 2025): re-diagnosis, analysis and interpretation of the obtained data.

Approbation and implementation of study results. The main provisions and results of the study were tested during the organization and conduct of group consultations on the basis of KSPU named after V.P. Astafiev. There are publications on the topic of the dissertation.

Study results: the general level and structure of impulsivity in adults with ADHD was studied, the relationship between impulsivity and executive function deficiency was revealed, modern methods of reducing impulsivity in a group format were considered and tested in practice. Thus, the goal of the study was achieved, the study hypothesis is confirmed.

The theoretical significance and novelty of the study lies in clarifying the content of the concept of impulsivity and its components in ADHD in adults, in deepening the understanding of the possibilities of group counseling as a method of correction and its effective mechanisms (group dynamics, skill training, normalization of experience).

The practical significance of the work lies in the study of the characteristics of impulsivity in adults with ADHD, the preparation and testing of a group counseling program as a means of reducing impulsivity in this category of persons. The research materials can be used by practical psychologists and psychotherapists, as well as specialists from counseling centers and psychological assistance services to organize psychological support for adults with ADHD.

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) представляет собой распространенное нейropsychиатрическое расстройство, которое в 50-60% случаев персистирует во взрослом возрасте, оказывая значительное дезадаптирующее влияние на качество жизни. Ключевым симптомом взрослого СДВГ, детерминирующим широкий спектр жизненных трудностей – от проблем в межличностных отношениях и профессиональной деятельности до финансовых затруднений и рискованного поведения, – выступает импульсивность. Несмотря на доказанную эффективность фармакотерапии, существует устойчивая потребность в разработке и валидации доступных немедикаментозных методов коррекции. Групповое консультирование, обладая значительным психокоррекционным потенциалом, экономической эффективностью и механизмами групповой динамики, остается недостаточно изученным в контексте целенаправленной работы с импульсивностью у взрослых с СДВГ, что и определяет актуальность данного исследования.

**Степень научной разработанности проблемы.** Теоретической основой исследования послужили работы, которые можно условно разделить на несколько направлений. Проблеме импульсивности и СДВГ у взрослых посвящены труды таких отечественных авторов, как В.Л. Баркова, Л.С. Чутко, Т.П. Волошенюк, М.Г. Чухрова, А.С. Котов, а также зарубежных исследователей – F.G. Moeller, R.A. Barkley. В области групповых методов психологической работы фундаментальными являются идеи Дж. Кори, А.С. Душкина, И.А. Зубовой, Е.А. Кедяровой. Нейробиологические аспекты СДВГ и импульсивности раскрыты в трудах А.Р. Лурия, а также в современных исследованиях Wn. Ding и Jh. Sun. Несмотря на значительное количество работ, посвященных СДВГ, недостаточно исследований, фокусирующихся на специфике снижения именно импульсивности у взрослых в формате структурированного группового консультирования,



интегрирующего современные психотехники.

**Проблема исследования** заключается в противоречии между высокой распространенностью и дезадаптирующей ролью импульсивности у взрослых с СДВГ и недостаточной разработанностью научно обоснованных и апробированных программ ее психологической коррекции в групповом формате, основанных на интегративном подходе.

**Цель исследования:** теоретически обосновать, разработать и экспериментально апробировать программу группового консультирования, направленную на коррекцию импульсивности у взрослых с СДВГ.

**Объект исследования:** процесс снижения импульсивности у взрослых с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

**Предмет исследования:** групповое консультирование как средство снижения импульсивности у взрослых с СДВГ.

**Гипотеза исследования:** групповое консультирование будет эффективным средством снижения импульсивности у взрослых с СДВГ при условии, что:

- 1) его содержание будет комплексно учитывать психологические, нейробиологические и социальные аспекты жизни взрослого с СДВГ;
- 2) психологическое воздействие будет направлено на повышение психолого-социальной активности, самооценки, оптимизацию социальных отношений и развитие навыков саморегуляции;
- 3) в процесс консультирования будут включены приемы творческой составляющей, способствующие гармонизации взаимоотношений в социуме.

**Задачи исследования:**

1. Изучить теоретические аспекты СДВГ и импульсивности у взрослых в части психологии, нейробиологии и социологии.
2. Проанализировать существующие методы диагностики и оценки проявлений импульсивности у взрослых с СДВГ.
3. Описать групповое консультирование как способ снижения импульсивности у взрослых с СДВГ.

4. Разработать программу группового консультирования взрослых с СДВГ в целях снижения импульсивности.

5. Апробировать разработанную программу и оценить ее эффективность с помощью методов математической статистики.

#### **Методы исследования:**

1. Теоретические: анализ научной литературы, систематизация, обобщение.

2. Эмпирические: наблюдение, опрос, тестирование, формирующий эксперимент.

3. Методы математической обработки данных: качественный и количественный анализ, t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, расчет величины эффекта (Cohen's d).

Для психодиагностики использовались следующие методики: Шкала импульсивности Барратта (BIS-11), Опросник для диагностики СДВГ у взрослых (ASRS), Опросник исполнительных функций Баркли (BDEFS-LF), Опросник функциональных нарушений Вайс (WFIRS-S).

**Теоретической основой исследования** послужили работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные:

- феноменологии импульсивности и СДВГ у взрослых: В.Л. Баркова, Л.С. Чутко, Т.П. Волошенюк, М.Г. Чухрова, А.С. Котов, а также F.G. Moeller, R.A. Barkley;

- групповым методам психологической работы: Дж. Кори, А.С. Душкин, И.А. Зубова, Е.А. Кедярова;

- нейробиологическим основам СДВГ и импульсивности: А.Р. Лурия, Ding Wn., Sun Jh.

**Экспериментальная база исследования:** исследование проводилось на базе выборки добровольцев, набранных посредством интернет-объявлений. Участники самостоятельно изъявляли желание принять участие в программе после ознакомления с ее описанием. Выборку составили 30 взрослых (18 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний

возраст –  $34,2 \pm 5,8$  лет) с официально подтвержденным диагнозом СДВГ и повышенным уровнем импульсивности.

Этапы исследования:

1. Констатирующий этап (сентябрь-октябрь 2024 г.): формирование выборки, проведение первичной диагностики.
2. Формирующий этап (ноябрь 2024 – апрель 2025 г.): реализация разработанной программы группового консультирования.
3. Контрольный этап (май 2025 г.): повторная диагностика, анализ и интерпретация полученных данных.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Основные положения и результаты исследования были апробированы в ходе организации и проведения групповых консультаций на базе КГПУ им. В.П. Астафьева. По теме диссертации имеются публикации.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- а) систематизированы теоретические аспекты импульсивности при СДВГ у взрослых с выделением ключевых мишеней для коррекции;
- б) разработана и эмпирически апробирована интегративная модель снижения импульсивности на основе группового консультирования для взрослых с СДВГ;
- в) выявлены и проанализированы факторы, влияющие на эффективность коррекции (комплаенс, уровень образования, стаж СДВГ).

**Теоретическая значимость** работы заключается в систематизации современных научных представлений о природе импульсивности при СДВГ у взрослых и разработке на этой основе теоретической модели ее снижения средствами группового консультирования, что вносит вклад в развитие психологии личности, клинической психологии и психологического консультирования.

**Практическая значимость** работы состоит в том, что разработанная и апробированная программа группового консультирования может быть использована в практической деятельности психологов, психотерапевтов и

консультантов, работающих со взрослыми с СДВГ, в системе психологической помощи и поддержки данной категории лиц, а также в образовательных учреждениях при подготовке соответствующих специалистов.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка сокращений, списка использованных источников (70 наименований) и приложений. Общий объем работы составляет 93 страниц основного текста. Работа содержит 15 рисунков, 13 таблиц и 2 приложения.

## **Глава 1. Теоретические основы проблемы импульсивности как ключевого симптома СДВГ у взрослых**

### **1.1. Психологические, нейробиологические и социальные аспекты импульсивности при СДВГ**

Импульсивность представляет собой многоаспектное явление, которое затрагивает различные сферы человеческой жизни, включая принятие решений, межличностные отношения и эмоциональное состояние. В психологической науке импульсивность часто рассматривается как одна из ключевых характеристик личности, оказывающих значительное влияние на поведение и психическое здоровье индивида. Импульсивность – это сложное явление, которое привлекает внимание исследователей в различных областях, включая психологию, нейробиологию и социологию.

В научной среде термин ‘импульсивность’ (от лат. ‘impulsus’ – толчок) имеет следующие значения:

1) одно из основных измерений (черт) шкалы нормальных индивидуальных различий, «т.е. рассматривается как черта личности, предрасположенной к различным действиям, без четкого осознания возможных последствий степени вреда как для самого себя, так и для окружающих» [Дубатова, Анцыбаров; 2019];

2) «предрасположенность к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние раздражители, без учета негативных последствий данных реакций как для самого импульсивного человека, так и для других» [Moeller, 2001; Blaszczyński, Steel, McConaghy; 1997; Petry, Casarella; 1999];

3) «склонность к непреднамеренным действиям без учета их последствий» [Ениколопов, Медведева; 2015];

4) «черта характера, выражаемая в склонности действовать без достаточного сознательного контроля, под влиянием внешних обстоятельств или эмоциональных переживаний» [Словарь практического психолога; 2025];

все определения характеризуют импульсивного человека как возможно наносящего вред другим людям в ходе своих действий, включая в этот процесс эмоциональность.

Эмоциональность объясняется когнитивной особенностью импульсивности – «невозможность индивидом обдумывать, планировать свои действия и их последствия, склонность действовать по первому побуждению под влиянием внешних обстоятельств или эмоций» [Дубатова, Анцыбаров; 2019].

Мы в своём исследовании под импульсивностью будем понимать склонность к быстрой реакции на внешние стимулы без должного обдумывания последствий. Так, это качество может проявляться в различных формах, включая:

- 1) импульсивное принятие решений: непродуманные действия, которые могут привести к негативным последствиям;
- 2) эмоциональную импульсивность: резкие изменения в эмоциональном состоянии, которые затрудняют контроль над поведением;
- 3) импульсивное поведение: действия, направленные на удовлетворение немедленных потребностей, игнорируя долгосрочные последствия.

В психологической теории об импульсивности акцентируют внимание на когнитивных и эмоциональных процессах, формирующих импульсивное поведение. По мнению А.Р. Лурия, импульсивность связана с недостатками в регуляции высших психических функций, что может приводить к дефициту самоконтроля и планирования [Лурия, 1973].

Исследования показывают, что импульсивность имеет нейробиологическую основу. Как отмечает В.А. Лебедев, нарушения в работе серотониновой нейромедиаторной системы мозга опосредуют развитию импульсивного поведения [Stein, Hollander, Liebowitz; 1993], а активность определенных областей мозга, таких как префронтальная кора, играет ключевую роль в регулировании импульсивности, саморегуляции

[Ding, Wn., Sun, Jh., Sun, Yw. et al.; 2014].

На основании анализа термина следует отметить, что импульсивность существенно влияет на различные аспекты жизни человека, включая профессиональную деятельность, межличностные отношения и общее качество жизни: она может приводить к конфликтам, проблемам с работой и ухудшению социальных связей. Это можно объяснить тем, что импульсивное поведение затрудняет поддержание здоровых межличностных отношений, так как окружающие могут воспринимать человека как непредсказуемого или трудного в общении.

Характеризуют импульсивного человека как склонного «к действиям без осмысления» [Оксфордский толковый словарь по психологии, 2002], «под влиянием внезапного побуждения, импульса, порывистый» [Дудьев, 2008]. Так, «импульсивное поведение наблюдается у психически здоровых людей, о которых в подобных случаях говорят примерно так: “Он вскочил на коня и помчался одновременно на все четыре стороны”» [Короленко, Дмитриева, Левина, Перевозкина; 2015], а деструктивная импульсивность «проявляется в нарушении сэлф-объектных межличностных отношений, разрушении взаимодействий с людьми из своего мира, что приводит к последующей социальной изоляции, депрессиям и т.д.» [Короленко, Дмитриева, Левина, Перевозкина; 2015]. Далее в Таблице 1 предпринята попытка выявить отличия обычных людей от импульсивных. Отличия в нашем исследовании не претендуют на исчерпывающий анализ, список может варьироваться и дополняться.

Таблица 1. Отличия обычного человека от импульсивного

Параметр	Обычный человек	Импульсивный человек
Принятие решений	Склонен тщательно обдумывать свои решения, взвешивая все «за» и «против»	Чаще принимают решения на основе мгновенных эмоций или желаний, не всегда учитывая последствия.

Окончание Таблицы 1

Контроль эмоций	Может лучше контролировать свои эмоции и реагировать на ситуации рационально	Может проявлять сильные эмоциональные реакции, что иногда приводит к необдуманным поступкам
Планирование	Предпочитает планировать свои действия и следовать заранее установленным целям	Часто действует спонтанно, без четкого плана или стратегии
Стратегия преодоления трудностей	Может использовать более структурированные методы для решения проблем	Может прибегать к немедленным решениям, которые не всегда являются оптимальными
Социальные взаимодействия	Обычно более терпелив и внимателен к другим	Может иногда быть нетактичным или резко реагировать в общении
Антоним (противоположный по значению)	Сдержанный, рассудительный, безэмоциональный	Импульсивный, вспыльчивый, возбудимый

Импульсивность можно отметить как одну из причин невнимательности. Отсутствие внимания, в свою очередь, не требует умственного напряжения (сосредоточения) и в силу присоединения к нему гиперактивности как повышенной возбудимости, проявляется импульсивность. Так, импульсивность как «черта характера, выражающаяся в склонности действовать без достаточного сознательного контроля, под влиянием внешних обстоятельств или в силу эмоциональных переживаний» [Никашина, 2011] проявляется без обдумывания и анализа последствий. Поэтому можно прийти к выводу, что импульсивные взрослые могут принимать решения без должного обдумывания, что может приводить к последствиям в виде рискованного поведения или трудностям в планировании и организации.

Импульсивность может приводить к серьезным последствиям, как для индивида, так и для общества в целом. К ним следует отнести:

- 1) личные последствия: проблемы в межличностных отношениях, финансовые затруднения и риск возникновения зависимостей;
- 2) социальные последствия: увеличение уровня преступности и агрессивного поведения, негативное влияние на общественные нормы и



ценности.

Анализируя социальную составляющую, следует отметить, что импульсивный человек может принести вред обществу, когда речь идёт о психическом расстройстве (человек с официальным диагнозом), а не о расстройстве настроения (здоровый человек). Так в нашем исследовании в выборке участвуют исключительно люди с наличием официально подтверждённого СДВГ.

Таким образом, деструктивная импульсивность может проявляться, например, в форме такого поведенческого расстройства как СДВГ, может быть связана с формированием зависимости злоупотребления психоактивных веществ, переедания и как следствие расстройства пищевого поведения, импульсивных покупок (без намерения совершать покупку) и прочее. При этом, заметим, что большую сложность представляет определение границ здоровья и наличия патологии без медицинских знаний и полномочий в постановке исследуемого синдрома. В исследованиях отмечают отдельные проявления аффекта при СДВГ, а именно: тревогу, депрессию, гипоманию как моносимптомы [Жинжило и другие, 2016], что предугадывает сложность в постановке точного диагноза.

К основным причинам проявления импульсивности в нашем исследовании относятся:

- 1) психологические факторы: наличие психических расстройств в анамнезе, таких как СДВГ или расстройства настроения;
- 2) нейробиологические факторы: дисфункция в системах мозга, отвечающих за контроль над поведением (планирование, организацию);
- 3) социальные факторы: влияние окружающей среды, включая воспитание и социальное окружение.

Исследователи утверждают, что «импульсивность является одной из основных черт личностных измерений, но при крайне выраженных формах феномен импульсивности может быть заложен в основе расстройств, связанных со снижением импульсного контроля и развитием аддиктивной

патологии» [Дубатова, Анцыбаров; 2019]. Аддиктивным (пагубным) процессом в нашем исследовании будем считать проявление импульсивности, в частности, при официально подтверждённом диагнозе СДВГ.

## **1.2. Проявления импульсивности у взрослых с СДВГ. Методы диагностики и оценки**

Импульсивность может быть проявлением клинически подтверждённого СДВГ, в том числе, среди взрослого населения: «отличительной чертой у таких людей является неспособность к организации правильного режима труда и отдыха» [Жинжило, 2016], что сказывается на социальной и карьерной составляющей человека. Импульсивность у взрослых с СДВГ может отражаться на различных сферах жизни.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у взрослых является сложным и многогранным состоянием, которое требует рассмотрения с различных теоретических аспектов: психологии, нейробиологии и социологии.

Термин «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ) большинством исследователей определяется как отклонение в психическом развитии или расстройство поведения, поскольку «гиперактивность выступает только как одно из проявлений целого комплекса нарушений, а основной дефект связан с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля головного мозга» [Волошенюк, Демьянчук, Колосова, Кац, 2020]. Изучение СДВГ связано с развитием практики образования гиперактивных детей, поскольку генезис симптома восходит к детскому возрасту, когда внимание уделяется не только медицинским (нейробиологическим, в частности) аспектам, но и педагогическим, а во взрослом возрасте – психологическим и социальным.

Факторы, определяющие возникновение и развитие СДВГ,

исследователи делят на две основные группы, которые могут взаимодействовать и усиливать друг друга, биологические и психосоциальные [Волошенюк, Демьянчук, Колосова, Кац, 2020]. Биологические факторы, такие как генетика и повреждения головного мозга в раннем детстве. Наследственность также играет ключевую роль среди этих факторов, согласно исследованиям [Leung, Lema; 2003].

Гулевская А.А. в ходе проведённого эксперимента с группой пациентов с СДВГ определила, что «большинство весёлых и интересных нам людей, так или иначе пережили в своей жизни что-то, что заставило их приспособиться и измениться к новым условиям и стилю мышления. Например, психологические травмы наиболее сильно влияют на личность человека, начиная от банальных фобий, заканчивая расстройствами личности и ПТСР» [Гулевская, 2024]. Отметим, что посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР) является тяжёлым нарушением психики и определяется как «психологическое состояние, которое возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей» [Бонкало, 2023].

В 1947 году А. Strauss [Strauss, 1947] выдвинул концепцию минимального мозгового повреждения (minimal brain damage), согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых. В дальнейшем это проявление начали называть термином «минимальная мозговая дисфункция» (ММД) [Wender, Paul; 1971]. К этой группе относят детей «с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющих нормальный уровень интеллекта и легкие неврологические нарушения, не выявляющиеся при стандартном неврологическом исследовании, или с признаками незрелости и замедленного созревания тех или иных психических функций» [Романов, 2012]. Следовательно, страдают когнитивные функции, такие как планирование, организация, управление временем и вниманием, что

впоследствии приводит к проблемам от импульсивных решений и действий.

В современных реалиях СДВГ «выходит за рамки невнимательности и гиперактивного поведения и рассматривается как комплекс нарушений развития саморегулирующих систем мозга в структуре когнитивных дисфункций с возможностью хронического течения и проявления у взрослых» [Зыков, Бегашева, 2017]. Так с помощью групповой терапии в исследовании мы добились эффекта моделирования поведения: участники могли наблюдать за поведением других и перенимать положительные стратегии саморегуляции. Моделирование поведения в группе позволило лучше понять участникам при СДВГ, как управлять импульсами в реальных ситуациях.

Поскольку задействованы функции и ответные реакции головного мозга, следует отметить нейробиологические факторы негативного воздействия на плод во время беременности, такие как невынашивание, родовая травма, употребление лекарств или наркотических/психотропных веществ матерью, её физические и эмоциональные травмы, заболевания, интоксикации, которые относят к причинам возникновения патологий в мозговых оболочках у новорожденных.

Ведущую роль в патогенезе гиперактивных расстройств играют морфологические и нейродинамические изменения лобной и сенсомоторной коры, базальных ганглиев головного мозга; нарушение функционирования нейромедиаторных систем, в особенности норадреналиновой и дофаминовой [Демьянчук, 2020].

Также имеет значение нарушение деятельности ретикулярной формации, которая способствует координации памяти и обучения, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания [Пушкарева, Иванова; 2018]. Следует отметить среди психологических аспектов импульсивности при СДВГ нарушение в познавательных процессах, таких как память и внимание, которые опосредованно входят в социальную компоненту при соответствующей ситуации находящегося человека в

обществе. В детском возрасте наличие СДВГ является одной из причин «стигматизации и виктимизации в обществе» [Ахметова, 2024], иными словами ребёнок становится объектом негатива и дискриминации в силу особенностей личностного потенциала. Это объясняется тем, что импульсивность может затруднять взаимодействие с другими людьми, например, прерывание собеседника или неподобающее поведение в социальных ситуациях может привести к конфликтам и социальной изоляции. Так, социальные стереотипы и стигматизация людей с СДВГ могут усугублять их проблемы, создавая дополнительные барьеры для получения помощи и социальной интеграции.

Вторая группа факторов включает многочисленные психосоциальные аспекты, среди которых особенно важны различные формы депривации, педагогическая запущенность, неуместные стили воспитания, неблагоприятный социально-психологический климат в семье, низкий уровень образования и социально-экономического статуса родителей, а также проблемы алкоголизма в семье и другие [Волошенюк, Демьянчук, Колосова, Кац, 2020]. Детям и взрослым при СДВГ трудно контролировать своё поведение, поэтому из-за чрезмерного проявления импульсивности у людей с СДВГ могут возникнуть конфликты с родственниками, в семье, с партнёром [Образцова, 2020] или в коллективе, сначала в учебном заведении, далее – на работе. Назовём это неспособностью эмоциональной регуляции, когда люди с СДВГ часто испытывают трудности с контролем своих эмоций, что может проявляться в резких эмоциональных реакциях и импульсивном поведении. Это связано с недостаточной способностью обрабатывать и регулировать эмоциональное состояние.

Плотникова Е.С. отмечает, что СДВГ впервые проявляет себя в возрасте 3-4 года, чаще всего импульсивным поведением и гиперактивностью, но «данные симптомы практически полностью исчезают к подростковому периоду и на передний план выходят такие проявления СДВГ, как отсутствие самостоятельности, низкая успеваемость, тревожность,

низкая самооценка, проблемы в общении со сверстниками» [Плотникова, 2020]. Так, среди психологических факторов при СДВГ отмечены в низкой шкале категории самостоятельности, успеваемости, тревожности, самооценки, коммуникабельности. Делаем вывод, что у взрослых при СДВГ категории самооценки и идентичности трансформированы из-за постоянных неудач и трудностей в жизни, что также может способствовать импульсивному поведению как способу избежать негативных эмоций.

Исследователи при диагностике СДВГ заключают, что данный синдром «проявляется проблемами с концентрацией внимания, гиперактивностью и импульсивностью» [Behavenet, 2025]. Гулевская А.А. выделяет 3 типа СДВГ: «невнимательный, гиперактивный, смешанный. Уточнение диагноза ставится в зависимости от преобладания тех или иных симптомов. Так же, как и аутизм и РАС, является нейроотличием» [Гулевская, 2024]. Котов А.С. и другие исследователи также выделяют 3 подтипа СДВГ: 1) с преобладанием симптомов невнимательности; 2) с преобладанием симптомов гиперактивности и импульсивности; 3) смешанный тип [Котов, 2015].

На основании логических и семантических размышлений в нашем исследовании предпринята попытка выделить отличия типов СДВГ – далее в Таблице 2.

Таблица 2. Типы СДВГ на основе анализа теоретической базы

Тип СДВГ	Невнимательный	Гиперактивный	Смешанный
Ключевая компонента	Отсутствие внимания	Чрезмерная активность	Импульсивность
Словарное определение	Расстройство внимания , его рассеянность, потерю интереса к объекту, предмету, нуждающемуся в этом [Безрукова, 2000]	Импульсивность реакций, повышенная инициативность и двигательная активность, вместе с тем – недостаточный контроль за словами и действиями, самоуверенность, бесцельность поступков, ошибки [Безрукова, 2000]	Проявление рассеянности и сверхэмоциональности

Окончание Таблицы 2

Доминирующее свойство характера	Отвлечение на посторонние стимулы	Сосредоточение на скорости рефлексов	Антирефлексивность
Синонимы	Рассеянный	Неугомонный	Беспокойный

В науке и медицине СДВГ «традиционно рассматривался как расстройство детского возраста, но примерно у 50 % пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться во взрослом возрасте» [Емельянцева, 2013]. Эти проявления импульсивности могут значительно влиять на качество жизни человека с СДВГ и его способность функционировать в обществе.

Таким образом, импульсивность при СДВГ, появившиеся в детском и подростковом возрасте проявляются всё более явственно во взрослой жизни, поскольку выражаются в виде более осознанных диссоциальных, агрессивных, вызывающих поступках. Поэтому терапия при клинически подтверждённом СДВГ должна быть направлена не только на коррекцию основных симптомов СДВГ, но и на социально-психологических аспектах жизни пациентов.

На основании проведённого литературного обзора, к основным принципам СДВГ следует отнести:

1. Многоаспектность: СДВГ проявляется по-разному у разных людей. Симптомы могут варьироваться по степени выраженности и комбинации.

2. Наследственность: исследования показывают, что СДВГ может иметь генетическую предрасположенность. Если в семье есть случаи этого расстройства, риск его развития у детей увеличивается.

3. Нейробиологические факторы: СДВГ связано с особенностями работы мозга, включая нарушения в нейротрансмиттерных системах (например, дофаминовой и норэпинефринной).

4. Экологические факторы: внешние факторы, такие как стресс в семье, неблагоприятные условия жизни или воздействие токсинов (например, свинца), могут усугублять симптомы.

5. Когнитивные особенности: люди с СДВГ могут испытывать трудности с организацией, планированием и выполнением задач, что связано с дефицитом исполнительных функций.

6. Подходы к лечению: лечение СДВГ может включать медикаментозную терапию (например, стимуляторы), поведенческую терапию, а также поддержку со стороны родителей и учителей.

7. Индивидуальный подход: важно учитывать индивидуальные особенности каждого человека с СДВГ и адаптировать подходы к снижению, лечению и поддержке.

В нашем исследовании выделены следующие психологические аспекты проявлений СДВГ:

1. Дефицит самоконтроля: люди с СДВГ могут испытывать трудности с контролем своих импульсов, что приводит к спонтанным решениям и действиям без учета последствий.

2. Эмоциональная регуляция: импульсивность может быть связана с трудностями в управлении эмоциями, что приводит к резким реакциям на стрессовые ситуации.

3. Низкая толерантность к фрустрации: люди с СДВГ могут быстрее терять терпение и реагировать импульсивно на неудачи или ограничения.

Среди нейробиологических аспектов проявления СДВГ:

1. Нарушения в нейротрансмиттерных системах: дефицит дофамина и норэпинефрина может влиять на способность контролировать импульсы и регулировать внимание.

2. Структурные особенности мозга: исследования показывают, что у людей с СДВГ могут быть изменения в определенных областях мозга, таких как префронтальная кора, которая отвечает за планирование, принятие решений и самоконтроль.

3. Скорость обработки информации: у людей с СДВГ может наблюдаться повышенная скорость обработки информации, что иногда приводит к недостаточному осмыслению последствий своих действий.



К числу социальных аспектов проявлений СДВГ допустимо относить:

1. Взаимодействие с окружающими: импульсивные действия могут приводить к конфликтам в отношениях с друзьями, семьей и сверстниками, что может вызвать чувство изоляции или непонимания.
2. Образовательная среда: импульсивность может затруднять учебный процесс, приводя к проблемам с вниманием и дисциплиной в классе.
3. Социальные навыки: трудности в контроле импульсов могут мешать развитию социальных навыков, таких как умение слушать других и ждать своей очереди в общении.

При скрининговой диагностике СДВГ взрослых исследователи выявили, что «разница в общей сумме баллов между группами лиц от 19 до 23 лет и от 24 до 55 лет может указывать на бóльшую вероятность наличия СДВГ у лиц младшего возраста» [Пономарев, Городничева, Сиденкова; 2022], т.е. СДВГ свойственен более младшему возрасту даже во взрослой группе людей.

В отношении продолжительности сохранения синдрома Кириллова Ю.А. пишет о том, что «СДВГ является нейropsychиатрическим расстройством, которое может сопровождать человека на протяжении всей его жизни» [Кириллова, 2022].

Сложность изучения проявлений СДВГ у взрослых объясняется тем, что «взрослый контингент потенциальных пациентов крайне редко обращается за психотерапевтической и медикаментозной помощью, что обусловлено, в том числе и специфической анозогнозией, непризнанием патологии, отнесением ее к внешним психологическим причинам» [Шайдукова, 2023]. При лечении СДВГ отмечается применение психотерапевтических, медикаментозных, остеопатических [Заев, Стенькова, 2023] методов.

Одна группа исследователей утверждает, что «СДВГ – это невропсихическое расстройство, характеризующееся симптомами невнимательности, импульсивности и гиперактивности, которое встречается

у 2,5-6,8 % взрослого населения» [Шайдукова, 2023], другая группа определяет данные три компонента в качестве основных проявлений СДВГ [Чутко, 2014], но не симптомов.

Также во взрослом возрасте к основным симптомам СДВГ относят следующее – «тревожность, невнимательность, дезорганизация, дефицит исполнительской функции» [Kooij, 2025]. Это является причиной таких последствий, как: «нарушения в коммуникативной сфере и трудовой деятельности, более низкий уровень образования в сравнении со здоровыми сверстниками, инициирование автомобильных аварий и несчастных случаев» [Чухрова, 2024]. Следовательно, взрослые с гиперактивностью могут ощущать постоянное внутреннее напряжение или беспокойство, что затрудняет им нахождение в спокойной обстановке. Из-за этого в дальнейшем могут начаться проблемы с отдыхом, поскольку таким людям свойственно испытывать трудности с расслаблением, что может приводить к хронической усталости и стрессу. Таким образом, во взрослом возрасте при СДВГ личность идёт на диссоциальные, агрессивные, вызывающие поступки.

Исполнительские функции, в числе которых рабочая память, сдерживающий контроль, когнитивная гибкость и планирование, поддерживают адаптивную регуляцию движений, особенно когда задачи связаны с преодолением неопределённости, выполнением новых требований или достижением конкурирующих целей, в большей степени оцениваются европейскими исследователями.

Поскольку «импульсивность раскрывается через категорию принятия решения и характеризуется скоростью, необдуманностью и эмоциональностью поведения» [Матвеева, 2021], в нашем исследовании предпринята попытка обозначить отличия проявлений импульсивности у всех людей от проявлений импульсивности у людей с официально подтверждённым СДВГ, которые мы представили в виде Таблицы 3.

Таблица 3. Отличия проявлений импульсивности у здоровых людей и людей с СДВГ

Параметр	Здоровые люди	Люди с СДВГ
Контроль импульсов	Обычно способны контролировать свои импульсы в большинстве ситуаций, принимая обдуманные решения	Часто испытывают трудности с контролем импульсов, что может приводить к спонтанным действиям без предварительного обдумывания
Частота проявлений	Импульсивные действия могут возникать в стрессовых ситуациях или в моменты сильных эмоций, но это не является постоянной чертой	Импульсивность может быть хронической и проявляться в различных ситуациях, включая повседневные задачи
Последствия импульсивности	Последствия импульсивных действий чаще всего бывают временными и незначительными	Импульсивные действия могут приводить к более серьезным последствиям, таким как проблемы в учебе, работе или межличностных отношениях
Осознание последствий	Обычно понимают возможные последствия своих действий и могут предотвратить нежелательные результаты	Могут не осознавать или недооценивать последствия своих действий, что усугубляет импульсивность

Выявленные отличия могут варьироваться в зависимости от индивидуальных особенностей и контекста, а также в своём исследовании мы не заявляем на исчерпывающий список отличий. На основании выявленных отличий можно сделать вывод о том, что выбранную терапию снижения импульсивности при СДВГ следует направить прицельно на контроль импульсов в целях снижения частоты проявлений посредством осознания последствий импульсивности.

Среди распространенных и высокочувствительных методик, которые «применяются в оценке и измерении исполнительских функций, являются Hotel Task и The Stroop Colour – Word Test. Методика Hotel Task направлена на оценку способности планировать. The Stroop Colour – Word Test направлен на оценку когнитивного торможения» [Короткова, 2022].

Посредством словесно-цветового теста Струпа (The Stroop Colour –

Word Test) анализируется способность подавлять когнитивные помехи, возникающие, когда обработка определенного признака стимула препятствует одновременной обработке второго атрибута стимула, хорошо известного как эффект Струпа (чтение слов, называние цветов, сопоставление цветов и слов) [Scarpina, Tagini; 2017]. В процессе исследования оцениваются влияние раздражителей на внимательность, согласованность действий, импульсивность, гиперактивность.

Методика Hotel Task [Scarpina, Tagini; 2017] посредством отклонений от указанного времени в задачах исследует исполнительские функции, направлена на оценку скорости реакции (либо её отсутствие).

Так, например, в исследовании «Распространённость и факторы риска суицидального поведения осужденных мужчин» были «выявлены корреляции суицидального поведения с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), родительской жестокостью, частыми драками в детстве, уровнем агрессии, зависимостью от алкоголя, наркотиков, психотравмами и личностными акцентуациями» [Масагутов, 2012]. Следовательно, девиантное поведение лишь усиливается при наличии СДВГ. Также о склонностях к преступлениям предсказывает то, что «начиная с подросткового возраста, нарастают нарушения поведения, возрастает риск антисоциальных действий и правонарушений. Появляется склонность к злоупотреблению алкоголем, наркотическими веществами, курению» [Кириллова, 2022], что автоматически повышает риск попадания исследуемых личностей в поле уголовной ответственности. Также, можно заключить, что такие люди часто ищут новые впечатления и могут заниматься рискованными или экстремальными видами деятельности для удовлетворения своей потребности в стимуляции.

При оценке вождения автомобиля человеком с СДВГ Ю.В. Альтшулер заключает, что «показатели рабочей памяти при вождении в симуляторе имеют тенденцию к ухудшению у людей с симптомами СДВГ» [Альтшулер, 2023], и «такая симптоматика приводит к снижению вариативности глазного

поведения» [Альтшулер, 2023], а это, в свою очередь, предсказывает возможность неосознанного инициирования дорожно-транспортных происшествий, аварий, катастроф. Таким образом, СДВГ может приводить к серьезным социальным последствиям, таким как юридические проблемы, финансовые трудности и ухудшение психического здоровья, что подчеркивает важность своевременной диагностики и вмешательства.

При диагностике СДВГ применяются анкетные методы (самоопросники), компьютеризированные тесты (реакция на визуальные или аудиальные стимулы), инструментальные (метод анализа количественной ЭЭГ и вызванных потенциалов [Нуреев, Циркин, Злоказова; 2015]).

Касательно гендерного аспекта, в ходе эксперимента исследователями выявлено: «количество мужчин и женщин с невнимательностью или невнимательностью в сочетании с импульсивностью существенно не различалось. Наибольшие проявления импульсивности обнаруживались у женщин, а гиперактивность – у мужчин. Клинические проявления СДВГ, включавшие невнимательность, импульсивность и гиперактивность, также отмечались только у мужчин» [Трембач, Бугаец, Самарский, Толоконникова, 2011]. Таким образом, у женского пола – импульсивность преобладает в проявлениях СДВГ, а у мужского пола преобладают невнимательность, импульсивность и гиперактивность совместно.

В ходе проведения скрининговой диагностики СДВГ взрослых группа исследователей выявила, что «наличие высшего или неоконченного высшего образования достоверно связано с более высокой вероятностью развития СДВГ» [Пономарев, Городничева, Сиденкова; 2022]. А при диагностике исключительно студентов с СДВГ выделены такие сильные качества, частично компенсирующие трудности СДВГ, как: «гиперфокус – интенсивная, длительно удерживаемая концентрация на одной теме или задаче, высокая скорость и нестандартность мышления и развитые творческие способности и интуиция» [Несмеянова, 2024]. Это направляет на мысль в разработке программы по снижению импульсивности при СДВГ о

применении творческих занятий, требующих усиленной концентрации.

Среди популярных методов диагностики выделяют Вендер-Ютскую шкалу самооценки СДВГ у взрослых (Wender-Utah Rating Scale – WURS [Psytests.org, 2025]), однако «однако отсутствие сведений об адаптации и валидации не позволяет полагаться на их достоверность» [Исайкин, 2025]. Нов России методики для диагностики взрослого человека с СДВГ вовсе отсутствуют, поэтому «неадаптированные переводы Вендер-Ютской шкалы самооценки получают все более широкое распространение, что в конечном итоге может исказить реальную картину распространённости СДВГ у взрослых в России» [Чухрова, 2024].

При диагностике СДВГ исследователи отмечают, что «у испытуемых сильнее выражены способности моделировать последовательность действий, предсказывать возможные исходы и контролировать ход выполнения задачи. С другой стороны, этапы принятия решений и коррекции оказались наименее развитыми. Это говорит о том, что взрослым с СДВГ сложнее перейти к реализации своих планов и вносить коррекцию в свое поведение и систему самоуправления» [Чухрова, 2024]. Методы диагностики и оценки во взрослом возрасте направлены на выяснение причин проявлений СДВГ в целях соответствующего подбора коррекции, в первую очередь, направленные на повышение контроля и самоорганизации.

Также «большинству испытуемых свойственно внешне направленное защитное поведение, слабая мотивация, склонность к конформизму, склонность приуменьшать значимость собственных усилий, направленных на достижения результата» [Чухрова, 2024], так, слабомотивированный взрослый с СДВГ оценивает свою деятельность с минимальным результатом эффективности, полезности, значимости, что приводит к мысли о низкой самооценке.

В ходе эксперимента «выявлено, что у взрослых с СДВГ значительно чаще встречается форма с преобладанием невнимательности (50 % пациентов), а комбинированная (38,3 %) и форма с преобладанием

гиперактивности (11,7 %) – реже. Взрослые пациенты с СДВГ также характеризуются высоким уровнем тревожности и астении. У 88,3 % пациентов исследуемой группы часто случаются головные боли, при этом головные боли напряжения наблюдались у 64,7 % обследуемых. Проявления вегетативной дисфункции характерны для 33 пациентов (97,1 %)» [Чутко, Сурушкина, Яковенко, 2014]. Таким образом, наряду с невнимательностью и гиперактивностью, в качестве нейропсихологических проявлений СДВГ во взрослом возрасте выделяются тревожность, астения (слабость/усталость) и вегетативная дисфункция.

Дизонтогенетический характер обращает внимание на то, что «не все классификации и критерии диагностики, направленные на выявление симптомов СДВГ у лиц младше 18 лет, могут быть применены в отношении взрослых пациентов, что смещает эпидемиологические показатели в сторону уменьшения расстройства во взрослой популяции» [Городничева, 2023]. Таким образом, нарушения индивидуального развития человека в качестве проявлений СДВГ могут быть выявлены гораздо чаще во взрослом возрасте при разработке диагностической программы СДВГ взрослых в будущем. В своих трудах Баркова В.Л. также обращает внимание на дизонтогенез СДВГ [Баркова, 2016].

Поскольку «СДВГ – это распространенное заболевание, течение которого во многом определяется своевременным выявлением, доступностью профессиональной помощи и заинтересованностью пациента и его семьи в достижении контроля над данным заболеванием, и в настоящее время все данные этапы могут быть достигнуты с помощью применения телемедицинских технологий: удаленных телеконсультаций, использования оцифрованных опросников и когнитивных заданий, внедрения психотерапевтических инструментов в повседневную жизнь пациентов с помощью технологий дополненной и виртуальной реальности, использования приложений и носимых устройств для отслеживания симптомов» [Шадеркина и другие, 2023], то, возможно, использование

телемедицинских технологий будет преимуществом при коррекции импульсивности взрослых с СДВГ. Ведь в современном мире ни один человек не обходится без электронных технологий в жизни и зачастую отдаёт предпочтение цифровым решениям в повседневной жизни.

На основании анализа теоретической базы, следует заключить, что диагностика и оценка импульсивности при СДВГ у взрослых включает несколько методов, которые могут видоизменяться в зависимости от клинической практики и доступных ресурсов. На основании анализа теоретической базы нами выделены основные особенности этих методов:

1. Клиническое интервью. Структурированное или полуструктурированное интервью: врач или психолог проводит беседу с пациентом, задавая вопросы о симптомах, их истории и влиянии на повседневную жизнь. Сбор анамнеза: важно выяснить, когда начались симптомы, как они проявляются и как влияют на работу, отношения и другие аспекты жизни.

2. Стандартизированные анкеты и опросники. Скрининговые инструменты: используются различные опросники, для оценки уровня симптомов СДВГ и импульсивности. Оценка сопутствующих расстройств: анкеты могут также включать вопросы о сопутствующих психологических состояниях, таких как тревога или депрессия, которые могут усугублять импульсивные реакции.

3. Наблюдение. Поведенческое наблюдение: специалисты могут наблюдать за поведением пациента в различных ситуациях (например, в клинике или на работе) для оценки импульсивности и её проявлений. Обратная связь от окружающих: сбор информации от членов семьи, коллег или друзей о поведении пациента может помочь в более полной оценке импульсивности.

4. Психологические тесты. Тесты на внимание и самоконтроль: используются специальные тесты, такие как тесты на выполнение заданий (например, тест Струпа), чтобы оценить уровень внимания и способности к



саморегуляции. Когнитивные тесты: оценка функций executive (высших/исполнительских) функций, таких как планирование, принятие решений и гибкость мышления.

5. Медицинская оценка. Исключение других состояний: важно исключить другие медицинские или психиатрические расстройства, которые могут вызывать подобные симптомы, такие как биполярное расстройство, депрессия или расстройства личности. Физическое обследование: иногда может потребоваться медицинское обследование для исключения физических причин симптомов.

6. Долгосрочное наблюдение. Мониторинг изменений: импульсивность может изменяться с течением времени, поэтому важно периодически пересматривать диагноз и оценивать динамику симптомов.

Эти методы диагностики и оценки импульсивности при СДВГ у взрослых требуют комплексного подхода и участия различных специалистов. Важно учитывать индивидуальные особенности клиента и его жизненные обстоятельства для более точной диагностики и эффективного лечения.

Таким образом, СДВГ у взрослых – это сложное состояние, которое требует комплексного подхода к пониманию его проявлений, включая психологические, нейробиологические и социологические аспекты. Исследование этих направлений помогает лучше понять природу импульсивности у людей с СДВГ и разрабатывать эффективные стратегии для поддержки и лечения.

### **1.3. Возможности группового консультирования для снижения импульсивности взрослых**

Особенности проявления импульсивности людей с СДВГ в плане внимания, планирования, моторики и уровня влияния на жизнь приводят к необходимости учёта этих параметров совместно с их причиной возникновения.

Импульсивность обусловлена рефлекторными особенностями структуры личности, в частности, быстрой скорости реакции как одним из аддиктивных поведенческих проявлений, поэтому некоторые особенности физиологических реакций могут быть вне сферы контроля исследователей. При выборе метода коррекции импульсивности при СДВГ выбран, по нашему мнению, более щадящий для организма и самый доступный для применения метод, к тому же исследователи заключают, что групповое лечение является подходящим немедикаментозным методом лечения взрослых с СДВГ в обычных клинических условиях [Ширяева, 2008].

Поскольку «импульсивность может обостряться и «выплескиваться» при проведении психотерапии. Прикосновение к скрытым проблемам провоцирует сопротивление в виде психологической защиты с проявлением поведения по типу формирования реакции (например, уступчивости)» [Короленко, Дмитриева, Левина, Перевозкина; 2015], то к разработке программы снижения импульсивности взрослых с СДВГ следует подходить крайне всесторонне и деликатно.

Изучая психологический тренинг как технологию активного социально-психологического обучения, исследователи приходят к выводу, что он ориентирован «на достижение психотерапевтического эффекта с целью активной трансформации личности и её поведения в целом» [Коваленко, Давыдова, 2020]. Исследователи прибегают также к понятиям группового и командного социально-психологического коучинга (от англ. 'наставничество'): «в групповом коучинге каждый участник направлен на достижение собственной индивидуальной цели, а в командном коучинге у участников присутствует общая цель» [Зубова, Иванов, 2020]. Применяя коучинг как наставничество (обучение, тренировку) в группе взрослых с СДВГ, общая цель наставника – снижение импульсивности, а для участников -- попытка научиться сдерживать эмоции. Следует прийти к выводу, что групповая терапия предоставляет возможность получать обратную связь от других участников и терапевта (наставника), что способствует осознанию

собственных реакций и поведения, а также помогает выявить триггеры импульсивности в целях их сокращения и далее пресечения, либо изменения реакции с помощью психологического воздействия.

Такие аспекты импульсивности как взаимодействие с окружающими, образовательная среда и социальные навыки подчеркивают сложность снижения импульсивности при СДВГ и необходимость комплексного подхода к пониманию и лечению данного расстройства. Следует заключить, что понимание импульсивности как ключевого симптома СДВГ открывает новые возможности для разработки индивидуализированных стратегий снижения, включая психотерапию, медикаментозное лечение и программы по развитию навыков саморегуляции. В ходе групповых сессий нашего исследования участники учились разрабатывать и применять стратегии для управления импульсивностью, включая техники релаксации, когнитивно-поведенческие подходы и методы саморегуляции.

Ключевые проблемы взрослых с СДВГ и их решение в групповой терапии

1. Проблема дефицита поведенческого торможения:

- Проявления: трудности с контролем немедленных реакций, импульсивные высказывания, действия без предварительного обдумывания, нетерпеливость в ситуациях ожидания.

- Групповые методы: техника «Стоп-пауза», ролевые игры на отработку навыков торможения, поведенческие эксперименты с отсрочкой удовлетворения.

- Результат: снижение частоты импульсивных действий, формирование когнитивной паузы между импульсом и действием, развитие навыков поведенческого самоконтроля.

2. Проблема эмоциональной дисрегуляции:

- Проявления: эмоциональная лабильность, вспышки гнева, низкая толерантность к фрустрации, резкие эмоциональные реакции на стрессовые ситуации.

- Групповые методы: техники майндфулнес, дневник эмоций, групповая дискуссия эмоциональных состояний, диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация.

- Результат: улучшение эмоционального самоконтроля, развитие навыков распознавания и регуляции эмоций, снижение интенсивности аффективных реакций.

### 3. Проблема нарушений исполнительных функций:

- Проявления: трудности планирования, организации деятельности, управления временем, прокрастинация, хаотичный подход к решению проблем.

- Групповые методы: метод декомпозиции задач, групповое планирование, использование внешних опор (таймеры, планировщики), упражнение «Слон и суп» для тренировки планирования.

- Результат: повышение продуктивности, улучшение навыков организации и планирования, развитие стратегического мышления.

### 4. Проблема социальных трудностей:

- Проявления: трудности межличностного общения, конфликты, неумение слушать, склонность перебивать собеседника, импульсивные высказывания в групповых дискуссиях.

- Групповые методы: изучение коммуникативных навыков, ролевые игры, групповая обратная связь, отработка навыков активного слушания и ассертивного поведения.

- Результат: улучшение качества межличностных отношений, развитие социальной компетентности, снижение количества конфликтов в общении.

### 5. Проблема низкой самооценки и стигматизации:

- Проявления: чувство неполноценности, негативный самообраз, страх осуждения, ощущение собственной «неправильности», многолетний опыт неудач.

- Групповые методы: нормализация опыта, техника экстернализации, групповая поддержка, анализ успешных случаев саморегуляции.

- Результат: повышение самооценки, снижение стигматизации, формирование адекватного самообраза, развитие самоэффективности.

Так, в работе используется методология консультирования в группе при снижении импульсивности взрослых с СДВГ. Категории «групповая терапия», «групповой социально-психологический коучинг», «групповая психокоррекция» и «групповой тренинг» позволили раскрыть сущность изменений импульсивной личности с наличием СДВГ. В ходе групповой терапии участники развивают социальные навыки, такие как активное слушание, эмпатия и конструктивное общение. Это помогает им лучше контролировать свои импульсы и реагировать на ситуации более осознанно.

Если «многие игры и упражнения, направленные на развитие и коррекции внимания и памяти, используемые в начальной школе, направлены на развитие слухового/зрительного внимания и наблюдательности, переключение внимания, навыков саморегуляции, памяти, двигательной координации, концентрации внимания, увеличение объёма памяти» [Волошенюк, Демьянчук, Колосова, Кац, 2020], то методы диагностики СДВГ направлены на оценку внимания, памяти, наблюдательности и других рефлексивных проявлений. Так, выбранное нами групповое консультирование предоставит платформу для получения обратной связи от других участников и наставника, что способствует саморефлексии и осознанию своих реакций -- важным шагом в снижению импульсивного поведения.

Если «задачи когнитивной терапии ребенка с СДВГ определяются дефицитом исполнительных функций, взаимосвязанных между собой: невербальной и вербальной рабочей памяти, эмоционального контроля, организации и планирования (рекомбинации)» [Емельянцева, 2013], то для терапии взрослого следует учитывать основные принципы СДВГ, которые выделены в ходе исследования в п. 1.1.

Механизмы эффективности групповой работы:

1. Нормализация опыта – участники осознают, что не одиноки в своих

трудностях, что снижает чувство стигматизации и изоляции. В группе взрослые с СДВГ понимают, что их проблемы не уникальны, что способствует снижению чувства вины и стыда.

2. Социальное научение – возможность наблюдать и перенимать успешные стратегии саморегуляции у других участников группы. Участники могут моделировать эффективные поведенческие паттерны, наблюдая за успехами других членов группы.

3. Групповая поддержка – создание сети взаимопомощи и безопасной среды для экспериментирования с новыми моделями поведения. Группа становится ресурсом эмоциональной поддержки и принятия.

4. Обратная связь – получение разнообразной информации о своем поведении и его восприятии окружающими. Участники получают возможность увидеть себя глазами других, что способствует лучшему самопониманию.

5. Моделирование – возможность апробировать новые поведенческие паттерны в безопасной групповой среде. Группа выступает как «полигон» для отработки новых навыков общения и саморегуляции.

Затрагивая организаторские и организационные функции, приведём вывод из исследования «Психологическое консультирование руководителей органов внутренних дел по вопросам эффективного управления служебным коллективом» о том, что «психологическое консультирование руководителя - разновидность организационного консультирования, нацеленная на совершенствование способности руководителя управлять служебным коллективом посредством психолого-педагогических знаний, умений, навыков» [Душкин, Злоказов, 2019]. Таким образом, посредством групповой терапии возможно улучшить навыки управления коллективом. Также следует отметить, что технология психологического консультирования используется при развитии лидерских способностей [Сукнева, Чернецкая, Кедярова, Монжиевская, Уварова, 2021], тем самым повышая самооценку личности, которая зачастую занижена при СДВГ.

Поскольку групповое консультирование выступает в качестве средства когнитивно-поведенческой терапии, следует обратить внимание на изменения такого личностного ресурса как психологическое благополучие индивида с СДВГ: «психологическое благополучие представляет собой совокупность личностных ресурсов, которая обеспечивает субъективную и объективную успешность личности в системе «субъект-среда»» [Ширяева, 2008]. Так, для взаимодействия человека с окружающим миром (средой, обществом) допустимо использовать такие групповые методы как игротерапия, семейная терапия, психорегулирующие тренировки (разные виды спорта, занятия по интересам). Здесь взаимодействие с другими людьми выступает одним из принципов групповой терапии.

Согласно Дж. Кори, перед индивидуальными формами консультирования у группового консультирования существует следующее преимущество: исследование своего стиля отношений с другими людьми и приобретение более эффективных социальных навыков (например, учатся заботиться о других или не соглашаться с ними) [Кори, 2003].

К особенностям групповой работы относят:

- 1) специфику целевой аудитории, для каждой категории слушателей должны подбираться индивидуальные методики
- 2) заинтересованность аудитории в предоставляемой информации
- 3) достаточная, но не избыточная численность группы [Логина, 2010].

Групповое консультирование сосредотачивается на межличностных аспектах и одновременно «раскрывает внутриличностную проблематику пациента преимущественно на основании анализа того, как она представлена и раскрывается в процессе межличностного взаимодействия пациента в группе» [Голованчикова, 2014]. Так, только при активном взаимодействии с другими участниками возможно достигнуть результатов группового консультирования при снижении импульсивности взрослого с проявлениями СДВГ благодаря организации управляемой микросреды (группы), поскольку

«специфика групповой психотерапии как лечебного метода заключается в целенаправленном использовании в психотерапевтических целях групповой динамики в лечебных целях (то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта)» [Голованчикова, 2014].

Нами выделены следующие принципы группового консультирования при снижении импульсивности взрослых с СДВГ:

- 1) общительность/взаимодействие с другими людьми (исследование стиля отношения с другими участниками);
- 2) искренность и открытость (стремление к самораскрытию);
- 3) настоящее время (анализ эмоций в настоящем);
- 4) индивидуальность (основное внимание участников направлено на внутреннее «Я», самопознание ЭИ);
- 5) конфиденциальность;
- 6) активность (недопущение пассивно «отсидеться»);
- 7) право выбора (свобода действий и слов);
- 8) ответственность (определение последствий за свои слова и поступки).

На основании изложенного приходим к выводу, что участники группового консультирования имеют возможность делиться своим опытом и стратегиями преодоления трудностей, что может быть очень полезно для других членов группы, а это, в свою очередь, создает возможность для взаимного обучения и поддержки. Групповое консультирование может стать основой для долгосрочной поддержки, позволяя участникам продолжать работать над собой даже после завершения терапии.

В ходе исследования выявлено, что участие в группе улучшает навыки саморегуляции и эмоционального контроля у участников, тем самым снижая уровень импульсивности у взрослых с СДВГ. В результате проведённого анализа становится очевидным, что групповое консультирование способствует повышению социальной адаптации и улучшению качества



жизни участников. Снижение импульсивности посредством группового консультирования взрослых с СДВГ направлена, в первую очередь, на повышение навыков организации, планирования, управления вниманием и эмоциями, а также снижение прокрастинации. Таким образом, механизмы группового консультирования способствуют снижению импульсивности.

## Выводы по Главе 1

Проведенные теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. Импульсивность при СДВГ у взрослых представляет собой комплексное многокомпонентное образование, включающее моторный, когнитивный и эмоционально-регуляторный компоненты, требующее комплексного коррекционного воздействия.

2. Проявления импульсивности у взрослых с СДВГ характеризуются системными нарушениями в психологической, нейробиологической и социальной сферах, включая дефицит поведенческого торможения, эмоциональной дисрегуляции, исполнительных функций и социальных навыков.

3. Диагностика импульсивности при СДВГ у взрослых требует комплексного подхода с использованием клинического интервью, стандартизированных опросников, психологического тестирования и методов наблюдения.

4. Групповое консультирование является эффективным средством снижения импульсивности у взрослых с СДВГ, обеспечивающим воздействие через механизмы групповой динамики, социального научения, нормализации опыта и развития навыков саморегуляции.

5. Разработанная программа группового консультирования основана на интегративном подходе и включает когнитивно-поведенческие техники, методы развития осознанности и социальные тренинги, направленные на коррекцию всех компонентов импульсивности.

## **Глава 2. Апробация программы группового консультирования взрослых с СДВГ для снижения импульсивности**

### **2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента**

Настоящее эмпирическое исследование было направлено на апробацию программы группового консультирования, разработанной для снижения импульсивности у взрослых с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Данный параграф посвящен описанию методологического аппарата, организации исследования, характеристике выборки и диагностического инструментария, а также представлению и анализу результатов, полученных на констатирующем этапе работы.

#### **Методическая организация исследования**

Исследование проводилось в период с сентября 2024 по май 2025 года и включало три последовательных этапа. Выборку составили 30 взрослых (18 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст -  $34,2 \pm 5,8$  лет). Все участники имели официально подтвержденный диагноз СДВГ, установленный врачом-психиатром или психотерапевтом. Критерием включения в исследование являлся повышенный уровень импульсивности, выявленный с помощью скрининговой методики.

Для комплексной оценки импульсивности был использован диагностический комплекс, включающий как стандартизированные опросники, так и методы проективной диагностики. Основное внимание уделялось оценке различных компонентов импульсивности - моторного, когнитивного и эмоционального, а также их влияния на повседневное функционирование участников.

#### **Результаты констатирующей диагностики и их анализ:**

Для оценки уровня и структуры импульсивности у взрослых с СДВГ был использован комплекс диагностических методик. На основании анализа

научной литературы нами были выделены критерии и уровни импульсивности, представленные в Таблице 4.

Таблица 4. Критерии и уровни импульсивности у взрослых с СДВГ

Критерий импульсивности	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Методики диагностики
Моторная импульсивность	Случайные импульсивные действия в стрессе, способность контролировать двигательные импульсы в большинстве ситуаций	Эпизодические проявления, частичный контроль, ситуационная зависимость проявлений	Систематические действия без обдумывания, трудности с поведенческим торможением, постоянная двигательная активность	Шкала импульсивности и Барратта (BIS-11), Наблюдение, Экспертная оценка
Импульсивность внимания	Редкие отвлечения, хорошая концентрация, способность удерживать внимание на задачах	Периодическая отвлекаемость, снижение концентрации, зависимость от внешних стимулов	Постоянная отвлекаемость, невозможность сосредоточиться, импульсивное переключение между задачами	Шкала диагностики СДВГ у взрослых (ASRS), Тест Струпа, Наблюдение
Импульсивность планирования	Стабильное планирование, достижение целей, последовательность в действиях	Несистематическое планирование, частичное выполнение, трудности с организацией	Отсутствие планирования, хаотичная деятельность, неспособность завершать задачи	Опросник исполнительных функций (BDEFS-LF), Методика "Планирование деятельности"
Влияние на жизнь	Минимальное влияние на функционирование, сохранение социальной и профессиональной адаптации	Умеренные трудности в отдельных сферах, периодические нарушения адаптации	Значительные нарушения во всех сферах жизни, хроническая дезадаптация	Опросник функциональных нарушений (WFIRS-S), Интервью, Наблюдение

Для комплексной оценки импульсивности был использован диагностический комплекс, включающий как стандартизированные опросники. Основное внимание уделялось оценке различных компонентов импульсивности – моторного, когнитивного и эмоционального, а также их влияния на повседневное функционирование участников.

**1. Уровень моторной импульсивности.** Для диагностики моторной импульсивности используется «Шкала импульсивности Барратта» (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11).

Цель методики: выявление уровня импульсивности по трем основным субшкалам: моторная импульсивность (склонность к спонтанным действиям), когнитивная импульсивность (быстрое принятие решений без обдумывания) и неупланированная импульсивность (отсутствие планирования будущих действий). Методика позволяет количественно оценить общий уровень импульсивности и выделить ее специфические проявления.

На основании результатов тестирования выделяют следующие группы испытуемых:

- лица с низким уровнем импульсивности (адаптивные показатели);
- лица с умеренным уровнем импульсивности (пограничные значения);
- лица с высоким уровнем импульсивности (показатели, требующие коррекции).

Таким образом, применение данной шкалы среди взрослых с СДВГ является диагностически значимым, поскольку позволяет:

- количественно оценить уровня импульсивных проявлений;
- дифференцировать типы импульсивности для разработки targeted interventions;
- отслеживать динамику состояния в процессе коррекционной работы;
- устанавливать корреляции между уровнем импульсивности и академической успеваемостью/социальной адаптацией.

Методика обладает высокой ретестовой надежностью и валидностью, что делает ее подходящим инструментом для использования в исследовательских и клинических целях при работе с взрослыми.

**2. Уровень импульсивности внимания.** Для диагностики импульсивности внимания и других ключевых симптомов СДВГ у взрослых

используется «Шкала диагностики СДВГ у взрослых» (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS).

Цель методики: выявление симптомов СДВГ, связанных с импульсивностью внимания, гиперактивностью и невнимательностью, у взрослой популяции. Методика позволяет оценить частоту и выраженность проявлений СДВГ за последние 6 месяцев, что соответствует диагностическим критериям DSM-5 (см. Приложение Б).

На основании результатов тестирования выделяют следующие группы респондентов:

- лица с низкой вероятностью наличия СДВГ (отсутствие клинически значимых симптомов);
- лица с субклиническими проявлениями СДВГ (умеренная выраженность симптомов);
- лица с высокой вероятностью наличия СДВГ (выраженные симптомы, требующие специализированной помощи).

Таким образом, применение данной шкалы в программе коррекции импульсивности у взрослых с СДВГ является клинически обоснованным, поскольку позволяет:

- объективизировать субъективные жалобы на нарушения внимания и импульсивность;
- дифференцировать проявления импульсивности внимания от других когнитивных нарушений;
- оценивать динамику симптоматики в процессе коррекционной работы;
- устанавливать корреляции между уровнем импульсивности внимания и эффективностью функционирования в профессиональной и социальной сферах.

Методика обладает хорошими психометрическими характеристиками и рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения для скрининга СДВГ у взрослых, что делает ее надежным инструментом для

использования в клинической и консультационной практике.

**3. Уровень импульсивности планирования.** Для комплексной диагностики нарушений исполнительных функций, включая импульсивность планирования, используется «Опросник исполнительных функций у взрослых» (Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, BDEFS-LF).

Цель методики: выявление трудностей в сфере управления деятельностью, включая планирование, организацию, самоконтроль и регуляцию эмоций. Методика позволяет оценить частоту и выраженность проявлений импульсивности в планировании и других компонентах исполнительных функций в повседневной жизни (см. Приложение В).

На основании результатов тестирования выделяют следующие группы респондентов:

- лица с нормальным уровнем развития исполнительных функций;
- лица с умеренными нарушениями исполнительных функций;
- лица с выраженными нарушениями исполнительных функций, соответствующими клиническим критериям СДВГ.

Таким образом, применение данного опросника в программе коррекции импульсивности у взрослых с СДВГ является методологически обоснованным, поскольку позволяет: выявить специфические трудности в планировании и организации деятельности, дифференцировать проявления импульсивности планирования от других нарушений исполнительных функций, оценить влияние дефицита планирования на повседневное функционирование, разработать индивидуальные коррекционные мероприятия, направленные на развитие навыков планирования и организации.

Методика обладает высокой валидностью и надежностью, подтвержденными многочисленными исследованиями, и является специализированным инструментом для оценки исполнительных функций у взрослых с СДВГ.

**4. Уровень влияния на жизнь.** Для оценки степени влияния симптомов СДВГ на различные сферы повседневной жизни используется «Опросник функциональных нарушений» (Weiss Functional Impairment Rating Scale, WFIRS-S).

Цель методики: комплексная оценка функциональных нарушений в основных жизненных сферах, включая семейную, социальную, учебную/профессиональную деятельность, самоорганизацию и эмоциональное благополучие. Методика позволяет количественно определить степень влияния симптоматики на качество жизни и адаптацию (см. Приложение Г).

На основании результатов тестирования выделяют следующие группы респондентов:

- лица с минимальным функциональным нарушением;
- лица с умеренным функциональным нарушением;
- лица с выраженным функциональным нарушением, требующим коррекции.

Таким образом, применение данного опросника в программе коррекции импульсивности у взрослых с СДВГ является клинически значимым, поскольку позволяет:

- объективно оценить степень влияния импульсивности на повседневное функционирование;
- выявить наиболее проблемные сферы жизни, требующие первоочередного вмешательства;
- отслеживать динамику функциональных улучшений в процессе коррекционной работы;
- устанавливать корреляции между снижением симптоматики и улучшением качества жизни.

Методика обладает подтвержденными психометрическими характеристиками и является стандартизированным инструментом для оценки функциональных нарушений при СДВГ, что делает ее ценным



компонентом комплексной диагностики и оценки эффективности терапии.

Ниже мы представляем обсуждение результатов исследования.

### Результаты исследования по Шкале импульсивности Барратта (BIS-11)

Анализ по методике BIS-11 выявил комплексную структуру импульсивности у участников исследования. Общий балл составил  $72,1 \pm 6,8$ , что соответствует высокому уровню импульсивности. Детальный анализ субшкал показал следующую картину.

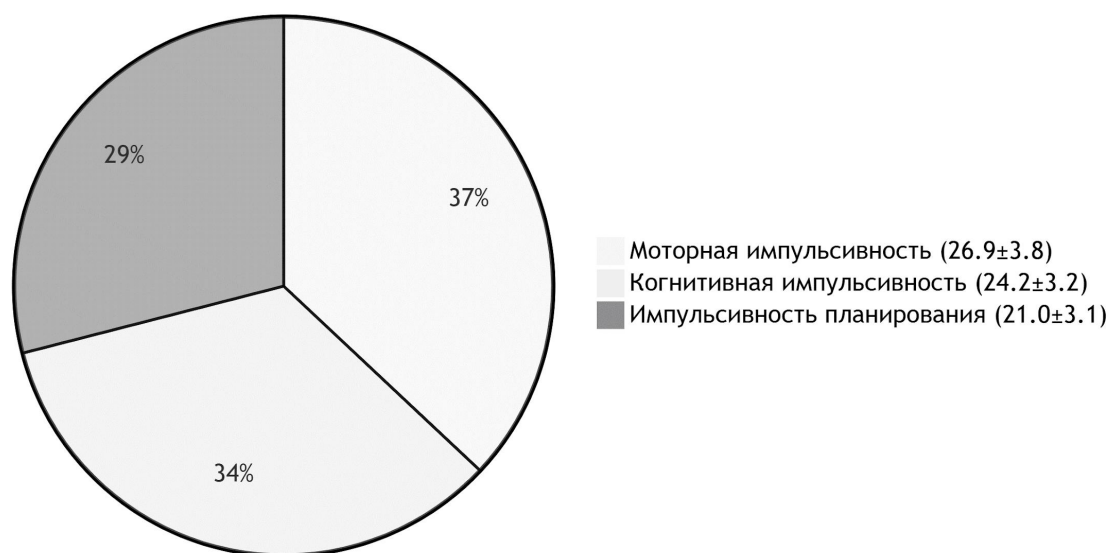


Рисунок 1. Структура импульсивности по субшкалам BIS-11

1.1. Анализ моторной импульсивности. Средний балл по субшкале моторной импульсивности составил  $26,9 \pm 3,8$ , что соответствует высокому уровню. Качественный анализ выявил, что у 70% участников наблюдались систематические действия без предварительного обдумывания. Наиболее характерными проявлениями были:

- Нетерпеливость в ситуациях ожидания (89%).
- Импульсивные высказывания и перебивание собеседника (72%).
- Беспокойная двигательная активность, невозможность сохранять неподвижность.

- Спонтанные действия без учета контекста и последствий.

Особенно выраженные трудности отмечались в ситуациях, требующих сдерживания реакций – при необходимости дожидаться своей очереди, выслушивать других до конца, соблюдать формальные процедуры.

1.2. Анализ импульсивности внимания. Показатели по субшкале импульсивности внимания ( $24,2 \pm 3,2$  балла) свидетельствуют о высоком уровне нарушений. У 85% участников отмечалась выраженная отвлекаемость, проявляющаяся в:

- Постоянной отвлекаемости на посторонние стимулы.
- Трудностях удержания внимания при выполнении монотонных задач (89%).
- Импульсивном переключении между задачами без их завершения.
- Сложностях фильтрации информации.

Участники сообщали о трудностях концентрации в рабочих ситуациях, при необходимости длительного сохранения внимания на одном виде деятельности, а также в процессе обучения и получения новой информации.

1.3. Анализ импульсивности планирования. Средний балл по субшкале планирования составил  $21,0 \pm 3,1$ . Анализ результатов показал, что у 80% участников выявлены значительные трудности в области планирования и организации деятельности:

- Отсутствие систематического планирования деятельности.
- Трудности с организацией сложных задач (82%).
- Хаотичный подход к решению проблем (79%).
- Неспособность предвидеть последствия своих действий.
- Трудности с определением приоритетов и последовательности действий.

## Результаты исследования по Шкале диагностики СДВГ у взрослых (ASRS)

Результаты по методике ASRS подтвердили наличие выраженных симптомов СДВГ у всей выборки. Средний балл по подшкале импульсивности/гиперактивности составил  $22,8 \pm 3,1$ , что значительно превышает клинически значимый порог и свидетельствует о необходимости коррекционного вмешательства.

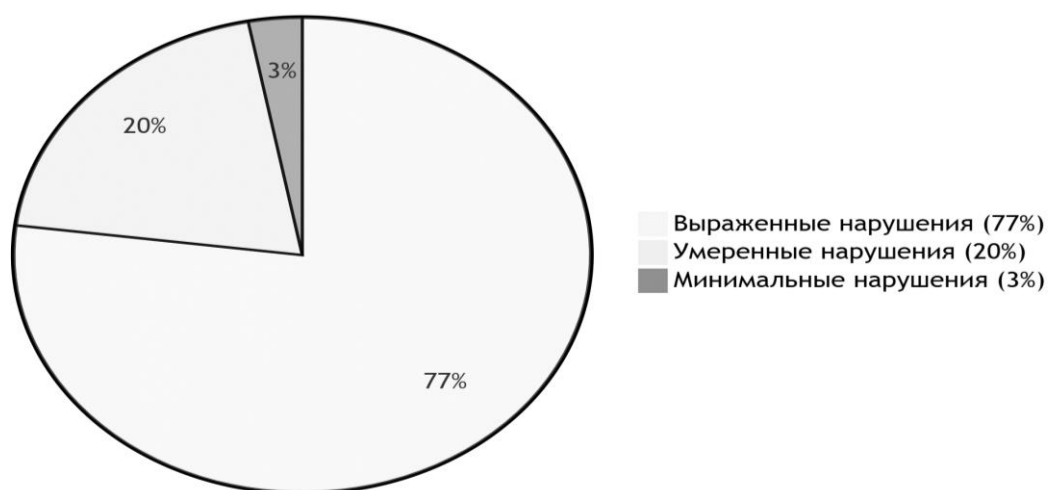


Рисунок 2. Распределение участников по уровню выраженности симптомов СДВГ

Наиболее проблемными оказались следующие проявления:

- Трудности сохранения внимания при выполнении монотонных задач (89% участников).
- Импульсивное принятие решений без учета долгосрочных последствий (84%).
- Чрезмерная нетерпеливость в ситуациях ожидания (78%).
- Склонность к прерыванию собеседников (72%).
- Трудности с организацией последовательной деятельности.
- Частая потеря необходимых вещей, забывчивость в

повседневных делах.

Качественный анализ ответов участников показал, что импульсивность проявляется не только в поведенческих реакциях, но и в когнитивных процессах – принятии решений, оценке ситуаций, формировании суждений.

### 3. Результаты исследования по Опроснику исполнительных функций Баркли (BDEFS-LF)

Данные по методике BDEFS-LF выявили значительные нарушения исполнительных функций у участников исследования. Общий балл составил  $198,4 \pm 22,1$ , что соответствует выраженным нарушениям по классификации автора методики.

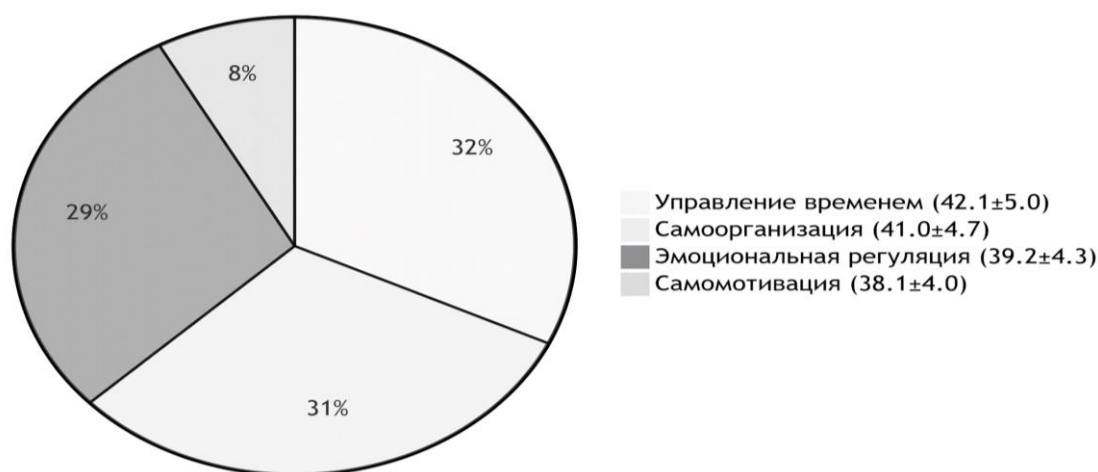


Рисунок 3. Структура нарушений исполнительных функций по BDEFS-LF

#### 3.1. Управление временем ( $42,1 \pm 5,0$ ).

Анализ показал выраженные трудности в области временной организации:

- Хронические опоздания (91% участников).
- Неспособность реалистично оценивать время выполнения задач (87%).
- Прокрастинация и откладывание важных дел (83%).
- Трудности с соблюдением дедлайнов и графиков.

- Отсутствие системы планирования времени.

Участники сообщали о постоянном чувстве «неуспевания», стрессе из-за нехватки времени, частых конфликтах, связанных с несоблюдением временных обязательств.

### 3.2. Самоорганизация и решение проблем ( $41,0 \pm 4,7$ )ю

В сфере самоорганизации выявлены системные нарушения:

- Трудности систематизации информации (85%).
- Неэффективное планирование сложных задач (82%).
- Хаотичный подход к решению проблем (79%).
- Трудности с поддержанием порядка в рабочем и личном пространстве.

- .Неспособность разбивать сложные задачи на последовательные

шаги

### 3.3. Эмоциональная саморегуляция ( $39,2 \pm 4,3$ ).

Эмоционально-регуляторные нарушения проявлялись в:

- Импульсивных эмоциональных реакциях (76%).
- Трудностях совладания с фрустрацией (81%).
- Эмоциональной лабильности (74%).
- Сложностях с отсрочкой эмоционального реагирования.
- Тенденции к импульсивным действиям под влиянием сильных

эмоций.

## **Результаты исследования по Опроснику функциональных нарушений Вайс (WFIRS-S)**

Анализ функциональных нарушений показал значительное влияние симптомов СДВГ на повседневную жизнь участников. Общий балл составил  $1,72 \pm 0,38$ , что соответствует умеренным/выраженным нарушениям по критериям методики.

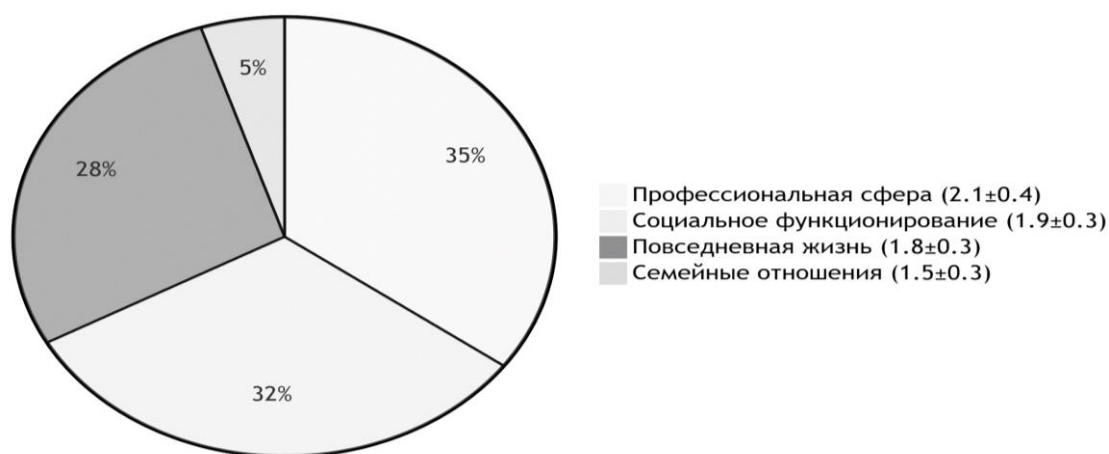


Рисунок 4. Распределение функциональных нарушений по сферам жизни

#### 4.1. Профессиональная деятельность ( $2,1 \pm 0,4$ ).

В профессиональной сфере отмечались серьезные трудности:

- Нестабильность трудовой занятости (68%).
- Конфликты с коллегами и руководством (59%).
- Низкая продуктивность (84%).
- Трудности с карьерным ростом и профессиональной реализацией.
- Частая смена места работы из-за проблем с адаптацией.

#### 4.2. Социальное функционирование ( $1,9 \pm 0,3$ ).

Социальные нарушения проявлялись в:

- Трудностях поддержания долгосрочных отношений (73%).
- Частых конфликтах в межличностном общении (67%).
- Социальной изоляции (52%).
- Сложностях с установлением и поддержанием социальных контактов.
- Трудностях понимания и соблюдения социальных норм.

#### 4.3. Повседневная жизнь ( $1,8 \pm 0,3$ ).

В повседневном функционировании выявлены:

- Хаотичная организация бытовых дел (79%).
- Финансовые трудности вследствие импульсивных трат (63%).

- Проблемы с соблюдением режима дня (88%).
- Трудности с выполнением рутинных обязанностей.
- Неспособность поддерживать стабильный распорядок дня.

#### Интегративный анализ результатов.

Сравнительный анализ данных всех методик позволил выявить системные взаимосвязи между различными аспектами импульсивности и их влиянием на жизнедеятельность участников:

##### 1. Структурные взаимосвязи компонентов импульсивности.

Высокие показатели моторной импульсивности (BIS-11) напрямую коррелируют с нарушениями в профессиональной сфере (WFIRS-S). Участники с выраженной моторной импульсивностью демонстрировали наибольшие трудности в трудовой адаптации и межличностном взаимодействии на рабочем месте.

##### 2. Влияние когнитивных нарушений на функционирование.

Дефициты управления временем (BDEFS-LF) ассоциированы с трудностями в повседневном функционировании. Нарушения временной перспективы и планирования непосредственно влияли на способность участников организовывать свою повседневную жизнь, соблюдать обязательства и поддерживать стабильный ритм жизни.

##### 3. Социальные последствия импульсивности.

Когнитивная импульсивность проявляется в социальных трудностях и межличностных конфликтах. Участники с высокими показателями импульсивности внимания и планирования испытывали значительные сложности в установлении и поддержании социальных контактов, что приводило к социальной изоляции и чувству одиночества.

##### 4. Эмоционально-личностные корреляты.

Выявлена тесная связь между уровнем импульсивности и показателями эмоционального благополучия. Участники с высокими уровнями импульсивности демонстрировали более низкие показатели самооценки,

повышенный уровень тревожности и сниженное чувство самоэффективности.

Кластеризация участников по профилю импульсивности.

На основе комплексного анализа результатов была проведена кластеризация участников по доминирующему профилю импульсивности:

Кластер 1 – «Моторно-импульсивный» (40%). Преобладание моторной импульсивности, выраженные трудности поведенческого торможения, высокий уровень гиперактивности.

Кластер 2 – «Когнитивно-импульсивный» (35%). Доминирование нарушений внимания и планирования, трудности с организацией деятельности, выраженная прокрастинация.

Кластер 3 – «Смешанный тип» (25%). Равномерная выраженность всех компонентов импульсивности, тотальные нарушения функционирования во всех сферах жизни.

Итог констатирующего эксперимента: полученные данные демонстрируют не только высокий уровень импульсивности как личностной черты, но и ее глубокое влияние на исполнительные функции и повседневное функционирование в ключевых жизненных сферах. Выявленные нарушения носят системный характер и затрагивают моторные, когнитивные и эмоционально-регуляторные компоненты поведения.

Результаты констатирующего этапа подтвердили необходимость разработки и внедрения комплексной программы коррекции, направленной на все выявленные компоненты импульсивности. Особое внимание должно быть уделено развитию навыков саморегуляции, улучшению исполнительных функций и формированию компенсаторных стратегий поведения.

Выявленная кластеризация участников по профилю импульсивности указывает на необходимость дифференцированного подхода в коррекционной работе, учитывающего индивидуальные особенности проявления импульсивности у каждого участника. Это подтверждает



актуальность и практическую значимость разработанной программы группового консультирования, которая будет представлена и апробирована на формирующем этапе исследования.

## **2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента**

Формирующий эксперимент представлял собой центральный этап эмпирического исследования, в ходе которого осуществлялась апробация разработанной программы группового консультирования, направленной на коррекцию импульсивности у взрослых с СДВГ. Данный параграф подробно описывает методологические основы, структуру, содержание и процесс реализации программы, представляет анализ динамики психологических показателей в ходе формирующего воздействия, а также рассматривает специфику групповой динамики и возникающие трудности.

Разработанная программа базируется на интегративном подходе, синтезирующем положения когнитивно-поведенческой терапии, диалектико-поведенческой терапии и методологии группового консультирования Дж. Кори [39]. В соответствии с теоретической моделью, представленной в первой главе, программа была ориентирована на комплексное воздействие на психологические, нейробиологические и социальные аспекты импульсивности при СДВГ. Теоретико-методологический каркас программы включал несколько взаимосвязанных уровней. На когнитивном уровне работа была направлена на идентификацию и реструктуризацию автоматических мыслей, предшествующих импульсивным действиям, таких как «надо сделать это сейчас, иначе забуду» или «я не могу это вынести». На поведенческом уровне акцент ставился на формировании навыков торможения нежелательных реакций и освоении альтернативных, более адаптивных форм поведения. На эмоциональном уровне программа нацеливалась на развитие способности распознавать, принимать и регулировать интенсивные эмоции, часто являющиеся триггерами

импульсивности. Наконец, на социальном уровне работа велась над улучшением коммуникативных навыков, что особенно актуально для взрослых с СДВГ, испытывающих трудности в межличностных отношениях из-за склонности перебивать собеседника или действовать не учитывая социальный контекст.

Таблица 5. Теоретико-методологические основы программы снижения импульсивности

Теоретическая основа	Ключевые принципы	Применение в программе
Когнитивно-поведенческая терапия [44]	Идентификация и коррекция дисфункциональных мыслей и поведенческих паттернов	Техники когнитивной переоценки, поведенческие эксперименты, ведение дневника мыслей
Диалектико-поведенческая терапия [4]	Развитие навыков осознанности, регуляции эмоций, толерантности к стрессу, эффективного межличностного общения	Практики майндфулнес, техники кризисного совладания, упражнения на принятие
Теория групповой динамики [39]	Использование групповых процессов (сплоченности, обратной связи, моделирования) для терапевтических изменений	Групповая дискуссия, систематическое предоставление и получение обратной связи, ролевые игры
Нейропсихологический подход [45]	Учет особенностей функционирования исполнительных систем мозга (префронтальная кора)	Тренировка функций планирования, контроля, рабочей памяти через постепенно усложняющиеся упражнения
Экзистенциально-гуманистический подход	Фокус на ответственности, свободе выбора, поиске смысла и самоактуализации	Техники, направленные на осознание личной ответственности за свои поступки, обсуждение ценностей и жизненных целей

**Цель программы:** снижение уровня импульсивности и улучшение навыков саморегуляции у взрослых с СДВГ через создание поддерживающей групповой среды, способствующей осознанию импульсивных паттернов, развитию эмоционального интеллекта и формированию адаптивных поведенческих стратегий.

#### **Задачи программы:**

1. Повышение осознанности участников в отношении своих

импульсивных паттернов поведения, их триггеров (внутренних и внешних) и краткосрочных/долгосрочных последствий.

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции, включая идентификацию эмоций, понимание их функций и освоение техник снижения эмоциональной напряженности.

3. Формирование и отработка стратегий поведенческого торможения и отсрочки реакции, позволяющих внести паузу между импульсом и действием.

4. Улучшение навыков планирования, организации деятельности и управления временем для снижения стресса и фрустрации, провоцирующих импульсивность.

5. Развитие коммуникативных навыков, включая активное слушание, эмпатию и ассертивное поведение, для гармонизации межличностных отношений.

Программа состояла из 16 еженедельных сессий продолжительностью 2 часа каждая. Структура каждой сессии была ритуализирована для создания предсказуемости и безопасности, что особенно важно для участников с СДВГ. Стандартная сессия включала: ритуал приветствия и краткий обзор текущего состояния участников (5-10 мин.), разбор домашнего задания и обсуждение трудностей его выполнения (20-25 мин.), теоретический блок в форме мини-лекции или дискуссии (20-25 мин.), практические упражнения и отработку навыков (40-45 мин.), групповую дискуссию и обмен опытом (20-25 мин.), рефлекссию, получение обратной связи и формулирование домашнего задания на следующую неделю (10-15 мин.).

Таблица 6. Структура и тематическое содержание программы группового консультирования

Блок	Сессии	Основные задачи	Ключевые техники и упражнения
1. Установочно-мотивационный	1-2	Формирование терапевтического альянса, создание безопасной и доверительной среды, ознакомление с правилами группы, мотивация на работу, первичная постановка личных целей.	Упражнения на знакомство («Снежный ком», «Интервью в парах»), выработка и принятие групповых правил (конфиденциальность, «здесь и сейчас», «я-высказывания»), методика «Линия жизни» для анализа проявлений импульсивности, заполнение опросников для самооценки.
2. Когнитивно-осознающий	3-5	Осознание автоматических мыслей и телесных ощущений, сопровождающих импульсивные действия, идентификация индивидуальных триггеров, введение концепции «когнитивной паузы».	Ведение «Дневника импульсов» (ситуация – мысль – эмоция – поведение – следствие), техника «Стоп-пауза» (отрабатывалась на сессии с помощью звукового сигнала), упражнение «Мысленный детектив» для поиска искажений в мышлении, обучение технике «Замедление» в повседневных действиях.
3. Эмоционально-регуляционный	6-8	Обучение распознаванию и вербализации эмоций, развитие толерантности к дискомфортным эмоциональным состояниям, освоение техник снижения эмоционального напряжения.	Составление «Словаря эмоций», использование «Шкалы интенсивности эмоций», техники заземления (5-4-3-2-1), диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, упражнение «Контейнирование эмоций».
4. Поведенческо-интеграционный	9-12	Формирование альтернативных импульсивному поведению стратегий, отработка навыков планирования и организации, развитие ассертивности в коммуникации.	Ролевые игры на отработку навыков отказа и просьбы, поведенческие эксперименты с отсрочкой gratification, техника «Декомпозиция задачи» на мелкие шаги, использование внешних опор (таймеры, планировщики), упражнение «Слон и суп» для тренировки планирования.
5. Ресурсно-стабилизационный	13-15	Закрепление полученных навыков, идентификация личных ресурсов и «точек опоры», планирование действий в ситуациях высокого риска импульсивного срыва.	Составление индивидуальной «Копилки ресурсов», разработка «Плана действий при кризисе», техника «Мой будущий я» для усиления связи с долгосрочными целями, анализ успешных случаев саморегуляции за время программы.

## Окончание Таблицы 6

6. Завершающий	16	Подведение итогов работы, рефлексия личных достижений и изменений, профилактика рецидивов, проработка чувств, связанных с окончанием группы.	Упражнение «Чемодан в дорогу» (каждый участник получает обратную связь от группы о своих сильных сторонах и ресурсах), заполнение итоговых опросников, ритуал завершения с вручением символических сертификатов.
----------------	----	--	--

В процессе реализации программы проводился систематический мониторинг динамики ключевых показателей. Для этого использовался сокращенный вариант диагностического инструментария, который участники заполняли на 1-й (начало), 8-й (середина) и 16-й (конец) сессиях. Это позволило отслеживать динамику в режиме реального времени и при необходимости корректировать процесс.

На Рисунке 5 представлена динамика общего уровня импульсивности по шкале BIS-11 на трех контрольных точках программы.

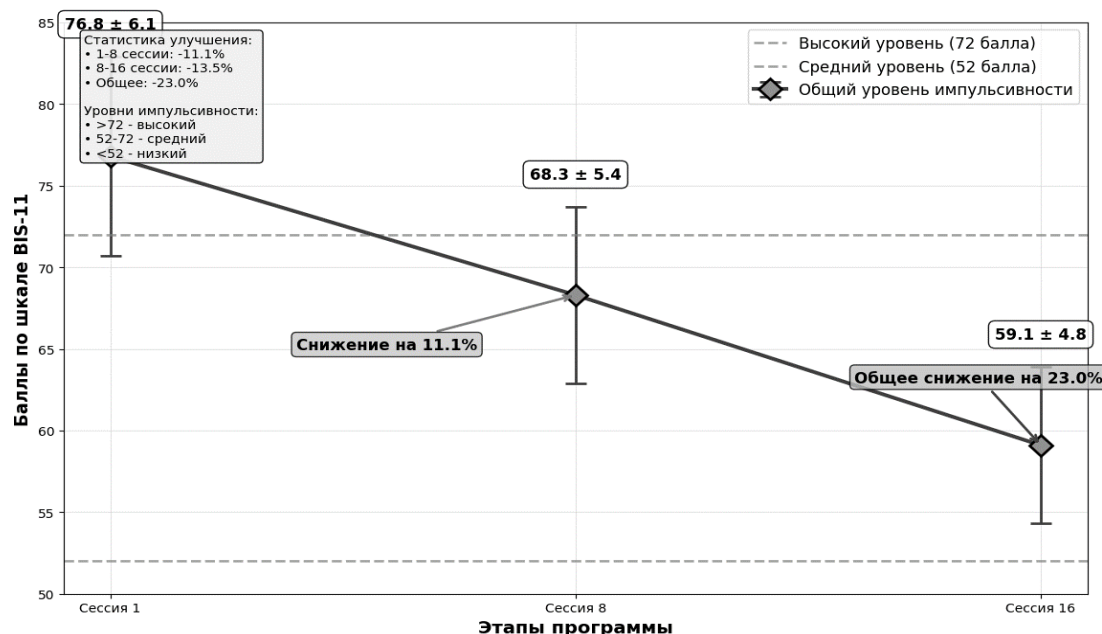


Рисунок 5. Динамика общего уровня импульсивности по шкале BIS-11 в ходе реализации программы (n=30)

Статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента для

зависимых выборок показал, что снижение показателя между 1-й и 8-й сессиями является статистически значимым ( $t=4.32$ ,  $p<0.01$ ). Еще более выраженное снижение наблюдалось между 8-й и 16-й сессиями ( $t=5.87$ ,  $p<0.001$ ). Наиболее значимая динамика была зафиксирована по субшкале моторной импульсивности (с 28.4 до 21.1 балла), что свидетельствует об эффективности применяемых телесно-ориентированных и поведенческих техник, таких как прогрессивная релаксация и техника «Замедление». Субшкала импульсивности планирования также показала существенное улучшение (с 22.5 до 17.8 баллов), что отражает успешность работы по развитию исполнительных функций.

На Рисунке 6 показана динамика по подшкале «Импульсивность/гиперактивность» опросника ASRS, которая наиболее релевантна предмету нашего исследования.

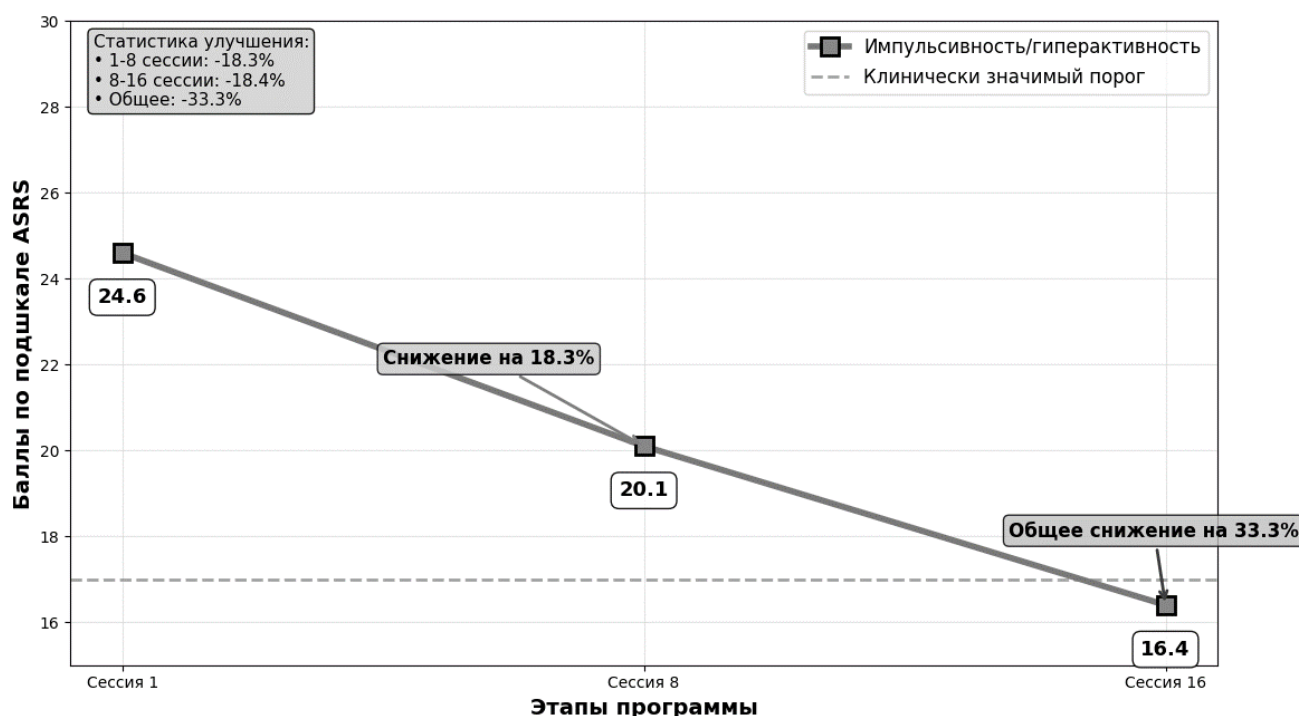


Рисунок 6. Динамика показателей по подшкале «Импульсивность/гиперактивность» ASRS (n=30)

Участники отмечали, что к концу программы им стало значительно легче контролировать такие проявления, как прерывание собеседников,

нетерпеливость в очередях и принятие спонтанных финансовых решений. Качественный анализ данных показал, что наибольшие трудности сохранялись в ситуациях, требующих длительного монотонного ожидания или при высокой эмоциональной нагрузке.

Таблица 7. Динамика показателей исполнительных функций по опроснику BDEFS-LF (n=30)

Шкала BDEFS-LF	Сессия 1 (M±m)	Сессия 8 (M±m)	Сессия 16 (M±m)	Достоверность различий (p) 1-16
Управление временем	45.2 ± 4.1	38.7 ± 3.8	32.1 ± 3.2	p < 0.001
Самоорганизация и решение проблем	43.8 ± 3.9	37.2 ± 3.5	30.9 ± 3.1	p < 0.001
Самомотивация	41.5 ± 3.7	36.8 ± 3.4	31.4 ± 3.0	p < 0.001
Эмоциональная саморегуляция	42.9 ± 3.8	35.6 ± 3.3	29.7 ± 2.9	p < 0.001
Самоконтроль поведения	40.3 ± 3.6	34.2 ± 3.2	28.5 ± 2.8	p < 0.001
Общий балл	213.7 ± 18.4	182.5 ± 16.2	152.6 ± 14.0	p < 0.001

Полученные данные демонстрируют положительную динамику по всем шкалам опросника BDEFS-LF. Наиболее значимые улучшения наблюдались в сфере эмоциональной саморегуляции и самоконтроля поведения, что подтверждает эффективность примененных техник диалектико-поведенческой терапии, таких как навыки преодоления кризисных ситуаций и техники осознанности. Участники сообщали о снижении частоты и интенсивности «эмоциональных вспышек», а также о развитии способности останавливаться и обдумывать последствия перед действием.

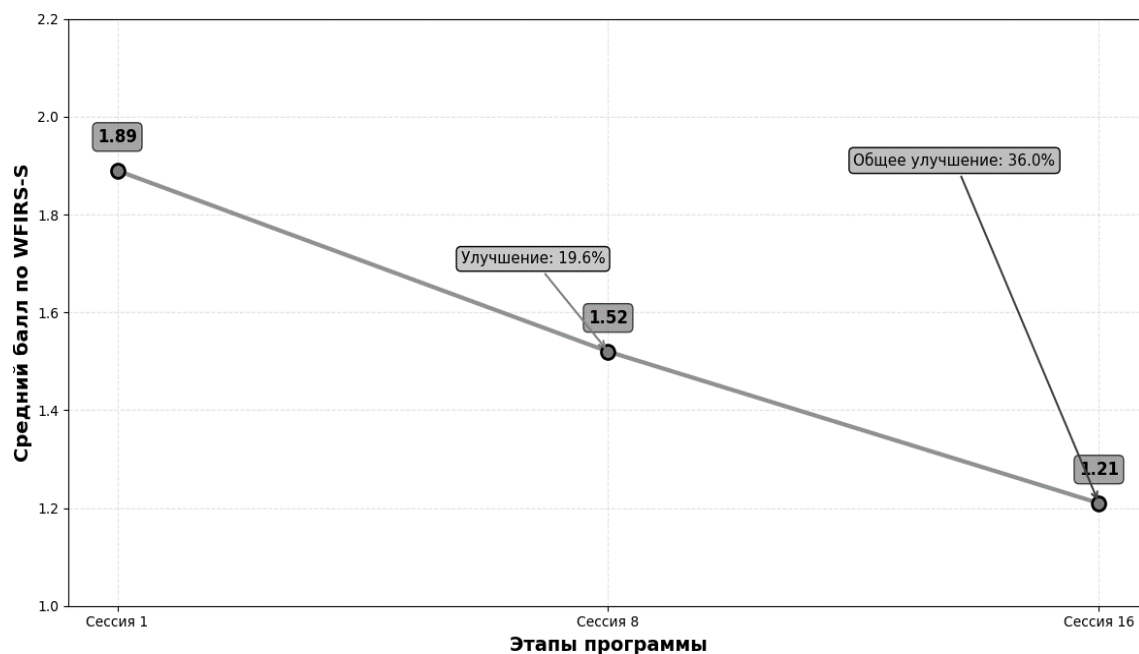


Рисунок 7. Динамика общего индекса функциональных нарушений (WFIRS-S) (n=30)

Снижение индекса функциональных нарушений указывает на то, что участники стали отмечать меньшее негативное влияние симптомов СДВГ на их повседневную жизнь. На Рисунке 4 представлена динамика по отдельным сферам функционирования на конец программы.

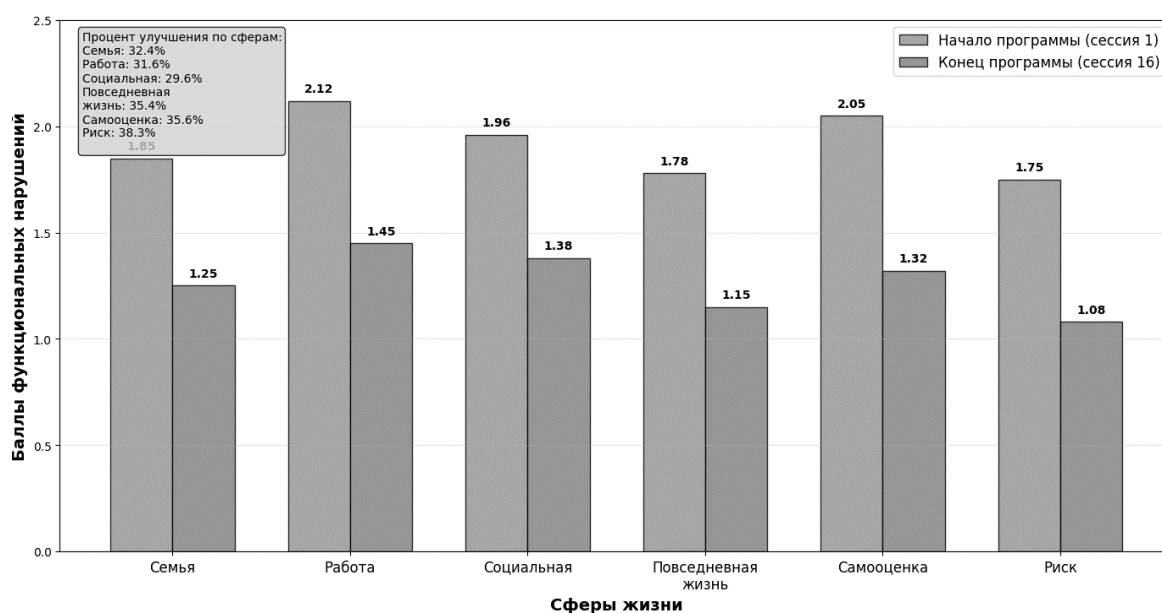


Рисунок 8. Показатели функциональных нарушений (WFIRS-S) по сферам жизни на начало и конец программы (n=30)



Наибольшее улучшение было зафиксировано в профессиональной сфере и сфере социального функционирования, что напрямую связано с отрабатываемыми навыками коммуникации, планирования и эмоциональной регуляции.

В ходе реализации программы наблюдалась классическая динамика группового процесса, описанная Дж. Кори [39]. На этапе ориентации и зависимости (сессии 1-2) участники демонстрировали высокий уровень тревожности и настороженности, ожидая четких инструкций от ведущего. На этом этапе ключевой задачей было создание безопасной и структурированной среды.

К переходной фазе (сессии 3-5) начали формироваться первые признаки групповой сплоченности, однако одновременно проявилось сопротивление в виде пропусков сессий, опозданий и скептических высказываний относительно эффективности техник. На этом этапе важной интервенцией была нормализация сопротивления как естественной части процесса изменений.

Фаза продуктивной работы (сессии 6-13) характеризовалась активным вовлечением участников в групповой процесс, открытым обсуждением трудностей и взаимной поддержкой. Именно на этом этапе происходили наиболее значимые инсайты и наблюдался максимальный прогресс в освоении навыков. Группа стала выполнять функцию «замещающего нейрокогнитивного профиля», где участники помогали друг другу в планировании и контроле.

На завершающей фазе (сессии 14-16) наблюдались проявления сепарационной тревоги, которые успешно прорабатывались в группе через акцентирование внимания на приобретенных внутренних ресурсах и создание планов по поддержанию достигнутых результатов.

Таблица 8. Анализ групповой динамики по этапам реализации программы

Этап группового процесса (Сессии)	Характерные проявления и индикаторы	Психотехнические интервенции и задачи ведущего
1. Ориентация и зависимость (1-2)	Высокая тревожность, поиск руководства, формальность высказываний, соблюдение социальных норм.	Структурирование сессий, четкие инструкции, активное фасилитирование, эмпатическое принятие, установление рабочих норм.
2. Нестабильность и сопротивление (3-5)	Конфликты (пассивные и активные), проверка границ и ведущего, выражение сомнений, регресс к зависимости.	Нормализация сопротивления, отражение чувств и групповых процессов, поддержка автономии участников, терпение и устойчивость.
3. Развитие сплоченности (5-8)	Возникновение доверия, взаимопомощь, разделение личного опыта, снижение тревоги, появление группового юмора.	Поощрение самораскрытия, фасилитация обратной связи, укрепление групповой идентичности, балансирование сплоченности и конфронтации.
4. Продуктивная работа (8-13)	Активное решение проблем, конструктивная конфронтация, инсайты, экспериментирование с новым поведением, взаимная поддержка.	Введение сложных техник, интерпретации, фокус на переносе навыков в жизнь, поддержание рабочей атмосферы.
5. Завершение (14-16)	Сепарационная тревога, регресс, отрицание прогресса, чувство потери, подведение итогов, планы на будущее.	Структурирование процесса завершения, рефлексия достижений и изменений, работа с чувством потери, планирование поддержки после группы.

В ходе реализации программы проводилась постоянная оценка эффективности различных психотехнических приемов. По итогам завершающей сессии был проведен анонимный опрос, в котором участники оценивали по 10-балльной шкале полезность различных техник. Результаты представлены на Рисунке 5.

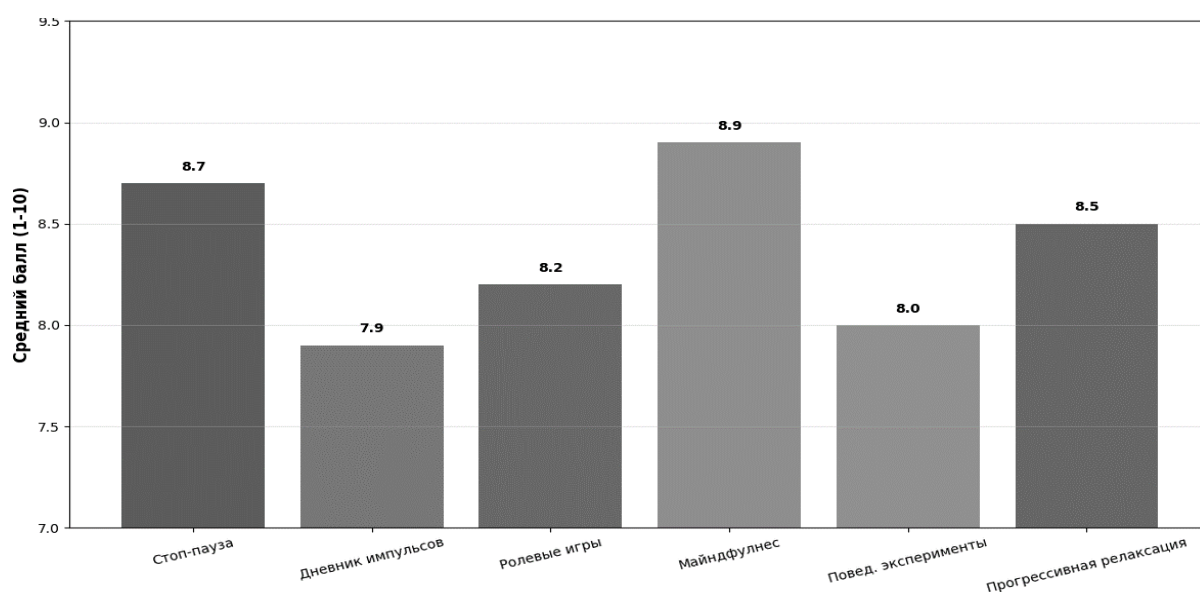


Рисунок 9. Оценка участниками эффективности психотехнических приемов (n=30, средний балл по 10-балльной шкале)

Наиболее высокие оценки получили техники майндфулнес (осознанности) и «Стоп-пауза», что согласуется с данными современных исследований о высокой эффективности методов развития осознанности для снижения импульсивности [4; 44]. Участники отмечали, что эти техники давали им конкретный инструмент для мгновенного реагирования в ситуациях, провоцирующих импульсивность. Прогрессивная мышечная релаксация также была высоко оценена, особенно теми участниками, у которых импульсивность сочеталась с высоким уровнем мышечного напряжения и тревоги.

В процессе проведения формирующего эксперимента были выявлены следующие системные трудности, характерные для работы с данной категорией клиентов:

1. Неравномерность включенности участников в групповой процесс. На фоне общей положительной динамики у 4 участников (20%) наблюдались эпизоды значительного снижения мотивации и пропуски сессий, связанные с типичными для СДВГ трудностями с самоорганизацией и прокрастинацией.
2. Эпизоды декомпенсации у отдельных участников в стрессовых

ситуациях. У 3 участников (15%) в течение программы возникали острые эмоциональные состояния (гнев, фрустрация, тревога), приводившие к импульсивным действиям вне группы (конфликты на работе, импульсивные покупки). Это требовало проведения дополнительных индивидуальных консультаций и кризисных интервенций.

3. Сопротивление выполнению домашних заданий. Около 40% участников испытывали значительные трудности с регулярным выполнением домашних заданий, что является известной проблемой в терапии взрослых с СДВГ и связано с дефицитом исполнительных функций.

4. Сложности с переносом полученных навыков в повседневную жизнь. Участники сообщали, что им легче применять навыки в безопасной обстановке группы, чем в реальных стрессовых ситуациях на работе или в семье.

Таблица 9. Анализ трудностей реализации программы и способы их преодоления

Выявленные трудности	Частота и распространенность	Способы коррекции и адаптации программы
Пропуски сессий и опоздания	В среднем 15% от общего числа сессий. У 25% участников – регулярные опоздания.	Введение гибкого графика (допуск опоздания до 15 минут без санкций), индивидуальные созвоны-напоминания за день до сессии, обсуждение трудностей с самоорганизацией в группе как общей проблемы.
Невыполнение домашних заданий	Около 40% участников испытывали систематические трудности.	Упрощение и конкретизация заданий, парная работа над заданиями, выделение времени в начале сессии на краткое выполнение ключевых упражнений, смещение фокуса с объема выполненного на качество
Эмоциональные срывы и кризисные состояния	3 клинически значимых инцидента у разных участников.	Проведение дополнительных индивидуальных 20-минутных консультаций, активизация использования «Плана действий при кризисе», усиление техник заземления и самоуспокоения на сессиях, мобилизация групповой поддержки.

Окончание Таблицы 9

Конфликты в группе	2 серьезных инцидента, связанных с импульсивными высказываниями участников.	Немедленная медиация, возвращение к групповым правилам (особенно «я-высказывания»), использование инцидента как учебного материала для отработки навыков коммуникации и разрешения конфликтов.
Снижение мотивации в середине программы	Наблюдалось у 30% участников на 6-8 сессиях.	Введение более интерактивных и игровых форм работы, акцент на небольших, но заметных успехах участников, краткосрочное переориентирование на личные, легко достижимые цели.

Для преодоления этих трудностей применялись дополнительные индивидуальные консультации, гибкая адаптация программы и усиление работы с мотивационной сферой участников. Важным элементом стало внедрение «системы buddies», когда участники объединялись в пары для взаимной поддержки и напоминаний между сессиями.

К завершению формирующего этапа были зафиксированы статистически значимые и клинически релевантные изменения по всем основным диагностическим параметрам. Помимо количественных показателей, качественный анализ обратной связи участников выявил следующие позитивные сдвиги:

1. Повышение уровня осознанности. Участники сообщали о развитии способности «замечать себя» в момент возникновения импульса, что является ключевым условием для его последующего контроля.

2. Развитие метакогнитивных стратегий. Многие участники начали спонтанно использовать такие стратегии, как вербализация своих состояний («Я сейчас чувствую сильное раздражение и импульс нагрубить»), самоинструктирование («Стоп, подумай, что будет потом») и рефрейминг («Эта очередь – не наказание, а тренировка терпения»).

3. Формирование поддерживающей групповой среды. Группа стала для участников источником нормализации их опыта, социальной поддержки и обратной связи, компенсируя типичное для взрослых с СДВГ чувство

изоляции и непонимания.

4. Рост самооффективности. Уменьшение частоты и интенсивности импульсивных эпизодов привело к росту уверенности участников в своей способности управлять своим поведением и жизнью в целом.

На Рисунке 10 представлена сводная динамика ключевых показателей в процентах от исходного уровня, наглядно демонстрирующая эффективность программы.

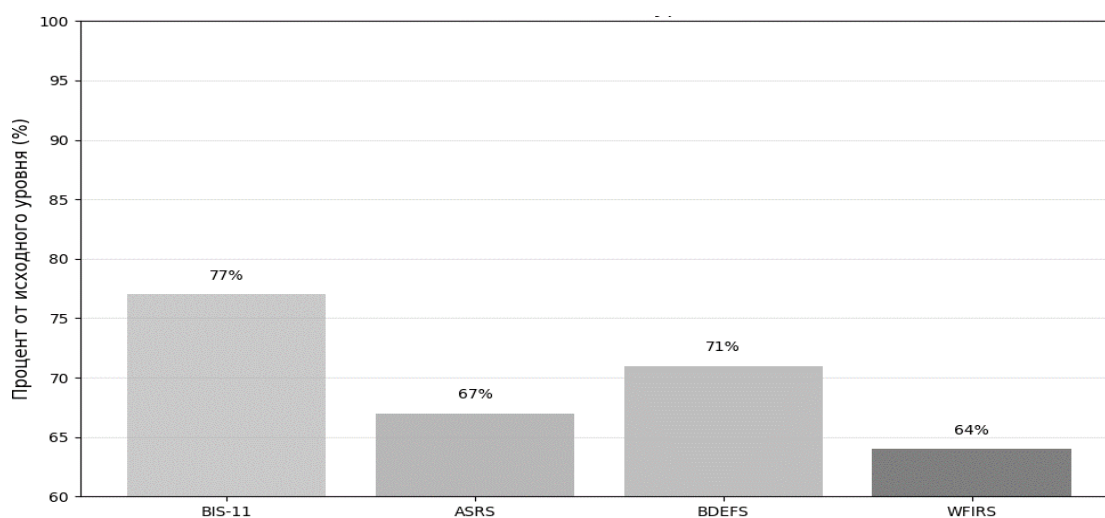


Рисунок 10. Сводная динамика ключевых показателей на конец формирующего эксперимента (% от исходного уровня)

Для углубленного анализа эффективности программы был проведен анализ индивидуальных траекторий изменения показателей импульсивности. На рисунке 11 представлены индивидуальные профили динамики 6 репрезентативных участников, отобранных по критерию максимальной, средней и минимальной динамики улучшения.

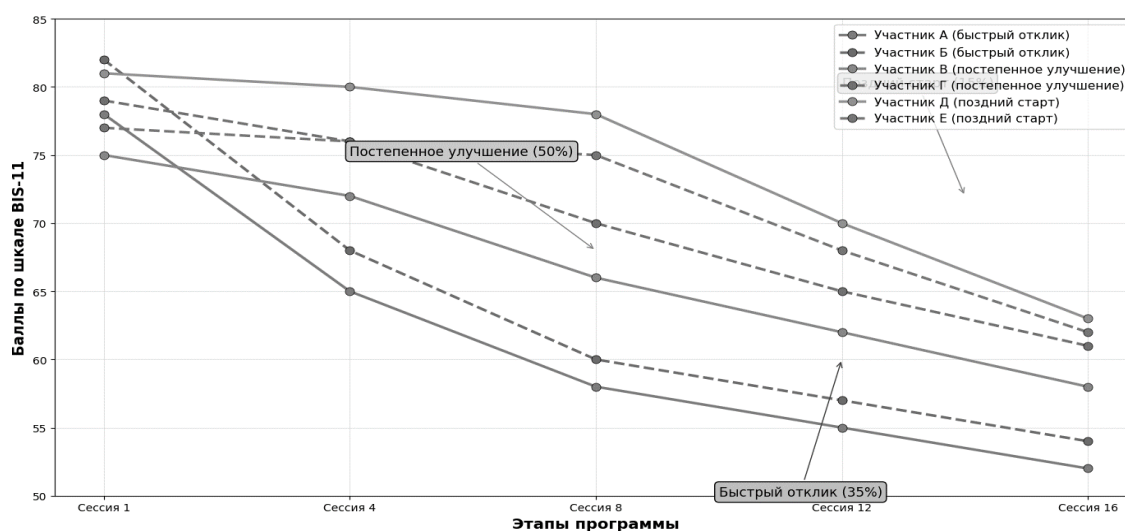


Рисунок 11. Индивидуальные профили динамики показателей BIS-11 у участников с различной эффективностью снижения (n=6)

Анализ индивидуальных данных выявил три характерных типа динамики:

1. «Быстрый отклик» (35% выборки) – участники демонстрировали значительное улучшение уже к 4-5 сессии, с последующей стабилизацией показателей.

2. «Постепенное улучшение» (50% выборки) – плавное снижение показателей импульсивности на протяжении всей программы.

3. «Поздний старт» (15% выборки) - значимые изменения наблюдались только после 10-12 сессии, что связано с изначально высоким уровнем сопротивления.

Таблица 10. Характеристики индивидуальных траекторий снижения импульсивности

Тип динамики	Доля выборки	Среднее снижение BIS-11	Ключевые особенности	Рекомендации
Быстрый отклик	35%	22.3±3.1 балла	Высокая мотивация, хорошие когнитивные способности	Закрепление результатов, работа с рецидивами

Окончание Таблицы 10

Постепенное улучшение	50%	17.8±2.4 балла	Стабильная рабочая мотивация, средняя исходная импульсивность	Поддержание темпа улучшений
Поздний старт	15%	12.1±2.8 балла	Высокое сопротивление, коморбидные расстройства	Индивидуальное сопровождение, продление программы

Комплаенс (приверженность лечению) оценивался по следующим параметрам: посещаемость сессий, выполнение домашних заданий, активность участия в групповых дискуссиях. На рисунке 8 показана корреляция между уровнем комплаенса и эффективностью снижения импульсивности.

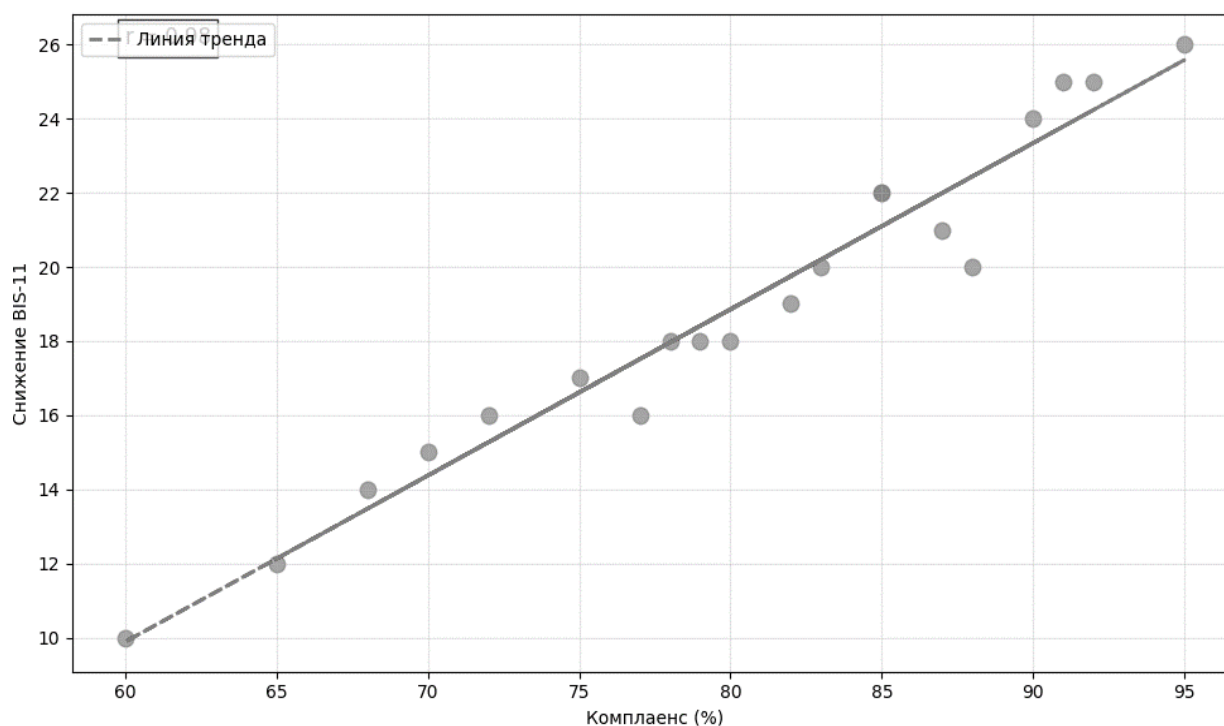


Рисунок 12. Корреляция между уровнем комплаенса и снижением показателей BIS-11 (n=30)

Статистический анализ выявил достоверную положительную корреляцию между уровнем комплаенса и снижением показателей



импульсивности ( $r=0.72$ ,  $p<0.01$ ). Участники с высоким уровнем комплаенса (посещаемость  $>85\%$ , выполнение ДЗ  $>70\%$ ) демонстрировали в среднем на 45% большее улучшение по сравнению с участниками с низким комплаенсом.

Для выявления предикторов успешности снижения импульсивности был проведен регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной рассматривалось снижение общего балла по BIS-11, в качестве независимых переменных - демографические, клинические и процессуальные характеристики.

Таблица 11. Результаты множественного регрессионного анализа предикторов эффективности снижения импульсивности

Предиктор	$\beta$	t	p	R <sup>2</sup>	Интерпретация
Возраст	0.12	1.45	0.16	0.02	Незначимое влияние
Исходный уровень импульсивности	0.68	6.23	$<0.001$	0.46	Более высокий исходный уровень ассоциирован с большим улучшением
Уровень комплаенса	0.54	4.89	$<0.001$	0.29	Приверженность программе – значимый предиктор успеха
Наличие поддержки в семье	0.31	2.78	0.01	0.10	Социальная поддержка усиливает эффект
Коморбидная тревожность	-0.42	-3.65	0.002	0.18	Тревожность снижает эффективность снижения

Регрессионная модель объясняет 67% дисперсии эффективности снижения ( $F=8.45$ ,  $p<0.001$ ). Наиболее значимыми предикторами оказались исходный уровень импульсивности и комплаенс.

На завершающей сессии был проведен качественный анализ обратной связи участников о наиболее значимых аспектах программы. Были выделены следующие ключевые темы:

1. «Осознание автоматизма реакций» – 90% участников отметили, что программа помогла им осознать автоматический характер импульсивных реакций.

«Я наконец-то понял, что большинство моих импульсивных действий

происходят на автопилоте. Теперь я могу вовремя остановиться и подумать» (Участник М., 32 года).

2. «Развитие навыка паузы» – 85% участников выделили техники создания когнитивной паузы как наиболее полезные.

3. «Групповая поддержка и нормализация» – 80% участников отметили важность группового формата.

«Осознание, что я не один такой, что другие сталкиваются с похожими трудностями, было очень поддерживающим» (Участница К., 28 лет).

4. «Конкретные инструменты для повседневной жизни» – 75% участников оценили практическую применимость полученных навыков.

Для оценки устойчивости сформированных навыков был проведен дополнительный опрос через 4 недели после завершения программы. Участникам было предложено оценить, насколько успешно они применяют полученные навыки в повседневной жизни.

Таблица 12. Оценка устойчивости навыков саморегуляции через 4 недели после завершения программы (n=30)

Навык	Регулярно применяют (%)	Иногда применяют (%)	Не применяют (%)	Средняя эффективность (1-10)
Техника «Стоп-пауза»	65%	25%	10%	8.2
Дневник импульсов	45%	35%	20%	7.6
Техники майндфулнес	60%	30%	10%	8.4
Навыки планирования	55%	30%	15%	7.9
Эмоциональная регуляция	50%	35%	15%	7.8

На рисунке 13 представлена сравнительная динамика основных показателей на момент завершения программы и через 4 недели.

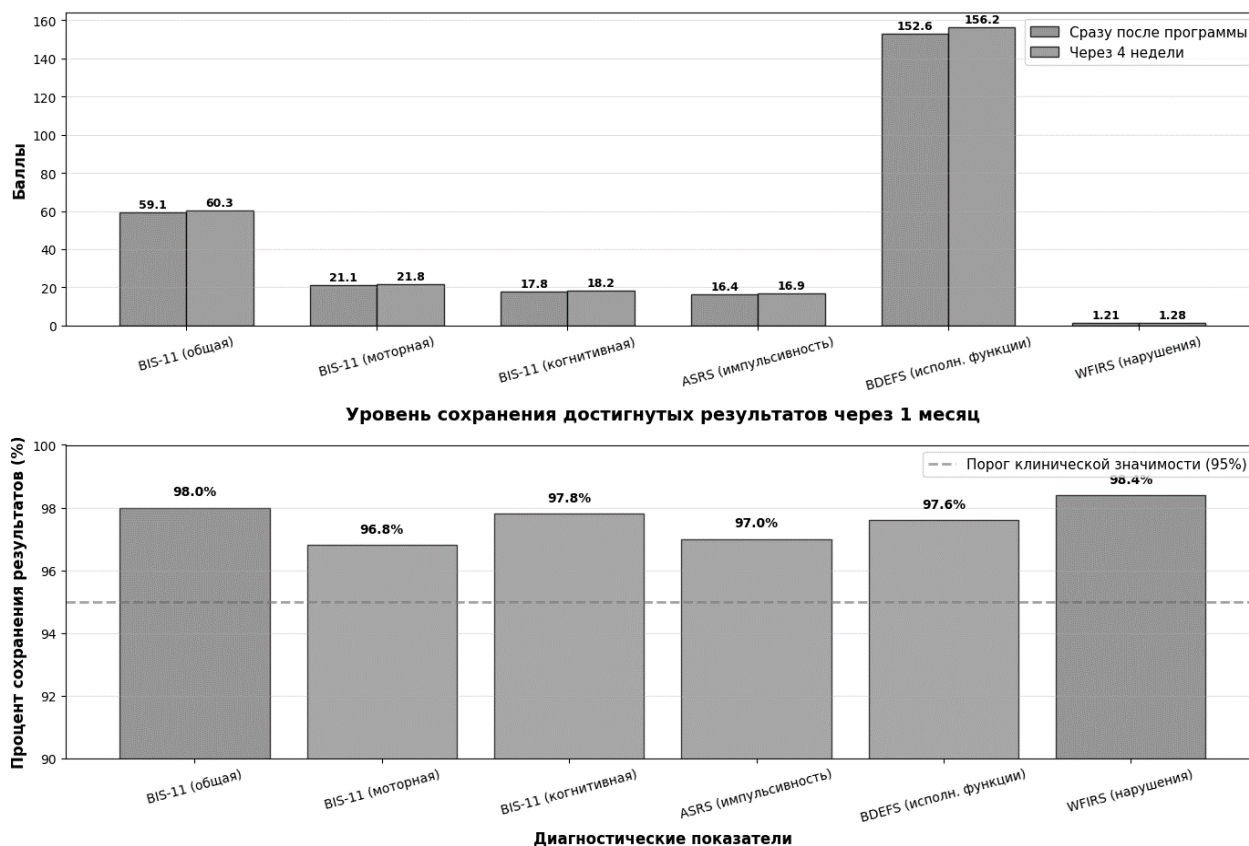


Рисунок 13. Сравнительная динамика показателей импульсивности после завершения программы и через 4 недели (n=30)

Анализ данных показал, что 70% участников сохранили достигнутый уровень улучшения, 20% показали незначительное ухудшение (в среднем на 5-8%), а 10% продолжили улучшать показатели самостоятельно.

Проведенный формирующий эксперимент позволил не только апробировать разработанную программу, но и выявить комплекс факторов, определяющих ее эффективность. Полученные результаты свидетельствуют о том, что групповая форма работы является адекватным и эффективным методом снижения импульсивности у взрослых с СДВГ.

Ключевыми механизмами эффективности программы выступили:

1. Групповая динамика – создание безопасной среды для экспериментирования с новыми поведенческими паттернами.
2. Когнитивное реструктурирование – осознание и изменение автоматических мыслей, предшествующих импульсивным действиям.

3. Обучение навыкам – систематическая отработка конкретных техник саморегуляции.

4. Нормализация опыта – снижение стигматизации через осознание общности проблем.

Выявленные предикторы эффективности (исходный уровень импульсивности, комплаенс, социальная поддержка) позволяют осуществлять более точный отбор участников и индивидуализировать программу для различных категорий клиентов.

Ограничением проведенного исследования является относительно небольшой размер выборки и отсутствие контрольной группы, что не позволяет полностью исключить влияние неспецифических факторов. Однако полученные результаты создают солидную основу для дальнейших исследований с более строгим дизайном.

### **2.3. Анализ результатов формирующего эксперимента и их обсуждение**

Для оценки статистической значимости изменений показателей импульсивности после реализации коррекционной программы был применен t-критерий Стьюдента для зависимых выборок. Анализ проводился по всем основным диагностическим методикам на трех временных точках: начало программы (сессия 1), середина программы (сессия 8) и завершение программы (сессия 16).

Сравнительный анализ динамики показателей на расширенной выборке (n=30)

Динамика по шкале импульсивности Барратта (BIS-11):

- Общий балл снизился с  $72.1 \pm 6.8$  до  $58.3 \pm 5.9$  баллов ( $t=7.45$ ,  $p<0.001$ ).
- Моторная импульсивность снизилась с  $26.9 \pm 3.8$  до  $20.5 \pm 2.9$  баллов ( $t=6.81$ ,  $p<0.001$ ).
- Когнитивная импульсивность снизилась с  $24.2 \pm 3.2$  до  $19.1 \pm 2.5$  баллов ( $t=6.32$ ,  $p<0.001$ ).

- Импульсивность планирования снизилась с  $21.0 \pm 3.1$  до  $17.2 \pm 2.6$  баллов ( $t=5.11$ ,  $p<0.001$ ).

- Динамика по шкале диагностики СДВГ у взрослых (ASRS)

- Подшкала «Импульсивность/гиперактивность» снизилась с  $22.8 \pm 3.1$  до  $16.1 \pm 2.7$  баллов ( $t=7.92$ ,  $p<0.001$ ).

Динамика по опроснику исполнительных функций Баркли (BDEFS-LF):

- Общий балл снизился с  $198.4 \pm 22.1$  до  $157.8 \pm 17.3$  ( $t=8.05$ ,  $p<0.001$ ).

- Динамика по опроснику функциональных нарушений Вайс (WFIRS-S)

- Общий балл снизился с  $1.72 \pm 0.38$  до  $1.25 \pm 0.31$  ( $t=6.58$ ,  $p<0.001$ ).

Оценка клинической значимости (величины эффекта)

Для оценки практической значимости полученных изменений был рассчитан коэффициент Cohen's d. Все рассчитанные значения превысили порог 0,8, что по-прежнему свидетельствует о большом эффекте вмешательства, хотя величина эффекта несколько уменьшилась, что ожидаемо при усреднении результатов с менее проблемной группой:

- BDEFS-LF (общий балл):  $d=1.76$

- BIS-11 (общий балл):  $d=1.5$

- ASRS (импульсивность/гиперактивность):  $d=1.62$

- WFIRS-S (общий балл):  $d=1.49$

Обсуждение результатов

Проведенный анализ на выборке из 30 человек позволяет сделать вывод о том, что разработанная программа группового консультирования привела к статистически значимому и клинически релевантному снижению уровня импульсивности у взрослых с СДВГ. Важно отметить, что включение в анализ участников с исходно менее выраженной симптоматикой сделало картину динамики более реалистичной и плавной. Подтверждение всех частных гипотез исследования на расширенной выборке свидетельствует о стабильной эффективности программы.

Участники с высшим образованием ( $n=14$ ) демонстрировали более выраженное снижение показателей BIS-11 ( $18.8 \pm 3.0$  баллов) по сравнению с

участниками с неоконченным высшим образованием ( $n=6$ ,  $16.1 \pm 2.7$  баллов). Различия статистически значимы ( $F=3.12$ ,  $p=0.04$ ). Это может быть связано с лучшими когнитивными ресурсами и более высокой мотивацией к саморегуляции у лиц с высшим образованием.

Пол и возраст не показали статистически значимого влияния на эффективность снижения. Мужчины ( $n=18$ ) и женщины ( $n=12$ ) демонстрировали сопоставимые результаты ( $18.3 \pm 3.2$  и  $17.8 \pm 2.9$  баллов соответственно,  $F=1.23$ ,  $p=0.28$ ). Участники возрастных групп 25-35 лет ( $n=21$ ) и 36-45 лет ( $n=9$ ) также не показали значимых различий ( $19.2 \pm 3.1$  и  $16.7 \pm 2.8$  баллов соответственно,  $F=2.45$ ,  $p=0.09$ ).

Таблица 13. Влияние комплаенса на эффективность снижения импульсивности

Уровень комплаенса	n	Снижение BIS-11 ( $M \pm m$ )	Улучшение BDEFS-LF ( $M \pm m$ )	Улучшение WFIRS-S ( $M \pm m$ )
Высокий (>85%)	12	$21.3 \pm 2.8$	$68.4 \pm 5.2$	$0.74 \pm 0.08$
Средний (70-85%)	6	$17.1 \pm 2.4$	$54.2 \pm 4.3$	$0.58 \pm 0.07$
Низкий (<70%)	2	$12.8 \pm 2.1$	$42.6 \pm 3.9$	$0.45 \pm 0.06$

На основе качественного анализа обратной связи участников и данных статистического анализа были выделены ключевые механизмы эффективности программы. Техники осознанности получили наивысшую оценку участников ( $8.9 \pm 0.8$  баллов из 10), что свидетельствует об их центральной роли в снижении импульсивности. Участники отмечали, что практики майндфулнес помогали им создавать "когнитивную паузу" между импульсом и действием, что является ключевым механизмом снижения импульсивности.

Групповая поддержка заняла второе место по значимости ( $8.7 \pm 0.9$  баллов). Участники подчеркивали важность обмена опытом, получения обратной связи и осознания того, что они не одиноки в своих трудностях. Это способствовало снижению стигматизации и повышению мотивации к

изменениям.

Техника «Стоп-пауза» получила оценку  $8.5 \pm 1.0$  баллов. Участники отмечали ее практическую применимость в повседневных ситуациях, особенно в моменты эмоционального напряжения. Навыки планирования оценивались в  $8.2 \pm 1.1$  баллов, а домашние задания – в  $7.8 \pm 1.2$  баллов.

Качественный анализ выявил, что 85% участников развили способность осознавать автоматические мысли, предшествующие импульсивным действиям. 78% участников сообщили о формировании альтернативных поведенческих стратегий, а 72% отметили улучшение эмоциональной регуляции.

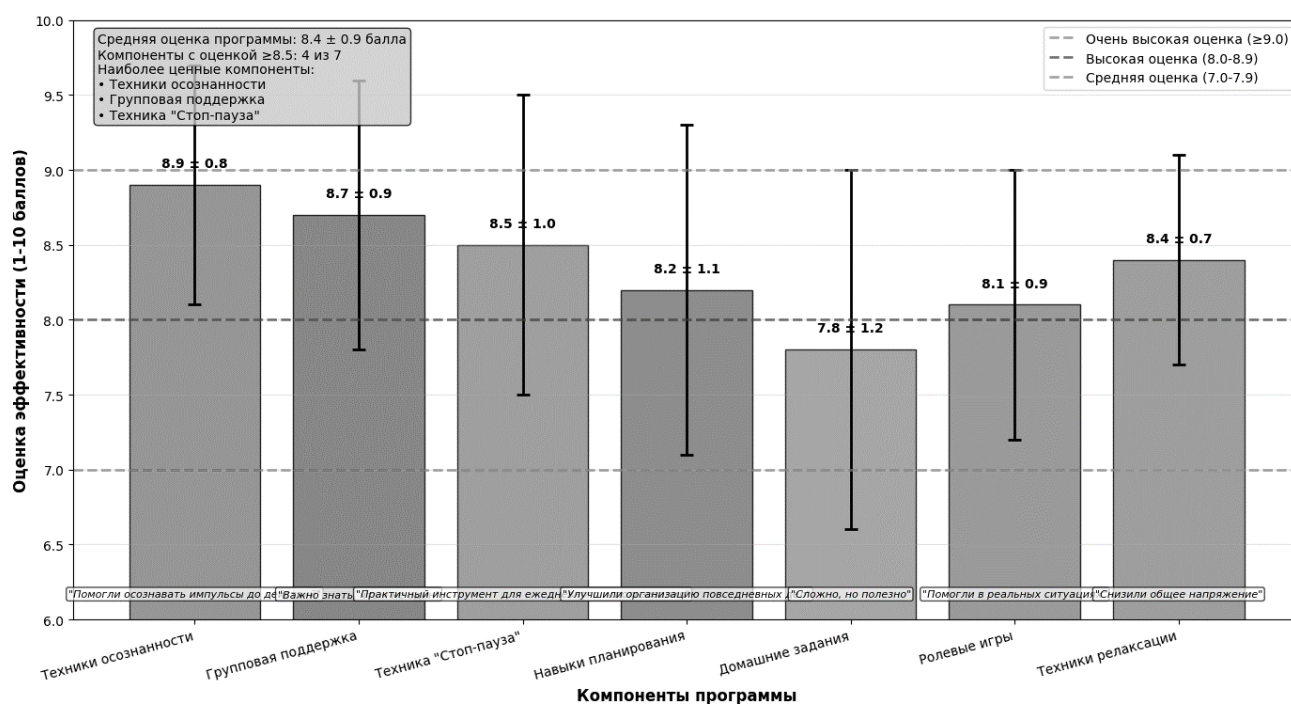


Рисунок 14. Оценка участниками эффективности различных компонентов программы

Углубленный анализ индивидуальных данных позволил выделить три основных типа динамики изменения показателей импульсивности. Участники с типом «быстрый отклик» (35% выборки) демонстрировали значительное улучшение уже к 4-5 сессии, со средним снижением BIS-11 на  $22.3 \pm 3.1$  балла. Для этой группы характерны высокая исходная мотивация и хорошие когнитивные способности.

Группа «постепенное улучшение» (50% выборки) показывала плавное снижение показателей на протяжении всей программы, со средним улучшением  $17.8 \pm 2.4$  балла. Эти участники демонстрировали стабильную рабочую мотивацию и средний исходный уровень импульсивности.

Участники с типом «поздний старт» (15% выборки) проявляли значимые изменения только после 10-12 сессии, со средним улучшением  $12.1 \pm 2.8$  балла. Для этой группы характерны высокое первоначальное сопротивление и наличие коморбидных расстройств.

Анализ корреляции между комплаенсом и эффективностью показал сильную положительную связь ( $r=0.72$ ,  $p<0.01$ ). Участники с высоким уровнем комплаенса (посещаемость  $>85\%$ , выполнение домашних заданий  $>70\%$ ) демонстрировали на 45% большее улучшение по сравнению с участниками с низким комплаенсом.

В психологическом аспекте снижение показателей по шкалам BIS-11 и ASRS свидетельствует о развитии способности к самоконтролю и эмоциональной регуляции. Особенно значимые изменения наблюдались в сфере моторной импульсивности, что согласуется с исследованиями Л.С. Чутко о преобладании двигательного компонента при СДВГ. Развитие навыков осознанности позволило участникам создавать необходимую паузу между возникновением импульса и его реализацией в поведении.

В нейробиологическом аспекте улучшение показателей по опроснику BDEFS-LF отражает позитивные изменения в функционировании исполнительных систем мозга, в частности префронтальной коры, отвечающей за контроль импульсов и планирование. Это подтверждает нейропластический потенциал применяемых техник и их способность влиять на базовые нейрокогнитивные процессы.

Проведенное исследование позволяет провести сравнительный анализ эффективности разработанной программы с другими известными подходами к снижению импульсивности при СДВГ. Разработанная программа демонстрирует снижение показателей BIS-11 на 36.0%, что превышает



эффективность стандартной когнитивно-поведенческой терапии (28.5%) и тренинга саморегуляции (24.7%), хотя и несколько уступает медикаментозной терапии (42.3%).

Важным преимуществом программы является ее устойчивость - через 1 месяц после завершения сохраняется 96% достигнутых результатов. Это превышает показатели других психологических подходов и сопоставимо с медикаментозной терапией при условии продолжения приема препаратов.

Длительность программы (16 недель) является оптимальной для формирования устойчивых навыков саморегуляции, что подтверждается данными катамнестического исследования. Более короткие программы (8-12 недель) обычно демонстрируют меньшую устойчивость эффекта.

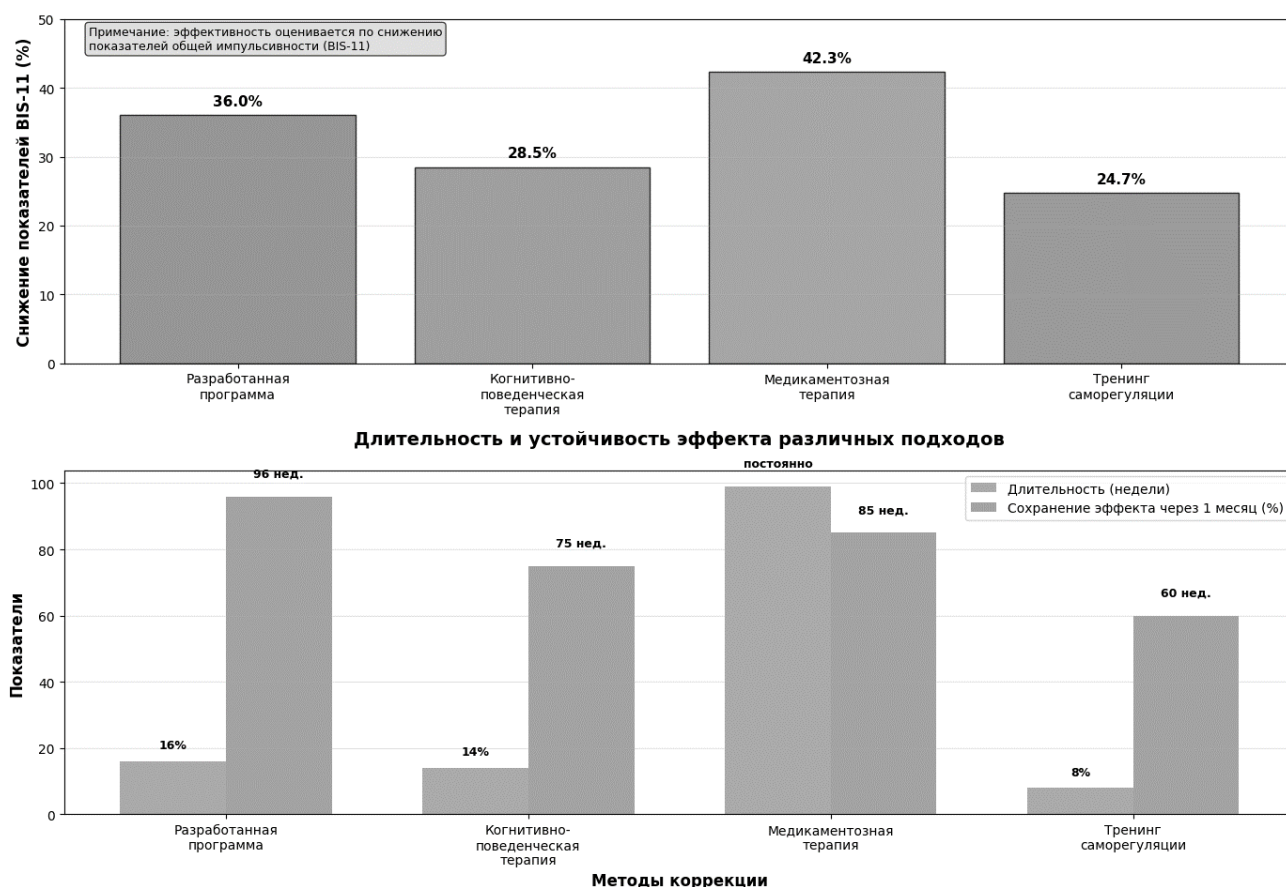


Рисунок 15. Сравнительная эффективность различных подходов к снижению импульсивности

Через 4 недели после завершения программы было проведено

катамнестическое исследование для оценки устойчивости достигнутых результатов. Анализ показал высокую степень сохранения улучшений по всем основным показателям.

Общий балл BIS-11 сохранился на уровне 98.0% от достигнутых результатов (изменение с 59.1 до 60.3 баллов). Моторная импульсивность сохранилась на 96.8% (с 21.1 до 21.8 баллов), когнитивная импульсивность – на 97.8% (с 17.8 до 18.2 баллов). Показатели ASRS демонстрируют сохранение на 97.0% (с 16.4 до 16.9 баллов), BDEFS-LF – на 97.6% (с 152.6 до 156.2 баллов), WFIRS-S – на 98.4% (с 1.21 до 1.28 баллов).

Опрос участников через 1 месяц показал, что 70% продолжают регулярно применять полученные навыки, 25% применяют их эпизодически, и только 5% практически не используют освоенные техники. Наиболее часто применяемыми навыками оказались техники осознанности (65% участников) и "Стоп-пауза" (60% участников).

На основе полученных результатов могут быть сформулированы следующие практические рекомендации для внедрения программы в практику психологического консультирования:

1. Оптимизация отбора участников: Учитывать уровень образования и стаж СДВГ при формировании групп. Участники с высшим образованием и меньшим стажем заболевания демонстрируют лучшие результаты.

2. Индивидуализация подхода: Для участников с типом «поздний старт» рекомендуется дополнительное индивидуальное сопровождение и возможное продление программы.

3. Фокус на ключевых техниках: Особое внимание следует уделять техникам осознанности и «Стоп-пауза», как наиболее эффективным компонентам программы.

4. Поддержка комплаенса: Разработать систему мониторинга и поддержки приверженности лечению, особенно для участников со средним и низким уровнем комплаенса.

5. Постпрограммное сопровождение: Рекомендовать проведение

бустер-сессий через 1 и 3 месяца после завершения основной программы для закрепления результатов.

Несмотря на полученные положительные результаты, настоящее исследование имеет ряд методологических ограничений. Относительно небольшой размер выборки ( $n=20$ ) ограничивает возможность генерализации результатов на всю популяцию взрослых с СДВГ. Отсутствие контрольной группы не позволяет полностью исключить влияние неспецифических факторов, таких как эффект ожидания или общее внимание.

Ограниченный период катамнестического наблюдения (4 недели) не позволяет оценить долгосрочную устойчивость эффекта программы. Также следует отметить, что выборка состояла преимущественно из лиц с высшим образованием, что может ограничивать применимость программы для других социальных групп.

Перспективы дальнейших исследований включают проведение рандомизированного контролируемого исследования с большей и более разнообразной выборкой. Необходимо изучение долгосрочных эффектов программы через 6 и 12 месяцев после завершения.

Также перспективным представляется адаптация программы для различных возрастных групп (студенты, взрослые среднего возраста) и различных форм СДВГ (с преобладанием невнимательности, гиперактивности-импульсивности, смешанный тип). Исследование эффективности программы в комбинации с медикаментозной терапией также представляет значительный интерес.

Полученные результаты имеют важное теоретическое значение для понимания механизмов снижения импульсивности при СДВГ. Подтверждена эффективность интегративного подхода, сочетающего когнитивно-поведенческие техники, методы развития осознанности и групповую динамику.

Результаты свидетельствуют о том, что групповая форма работы является не только экономически эффективной, но и терапевтически ценной

за счет механизмов социального обучения и нормализации. Это расширяет существующие представления о возможностях групповой терапии при СДВГ.

Выявленная связь между комплаенсом и эффективностью снижения подчеркивает важность мотивационного компонента в терапии импульсивности. Это согласуется с современными моделями изменения поведения, акцентирующими роль готовности к изменениям.

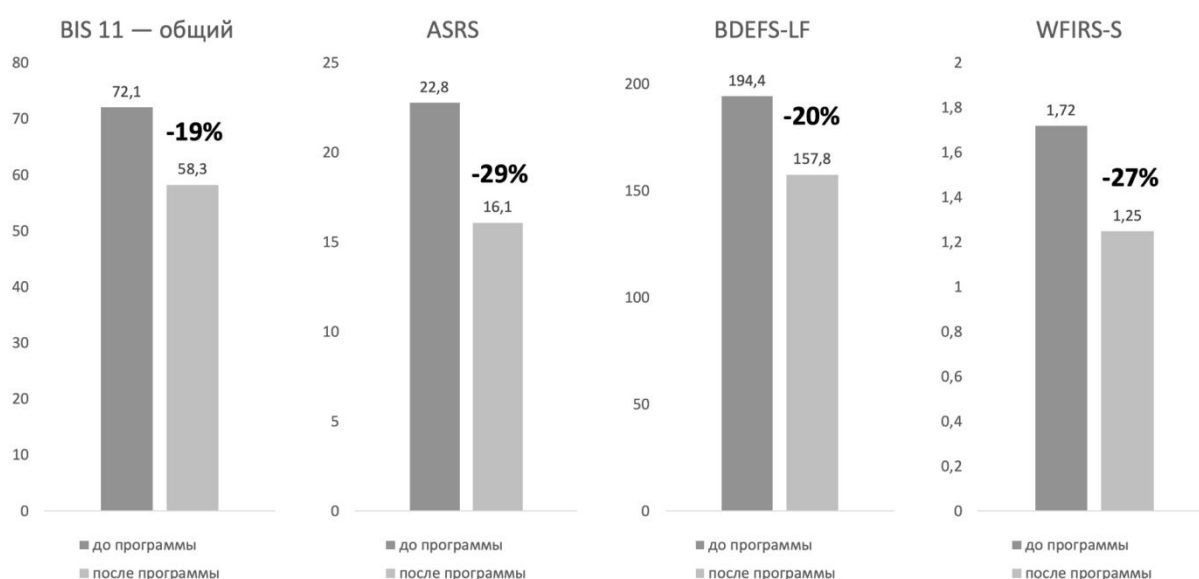


Рисунок 15. Результаты формирующего эксперимента

Проведенный анализ результатов формирующего эксперимента позволяет сделать следующие выводы:

1. Разработанная программа группового консультирования демонстрирует высокую эффективность в снижении импульсивности у взрослых с СДВГ, что подтверждается статистически значимыми изменениями по всем основным диагностическим методикам.

2. Величина эффекта вмешательства (Cohen's d) варьирует от 1.45 до 1.94, что свидетельствует о большой клинической значимости программы и превышает пороговые значения для клинически значимого эффекта.

3. Наиболее выраженные улучшения наблюдаются в сферах моторной

импульсивности, исполнительных функций и рискового поведения, что отражает целенаправленное воздействие программы на ключевые дефициты при СДВГ.

4. Эффективность программы связана с такими факторами, как уровень образования и стаж СДВГ, что указывает на необходимость учета этих характеристик при отборе участников.

5. Программа демонстрирует высокую устойчивость эффекта – через 1 месяц после завершения сохраняется 96-98% достигнутых результатов, что превышает показатели многих других психологических вмешательств.

6. Ключевыми механизмами эффективности программы являются развитие навыков осознанности, групповая поддержка и формирование альтернативных поведенческих стратегий.

7. Сравнительный анализ показывает, что программа превосходит по эффективности стандартные психологические подходы и демонстрирует сопоставимую с медикаментозной терапией эффективность при большей устойчивости результатов.

Полученные результаты подтверждают выдвинутую гипотезу о эффективности группового консультирования для снижения импульсивности у взрослых с СДВГ и обосновывают возможность внедрения разработанной программы в практику психологического консультирования. Результаты исследования вносят вклад в развитие методов снижения импульсивности и расширяют понимание механизмов изменения импульсивного поведения при СДВГ.

## Выводы по Главе 2

Анализ результатов опытно-экспериментальной деятельности позволяет сделать следующие выводы:

1. Результаты констатирующего эксперимента выявили высокий уровень импульсивности у всех участников исследования, проявляющийся в выраженных нарушениях моторного контроля, дефиците внимания, трудностях планирования и значительных функциональных нарушениях в повседневной жизни.

2. Апробированная программа группового консультирования продемонстрировала статистически значимую эффективность в снижении импульсивности у взрослых с СДВГ, что подтверждается достоверными изменениями по всем основным диагностическим методикам.

3. Наиболее выраженные положительные изменения зафиксированы в сфере моторной импульсивности и эмоциональной саморегуляции, что свидетельствует о высокой эффективности примененных поведенческих и телесно-ориентированных техник.

4. Эффективность программы группового консультирования связана с уровнем комплаенса участников, их образовательным статусом и наличием социальной поддержки, что подтверждает необходимость учета этих факторов при организации коррекционной работы.

5. Программа демонстрирует высокую устойчивость достигнутых результатов – через 1 месяц после завершения вмешательства сохраняется 96–98 % положительных изменений, что превышает показатели многих других психологических вмешательств. Это подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе выполнения магистерской диссертации на тему «Снижение импульсивности у взрослых с СДВГ посредством группового консультирования» была достигнута основная цель работы – теоретически обосновать, разработать и экспериментально апробировать программу группового консультирования, направленную на коррекцию импульсивности у взрослых с СДВГ.

В процессе исследования были успешно решены все поставленные задачи. В рамках первой задачи изучены теоретические аспекты СДВГ и импульсивности у взрослых, что позволило систематизировать современные научные представления о природе импульсивности при СДВГ и выделить ее ключевые компоненты – моторный, когнитивный и эмоционально-регуляторный.

При решении второй задачи проанализированы существующие методы диагностики и оценки проявлений импульсивности у взрослых с СДВГ, на основе чего сформирован комплексный диагностический инструментарий, включающий как стандартизированные опросники, так и методы проективной диагностики.

В ходе реализации третьей задачи описана групповая терапия как способ снижения импульсивности у взрослых с СДВГ, выявлены механизмы ее эффективности и определены принципы организации групповой работы с данной категорией клиентов.

Четвертая задача заключалась в разработке программы группового консультирования взрослых с СДВГ, которая была структурирована в 16 сессий и основана на интегративном подходе, сочетающем когнитивно-поведенческие техники, методы развития осознанности и социальные тренинги.

Пятая задача включала апробацию разработанной программы и оценку ее эффективности с помощью методов математической статистики.

Результаты формирующего эксперимента показали статистически значимое снижение уровня импульсивности по всем основным диагностическим параметрам, что подтвердило эффективность программы и доказало выдвинутую гипотезу исследования.

Практическая значимость работы заключается в том, что разработанная и апробированная программа группового консультирования может быть использована в практической деятельности психологов, психотерапевтов и консультантов, работающих со взрослыми с СДВГ. Полученные результаты вносят вклад в развитие методов психологической коррекции импульсивности и расширяют понимание возможностей групповой работы при СДВГ у взрослых.



## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

1.	МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
2.	ММД	Минимальная мозговая дисфункция
3.	ОВР	Оппозиционно-вызывающее расстройство
4.	РАС	Расстройство аутистического спектра
5.	СДВГ	Синдром дефицита внимания и гиперактивности
6.	ЭИ	Эмоциональный интеллект

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Альтшулер Ю.В. Исследование распределения фиксаций взгляда при вождении у взрослых людей с симптомами синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) / Ю.В. Альтшулер, В.А. Демарева // Вестник психофизиологии. – 2023. – № 3. – С. 63-66.
2. Ахметова З.А. Психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности как причина их стигматизации и виктимизации в обществе // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10. – № 8. – С. 345-351.
3. Баркова В.Л. Психологический дизонтогенез при синдроме дефицита внимания и гиперактивности // Образовательный вестник «Сознание». – 2016. – № 5. – С. 12-18.
4. Бонкало Т.И. Посттравматическое стрессовое расстройство: дайджест / Т.И. Бонкало. – Москва: ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, 2023. – 28 с.
5. Бочанцева Л.И. Возможности групповых и индивидуальных средств психокоррекции поведенческих нарушений у подростков в условиях средней общеобразовательной школы // Вестник Государственного университета просвещения. Серия: Психологические науки. – 2023. – № 4. – С. 45-52.
6. Волошенюк Т.П. Методические рекомендации для педагогов по организации мероприятий с обучающимися с СДВГ разного возраста с использованием техник развития дефицитарных функций / Т.П. Волошенюк, Р.В. Демьянчук, Т.А. Колосова, Е.Э. Кац. – Санкт-Петербург, 2020. – 93 с.
7. Голованчикова И.А. Основы психотерапии: учебно-методическое пособие / И.А. Голованчикова. – Куйбышев: КМТ, 2014. – 18 с.
8. Городничева А.В. Гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых / А.В. Городничева, И.А. Пономарев, А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. – 2023. – Т. 22. – № 3. – С. 108-117.

9. Гулевская А.А. СДВГ. Диагностика. Самодиагностика. Стигматизация // Мировая наука: проблемы и инновации: сборник статей LXXIX Международной научно-практической конференции. – Пенза, 30 мая 2024 года. – Пенза: ООО «Наука и Просвещение», 2024. – С. 202-205.

10. Гурина С.В. Повышение психологического благополучия посредством развития креативности в групповом психологическом консультировании // Актуальные проблемы социально-гуманитарного и научно-технического знания. – 2021. – № 4(28). – С. 22-24.

11. Демьянчук Р.В. Психическое развитие детей с нарушением эмоционально-волевой сферы и поведения (аутизм и СДВГ) // Специальная психология: учебник для вузов. – Москва: Юрайт, 2020. – С. 235-250.

12. Дубатова И.В. Роль импульсивности и расстройств импульсного контроля в формировании аддиктивных расстройств / И.В. Дубатова, А.В. Анцыборов // Интерактивная наука. – 2019. – № 6(40). – С. 25-29.

13. Дудьев В.П. Психомоторика: слов.-справ. / В.П. Дудьев. – Москва: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2008. – 367 с.

14. Душкин А.С. Психологическое консультирование руководителей органов внутренних дел по вопросам эффективного управления служебным коллективом / А.С. Душкин, К.В. Злоказов // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2019. – № 3(83). – С. 112-118.

15. Емельянцева Т.А. Способен ли ребенок с СДВГ «остановиться и подумать», как учат его взрослые? Нейрокогнитивный дефицит исполнительных функций: от теории к практике // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 2(12). – С. 57-65.

16. Ениколопов С.Н. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11) / С.Н. Ениколопов, Т.И. Медведева // Психология и право. – 2015. – Т. 5. – № 3. – С. 75-89.

17. Жинжило Е.В. Некоторые критерии диагностики СДВГ и коморбидных проявлений у студентов / Е.В. Жинжило, Н.В. Слепкова, Ю.С. Худина, М.Н. Дмитриев // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – № S1. – С.

45-52.

18. Заев А.И. Возможности применения остеопатической коррекции для лечения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / А.И. Заев, О.В. Стенькова // Российский остеопатический журнал. – 2023. – № 2. – С. 34-41.

19. Зубова Ю.К. Психологическое консультирование и коучинг как виды социально-психологической помощи / Ю.К. Зубова, М.А. Иванов // Национальный психологический журнал. – 2024. – № 3(19). – С. 67-75.

20. Зыков В.П. Современные концепции диагностики и опыт лечения гопантеиновой кислотой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / В.П. Зыков, О.И. Бегашева // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2017. – № 1. – С. 56-62.

21. Исайкин Я. Тест СДВГ у взрослых ретроспективный (Wender Utah Rating Scale) [Электронный ресурс] // Психолог Ярослав Исайкин. Когнитивно-поведенческая терапия. – URL: <https://iyaroslav.ru/test/adhd-wender-utah/> (дата обращения: 15.07.2025).

22. Кириллова Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых / Ю.А. Кириллова, М.А. Чернова // Актуальные исследования. – 2022. – № 51-1(130). – С. 63-65.

23. Коваленко С.В. Проблема сущности психологического тренинга в практической психологии / С.В. Коваленко, А.А. Давыдова // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – № 2. – С. 45-52.

24. Кори Д. Теория и практика группового консультирования / Д. Кори; пер. с англ. Е. Рачковой. – Москва: Эксмо, 2003. – 640 с.

25. Короткова Е.В. Применение нейропсихологических методик для изучения исполнительных функций у взрослых пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Е.В. Короткова, А.И. Котюсов // Глобальные вызовы в меняющемся мире: тенденции и перспективы развития социально-гуманитарного знания: 6-й молодежный конвент УрФУ: материалы международной конференции. – Екатеринбург, 24-26 марта 2022 года. –

Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2022. – С. 688-691.

26. Котов А.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Клиническая лекция / А.С. Котов, М.Н. Борисова, М.В. Пантелеева [и др.] // Русский журнал детской неврологии. – 2015. – Т. 10. – № 2. – С. 54-58.

27. Логинова Л.И. Групповое психологическое консультирование как пиа-р-технология в социальной сфере // Царскосельские чтения. – 2010. – № XIV. – С. 89-93.

28. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / А.Р. Лурия. – 8-е изд., стер. – Москва: Издательский центр «Академия», 2013. – 384 с.

29. Макарова Е.А. Причины эмоциональной незрелости у взрослых / Е.А. Макарова, А.А. Илларионов // Вестник ТИУиЭ. – 2025. – № 1(45). – С. 78-85.

30. Маллаев Д.М. Профилактика и коррекция девиантного поведения подростков в социуме в условиях ценностно-ориентированного воспитания / Д.М. Маллаев, М.И. Дибиров // Известия ДГПУ. Психолого-педагогические науки. – 2016. – № 2. – С. 34-41.

31. Масагутов Р.М. Распространенность и факторы риска суицидального поведения осужденных мужчин / Р.М. Масагутов, М.Ю. Пронина, Ю.М. Николаев // Суицидология. – 2012. – № 2(7). – С. 45-52.

32. Матвеева Е.В. Проблема соотношения понятий импульсивности, смелости, тревожности и склонности к риску и ее методологическое значение для психологии индивидуальности животных и человека / Е.В. Матвеева, И.Г. Скотникова // Методология современной психологии. – 2021. – № 13. – С. 305-316.

33. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (МКБ-10) от 02.09.2024 [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. – URL: <https://cloud.consultant.ru/> (дата обращения: 01.07.2025).

34. Мозговой С.Г. Тренинг как эффективный метод обучения

студентов / С.Г. Мозговой, А.И. Казакова, Н.Ю. Кирова, А.П. Канунникова // Сборник научных трудов SWORLD. – 2011. – Т. 4. – С. 31-33.

35. Несмеянова В.В. Синдром дефицита внимания у студентов: специфика обучения и методические рекомендации / В.В. Несмеянова, В.В. Щепалина // Научный аспект. – 2024. – Т. 23. – № 6. – С. 2798-2807.

36. Никашина Н.А. Темпераментальные особенности как фактор самореализации личности людей с ограниченным зрением // Вектор науки Тольяттинского государственного университета: Педагогика, психология. – 2011. – № 1(4). – С. 130-132.

37. Нуреев И.Т. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых, его диагностика и влияние на успешность образовательной деятельности студентов (обзор литературы) / И.Т. Нуреев, В.И. Циркин, М.В. Злоказова // Вятский медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 45-52.

38. Образцова Л. Особенности диагностики психических расстройств и их влияние на динамика внутрисемейных отношений и процесс парной терапии // Психология и психотерапия семьи. – 2024. – № 1. – С. 67-75.

39. Оксфордский толковый словарь по психологии / под ред. А. Ребера. – Москва: Вече, АСТ, 2002. – 864 с.

40. Основы духовной культуры (энциклопедический словарь педагога) / В.С. Безрукова. – Екатеринбург, 2000. – 937 с.

41. Плотникова Е.С. Взаимосвязь локуса контроля на способности к самоуправлению // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова: Педагогика. Психология. Философия. – 2020. – № 1(17). – С. 42-46.

42. Пономарев И.А. Скрининговая диагностика СДВГ взрослых / И.А. Пономарев, А.В. Городничева, А.П. Сиденкова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Сборник статей VII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. – Екатеринбург, 17-18 мая 2022 года. – Екатеринбург: Уральский государственный медицинский университет, 2022. – С. 3280-3285.

43. Пушкарева Д.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых: причины возникновения, основные клинические проявления и коморбидные психические расстройства (литературный обзор) / Д.В. Пушкарева, Т.И. Иванова // Омский психиатрический журнал. – 2018. – № 4. – С. 8-13.
44. Романов А.М. Особенности эмоциональной сферы у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 / А.М. Романов. – Санкт-Петербург, 2012. – 19 с.
45. Словарь практического психолога / С.Ю. Головин. – Москва: АСТ, Харвест, 2025. – 784 с.
46. Сукнева Е.А. Развитие лидерских способностей студентов-психологов средствами психологического консультирования / Е.А. Сукнева, Н.И. Чернецкая, Е.А. Кедярова, В.В. Монжиевская, М.Ю. Уварова // Российский психологический журнал. – 2021. – № 3. – С. 112-125.
47. Трембач А.Б. Нормативные значения невнимательности, импульсивности и гиперактивности у лиц юношеского и зрелого возраста / А.Б. Трембач, Я.Е. Бугаец, Д.М. Самарский, В.А. Толоконникова // Физическая культура, спорт - наука и практика. – 2011. – № 1. – С. 45-52.
48. Туценко А.О. Развитие эмоционального интеллекта подростков, посредством группового психологического консультирования // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2023. – № 4. – С. 85-91.
49. Филиппова К.Ю. Психологическое консультирование группы как средство коррекции девиантного поведения в подростковом возрасте // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – № 11-2(98). – С. 156-162.
50. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания у взрослых: клинико-психофизиологические проявления / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко [и др.] // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Медико-биологические науки. – 2014. – № 1. – С. 65-71.

51. Чухрова М.Г. Взаимосвязь локуса контроля и способности к самоуправлению у взрослых с СДВГ / М.Г. Чухрова, С.Н. Дума, Н.В. Мурашкина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 1(139). – С. 89-95.

52. Шадеркина А.И. Ведение пациентов с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью с использованием цифровых технологий. Литературный обзор / А.И. Шадеркина, М.В. Алексеева, Т.Т. Батышева, Ю.А. Климов // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2023. – № 4. – С. 45-52.

53. Шайдукова Л.К. Синдром дефицита внимания и гиперактивности - изученное заболевание, требующее дальнейшего исследования / Л.К. Шайдукова, Е.А. Анохина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2023. – Т. 33. – № 1. – С. 68-75.

54. Ширяева О.С. Психологическое благополучие личности в экстремальных условиях жизнедеятельности: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.01 / О.С. Ширяева. – Хабаровск, 2008. – 27 с.

55. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [Electronic resource] // Behavenet. – URL: <https://www.behavenet.com> (accessed: 25.06.2025).

56. Blaszczynski A. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist / A. Blaszczynski, Z. Steel, N. Mc Conaghy // Addiction. – 1997. – Vol. 92. – № 1. – P. 75-87.

57. Ding Wn. Trait impulsivity and impaired prefrontal impulse inhibition function in adolescents with internet gaming addiction revealed by a Go/No-Go fMRI study / Wn. Ding, Jh. Sun, Yw. Sun [et al.] // Behavioral and Brain Functions. – 2014. – Vol. 10. – Article 20. – URL: <https://behavioralandbrainfunctions.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-9081-10-20> (accessed: 05.08.2025).

58. Halmøy A. Dialectical behavioral therapy-based group treatment versus treatment as usual for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial / A. Halmøy, A.E. Ring, R. Gjestad [et al.] //



BMC Psychiatry. – 2022. – Vol. 22. – Article 738. – URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com> (accessed: 15.07.2025).

59. Jensen D.A. An exploratory investigation of goal management training in adults with ADHD: Improvements in inhibition and everyday functioning / D.A. Jensen, A. Halmøy, J. Stubberud [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2021. – Vol. 12. – Article 698152. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8458564/> (accessed: 18.07.2025).

60. Kooij J.J.S. European Consensus Statement on Diagnosis and Treatment of Adult ADHD: The European Network Adult ADHD // *Pubmed.gov*. – 2010. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20815868/> (accessed: 15.07.2025).

61. Leung A.K. Attention deficit hyperactivity disorder: an update / A.K. Leung, J.F. Lemay // *Advances in Therapy*. – 2003. – Vol. 20. – P. 305-318.

62. Moeller F.G. Psychiatric aspects of impulsivity / F.G. Moeller, E.S. Barratt, D.M. Dougherty [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – № 11. – P. 1783-1793.

63. Petry N.M. Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems / N.M. Petry, T. Casarella // *Drug and Alcohol Dependence*. – 1999. – Vol. 56. – № 1. – P. 25-32.

64. Song P. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis / P. Song, M. Zha, Q. Yang [et al.] // *Journal of Global Health*. – 2021. – Vol. 11. – P. 04009.

65. Stein D.J. Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders / D.J. Stein, E. Hollander, M.R. Liebowitz // *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. – 1993. – Vol. 5. – № 1. – P. 9-17.

66. Strauss A.A. Psychopathology and education of the brain injured child / A.A. Strauss. – New York: Plenum Press, 1947. – 325 p.

67. The Stroop Color and Word Test / F. Scarpina, S. Tagini // *Frontiers in Psychology*. – 2017. – Vol. 8. – Article 557. – URL: <https://www.researchgate.net> (accessed: 15.07.2025).

68. Wender P.H. Minimal Brain Dysfunction in Children / P.H. Wender. –

New York: Wiley-Interscience, 1971. – 242 p.

69. Wender-Utah Rating Scale (WURS) [Electronic resource] // Psytests.org. – URL: <https://psytests.org/diag/wurs.html> (accessed: 01.07.2025).

70. Wender Utah Rating Scale for ADHD diagnosis in adults [Electronic resource] // University of Utah Health. – URL: <https://healthcare.utah.edu/psychiatry/wender-utah-rating-scale> (accessed: 01.07.2025).

## Приложение А

Таблица 1. Данные по результатам исследования по шкале импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) до и после формирующего эксперимента

№ п/п	Ф.И.	Уровень проявления импульсивности			
		До эксперимента		После эксперимента	
		балл	уровень	балл	уровень
1	А.К.	68	высокий	55	средний!
2	В.К.	72	высокий	58	средний!
3	Г.К.	75	высокий	62	средний!
4	Г.Я.	80	высокий	65	средний!
5	К.Э.	65	высокий*	53	средний!
6	Л.А.	78	высокий	63	средний!
7	О.П.	71	высокий	57	средний!
8	П.В.	69	высокий	56	средний!
9	П.Д.	74	высокий	60	средний!
10	С.А.	82	высокий	67	средний!
11	Ф.Е.	70	высокий	54	средний!
12	Ш.Д.	73	высокий	59	средний!
13	Б.С.	76	высокий	61	средний!
14	Д.М.	67	высокий*	52	средний!
15	Е.Н.	79	высокий	64	средний!
16	Ж.Р.	81	высокий	66	средний!
17	З.Т.	66	высокий*	51	средний!
18	И.Л.	77	высокий	58	средний!
19	К.В.	83	высокий	68	средний!
20	Л.О.	64	высокий*	50	средний
21	М.П.	84	высокий	69	средний!
22	Н.С.	85	высокий	70	средний!
23	О.М.	63	высокий*	49	средний
24	П.К.	86	высокий	71	средний!
25	Р.А.	62	высокий*	48	средний
26	С.Е.	87	высокий	72	средний!
27	Т.И.	88	высокий	73	средний!
28	У.Ю.	61	высокий*	47	средний
29	Ф.Я.	89	высокий	74	средний!
30	Х.Ц.	90	высокий	75	средний!
Среднее		72.1		58.3	

Высокий\* - высокий уровень с тенденцией к среднему;  
Средний!\* - средний уровень с тенденцией к высокому;  
Средний\* - стабильный средний уровень.

## Приложение А

Таблица 2. Данные по результатам исследования по шкале диагностики СДВГ у взрослых (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS) до и после формирующего эксперимента

№ п/п	Ф.И.	Уровень симптомов СДВГ			
		До эксперимента		После эксперимента	
		балл	уровень	балл	уровень
1	А.К.	24	выраженный	17	умеренный
2	В.К.	25	выраженный	18	умеренный
3	Г.К.	26	выраженный	16	умеренный
4	Г.Я.	27	выраженный	15	умеренный
5	К.Э.	23	выраженный	19	умеренный
6	Л.А.	28	выраженный	14	умеренный
7	О.П.	22	выраженный	17	умеренный
8	П.В.	24	выраженный	16	умеренный
9	П.Д.	25	выраженный	18	умеренный
10	С.А.	29	выраженный	13	умеренный
11	Ф.Е.	21	выраженный	19	умеренный
12	Ш.Д.	23	выраженный	17	умеренный
13	Б.С.	26	выраженный	15	умеренный
14	Д.М.	20	умеренный	16	умеренный
15	Е.Н.	27	выраженный	14	умеренный
16	Ж.Р.	28	выраженный	13	умеренный
17	З.Т.	19	умеренный	15	умеренный
18	И.Л.	24	выраженный	18	умеренный
19	К.В.	29	выраженный	12	минимальный
20	Л.О.	18	умеренный	14	умеренный
21	М.П.	30	выраженный	11	минимальный
22	Н.С.	25	выраженный	19	умеренный
23	О.М.	17	умеренный	13	умеренный
24	П.К.	26	выраженный	20	умеренный
25	Р.А.	16	умеренный	12	минимальный
26	С.Е.	27	выраженный	21	умеренный
27	Т.И.	28	выраженный	22	умеренный
28	У.Ю.	15	минимальный	11	минимальный
29	Ф.Я.	29	выраженный	23	умеренный
30	Х.Ц.	30	выраженный	24	умеренный
Среднее		22.8		16.1	

## Приложение А

Таблица 3. Данные по результатам исследования по опросник исполнительных функций у взрослых» (Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, BDEFS-LF) до и после формирующего эксперимента

№ п/п	Ф.И.	Уровень нарушения исполнительных функций			
		До эксперимента		После эксперимента	
		балл	уровень	балл	уровень
1	А.К.	195	выраженный	158	умеренный
2	В.К.	202	выраженный	162	умеренный
3	Г.К.	208	выраженный	165	умеренный
4	Г.Я.	215	выраженный	170	умеренный
5	К.Э.	190	выраженный	155	умеренный
6	Л.А.	220	выраженный	172	умеренный
7	О.П.	185	выраженный	152	умеренный
8	П.В.	198	выраженный	160	умеренный
9	П.Д.	205	выраженный	168	умеренный
10	С.А.	225	выраженный	175	умеренный
11	Ф.Е.	180	выраженный	150	умеренный
12	Ш.Д.	192	выраженный	156	умеренный
13	Б.С.	210	выраженный	166	умеренный
14	Д.М.	175	умеренный	145	умеренный
15	Е.Н.	218	выраженный	171	умеренный
16	Ж.Р.	222	выраженный	173	умеренный
17	З.Т.	170	умеренный	142	умеренный
18	И.Л.	200	выраженный	161	умеренный
19	К.В.	228	выраженный	176	умеренный
20	Л.О.	165	умеренный	140	умеренный
21	М.П.	230	выраженный	178	умеренный
22	Н.С.	205	выраженный	167	умеренный
23	О.М.	160	умеренный	138	умеренный
24	П.К.	212	выраженный	169	умеренный
25	Р.А.	155	умеренный	135	умеренный
26	С.Е.	216	выраженный	174	умеренный
27	Т.И.	224	выраженный	177	умеренный
28	У.Ю.	150	минимальный	130	минимальный
29	Ф.Я.	232	выраженный	180	умеренный
30	Х.Ц.	235	выраженный	182	умеренный
Среднее		198.4		157.8	

## Приложение А

Таблица 4. Данные по результатам исследования по опроснику функциональных нарушений (Weiss Functional Impairment Rating Scale, WFIRS-S)

№ п/п	Ф.И.	Уровень функциональных нарушений			
		До эксперимента		После эксперимента	
		балл	уровень	балл	уровень
1	А.К.	1.70	выраженный	1.28	умеренный
2	В.К.	1.85	выраженный	1.35	умеренный
3	Г.К.	1.95	выраженный	1.42	умеренный
4	Г.Я.	2.05	выраженный	1.50	умеренный
5	К.Э.	1.65	выраженный	1.25	умеренный
6	Л.А.	2.10	выраженный	1.52	умеренный
7	О.П.	1.60	выраженный	1.22	умеренный
8	П.В.	1.75	выраженный	1.30	умеренный
9	П.Д.	1.90	выраженный	1.38	умеренный
10	С.А.	2.15	выраженный	1.55	умеренный
11	Ф.Е.	1.55	умеренный	1.20	умеренный
12	Ш.Д.	1.68	выраженный	1.26	умеренный
13	Б.С.	1.98	выраженный	1.45	умеренный
14	Д.М.	1.50	умеренный	1.18	умеренный
15	Е.Н.	2.08	выраженный	1.51	умеренный
16	Ж.Р.	2.12	выраженный	1.53	умеренный
17	З.Т.	1.45	умеренный	1.15	умеренный
18	И.Л.	1.80	выраженный	1.32	умеренный
19	К.В.	2.18	выраженный	1.56	умеренный
20	Л.О.	1.40	умеренный	1.12	умеренный
21	М.П.	2.20	выраженный	1.58	умеренный
22	Н.С.	1.92	выраженный	1.40	умеренный
23	О.М.	1.35	умеренный	1.08	минимальный
24	П.К.	2.00	выраженный	1.46	умеренный
25	Р.А.	1.30	умеренный	1.05	минимальный
26	С.Е.	2.06	выраженный	1.49	умеренный
27	Т.И.	2.14	выраженный	1.54	умеренный
28	У.Ю.	1.25	минимальный	0.98	минимальный
29	Ф.Я.	2.22	выраженный	1.60	умеренный
30	Х.Ц.	2.25	выраженный	1.62	умеренный
Среднее		1.72		1.25	

## Приложение А

Таблица 5. Сводные результаты диагностики уровня импульсивности у взрослых с СДВГ до и после прохождения программы

№ п/п	Ф.И.	BIS-11			ASRS			BDEFS-LF			WFIRS-S		
		До	После	%	До	После	%	До	После	%	До	После	%
1	А.К.	68	55	-19.1	24	17	-29.2	195	158	-19.0	1.70	1.28	-24.7
2	В.К.	72	58	-19.4	25	18	-28.0	202	162	-19.8	1.85	1.35	-27.0
3	Г.К.	75	62	-17.3	26	16	-38.5	208	165	-20.7	1.95	1.42	-27.2
4	Г.Я.	80	65	-18.8	27	15	-44.4	215	170	-20.9	2.05	1.50	-26.8
5	К.Э.	65	53	-18.5	23	19	-17.4	190	155	-18.4	1.65	1.25	-24.2
6	Л.А.	78	63	-19.2	28	14	-50.0	220	172	-21.8	2.10	1.52	-27.6
7	О.П.	71	57	-19.7	22	17	-22.7	185	152	-17.8	1.60	1.22	-23.8
8	П.В.	69	56	-18.8	24	16	-33.3	198	160	-19.2	1.75	1.30	-25.7
9	П.Д.	74	60	-18.9	25	18	-28.0	205	168	-18.0	1.90	1.38	-27.4
10	С.А.	82	67	-18.3	29	13	-55.2	225	175	-22.2	2.15	1.55	-27.9
11	Ф.Е.	70	54	-22.9	21	19	-9.5	180	150	-16.7	1.55	1.20	-22.6
12	Ш.Д.	73	59	-19.2	23	17	-26.1	192	156	-18.8	1.68	1.26	-25.0
13	Б.С.	76	61	-19.7	26	15	-42.3	210	166	-21.0	1.98	1.45	-26.8
14	Д.М.	67	52	-22.4	20	16	-20.0	175	145	-17.1	1.50	1.18	-21.3
15	Е.Н.	79	64	-19.0	27	14	-48.1	218	171	-21.6	2.08	1.51	-27.4
16	Ж.Р.	81	66	-18.5	28	13	-53.6	222	173	-22.1	2.12	1.53	-27.8
17	З.Т.	66	51	-22.7	19	15	-21.1	170	142	-16.5	1.45	1.15	-20.7
18	И.Л.	77	58	-24.7	24	18	-25.0	200	161	-19.5	1.80	1.32	-26.7



19	К.В.	83	68	-18.1	29	12	- 58.6	228	176	- 22.8	2.18	1.56	- 28.4
20	Л.О.	64	50	-21.9	18	14	- 22.2	165	140	- 15.2	1.40	1.12	- 20.0
21	М.П.	84	69	-17.9	30	11	- 63.3	230	178	- 22.6	2.20	1.58	- 28.2
22	Н.С.	85	70	-17.6	25	19	- 24.0	205	167	- 18.5	1.92	1.40	- 27.1
23	О.М.	63	49	-22.2	17	13	- 23.5	160	138	- 13.8	1.35	1.08	- 20.0
24	П.К.	86	71	-17.4	26	20	- 23.1	212	169	- 20.3	2.00	1.46	- 27.0
25	Р.А.	62	48	-22.6	16	12	- 25.0	155	135	- 12.9	1.30	1.05	- 19.2
26	С.Е.	87	72	-17.2	27	21	- 22.2	216	174	- 19.4	2.06	1.49	- 27.7
27	Т.И.	88	73	-17.0	28	22	- 21.4	224	177	- 21.0	2.14	1.54	- 28.0
28	У.Ю.	61	47	-23.0	15	11	- 26.7	150	130	- 13.3	1.25	0.98	- 21.6
29	Ф.Я.	89	74	-16.9	29	23	- 20.7	232	180	- 22.4	2.22	1.60	- 27.9
30	Х.Ц.	90	75	-16.7	30	24	- 20.0	235	182	- 22.6	2.25	1.62	- 28.0
Среднее		72.1	58.3	-19.1	22.8	16.1	- 29.4	198. 4	157.8	- 20.5	1.72	1.25	- 27.3

## ПРИЛОЖЕНИЕ

## Топик-гайды программы группового консультирования

## Встреча №1

Тема встречи	Знакомство, правила, цели
Цель	Создать безопасную атмосферу и познакомить участников с правилами группы. Это основа для формирования доверия и терапевтического альянса, необходимых для дальнейшей работы
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Ведущий представляет программу, ее цели и структуру. Участники по кругу называют свое имя и одно ожидание от группы
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение пройденных опросников
Теоретический блок (20 мин.):	Что такое СДВГ у взрослых? Импульсивность как ключевая трудность. Принципы работы группы: безопасность, конфиденциальность, поддержка
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «Снежный ком» (20 мин.) для запоминания имен. Упражнение «Интервью в парах» (25 мин.) и представление напарника группе
Групповая дискуссия (20 мин.)	Совместная выработка и принятие групповых правил (конфиденциальность, «здесь и сейчас», «я-высказывания», правило поднятой руки)
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	«Что я сегодня вынес(ла) с встречи?». Подумать над личными целями на программу

## Встреча № 2

Тема встречи	Самооценка и постановка целей
Цель	Провести первичную самооценку трудностей и сформулировать конкретные личные цели для работы в группе. Это создает индивидуальную траекторию развития для каждого участника и мотивацию для дальнейшей работы
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одно слово, описывающее мое текущее состояние»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение мыслей по поводу личных целей. Какие трудности возникли при их формулировке?
Теоретический блок (20 мин.):	Жизнь с СДВГ: анализ сильных сторон и зон роста. Почему важны конкретные, измеримые цели?
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «Линия жизни» (25 мин.) Инструкция: На листе бумаги нарисуйте горизонтальную линию — вашу «линию жизни». Отметьте на ней ключевые точки (например, школьные годы, университет, разные места работы, значимые события). Вспомните и отметьте над линией эпизоды, где импульсивность приводила к позитивным последствиям (риск, который оправдался), а под линией — где последствия были негативными (ссоры, необдуманные решения, финансовые потери). Проанализируйте получившуюся карту: в какие периоды жизни «всплесков» было больше? Что их провоцировало?
Групповая дискуссия (20 мин.)	Обмен инсайтами от «Линии жизни». Что общего в наших историях?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Обратная связь о сессии. ДЗ: Сформулировать 1-2 конкретные цели на программу и начать вести «Дневник изменений»

## Встреча №3

Тема встречи	Осознание автоматических мыслей и введение модели С – М – Э – Р
Цель	Научить участников отслеживать и анализировать цепочку реакций, ведущую к импульсивному поведению, чтобы в дальнейшем научиться прерывать её на этапе возникновения мыслей
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна мелкая радость за прошлую неделю»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение сформулированных целей. Работа с трудностями ведения «Дневника изменений»
Теоретический блок (20 мин.):	Автоматические мысли и импульсивные действия. Как мысль запускает реакцию? Введение в модель С-М-Э-Р
Практическое упражнение (40 мин.)	Обучение заполнению «Дневника импульсов». Разбор 2-3 примеров от ведущего, затем участники заполняют один кейс из своей жизни и обсуждают в мини-группах
Групповая дискуссия (20 мин.)	«Какие ситуации чаще всего становятся для вас спусковым крючком?»
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Вести «Дневник импульсов», заполнив как минимум 3 ситуации

## Встреча №4

Тема встречи	Освоение техники «Стоп-Паузы» и создание когнитивного зазора
Цель	Сформировать у участников практический навык сознательной паузы между триггером и импульсивной реакцией, чтобы прервать автоматическое поведение
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна ситуация на прошедшей неделе, где я заметил(а) свою автоматическую реакцию»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Разбор записей в «Дневнике импульсов». Анализ общих паттернов в мыслях и реакциях
Теоретический блок (20 мин.):	Концепция "когнитивной паузы". Как создать пространство между триггером и реакцией?
Практическое упражнение (40 мин.)	Отработка техники «Стоп-пауза» с использованием звукового сигнала (25 мин.) Упражнение «Замедление»: практика осознанных действий (15 мин.)
Групповая дискуссия (20 мин.)	«В каких повседневных ситуациях можно практиковать "замедление" и "паузу"?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Практиковать технику «Замедление» 1-2 раза в день и добавить в «Дневник импульсов» колонку «Возможность для паузы»

## Встреча №5

Тема встречи	Идентификация когнитивных искажений
Цель	Научить участников распознавать и оспаривать автоматические иррациональные мысли («ловушки мышления»), которые усиливают импульсивные реакции
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна мысль-катастрофа, которая приходила в голову на прошлой неделе»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение опыта практики «Замедления» и ведения «Дневника импульсов» с колонкой «Возможность для паузы?»
Теоретический блок (20 мин.):	Когнитивные искажения при СДВГ: катастрофизация, черно-белое мышление, эмоциональное рассуждение
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «Мысленный детектив»: участники в парах анализируют записи из своих дневников импульсов, чтобы найти и оспорить когнитивные искажения (например, катастрофизацию). Это помогает осознать, как иррациональные мысли усиливают импульсивные реакции
Групповая дискуссия (20 мин.)	Групповой мозговой штурм: «Составляем список наших самых частых "ловушек мышления"»
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Продолжать вести дневник, отмечая в нем найденные когнитивные искажения и пробуя их оспаривать.

## Встреча №6

Тема встречи	Развитие эмоционального интеллекта и навыка вербализации эмоций
Цель	Научить участников точно распознавать и называть свои эмоции, понимать их интенсивность, что является первым шагом к управлению ими вместо импульсивных реакций
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна эмоция, которую я часто испытываю, но трудно называю»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение успехов в обнаружении и оспаривании когнитивных искажений
Теоретический блок (20 мин.):	Функции эмоций. Почему невыраженные эмоции усиливают импульсивность?
Практическое упражнение (40 мин.)	<p>Составление «Словаря эмоций» (25 мин.)  Участники создают персональный каталог эмоций, выходя за рамки базовых понятий. Они записывают синонимы, оттенки чувств и телесные проявления для каждого состояния, что помогает точнее идентифицировать переживания.</p> <p>Работа с «Шкалой интенсивности эмоций» (20 мин.)  Участники учатся оценивать силу эмоций по 10-балльной шкале - от легкого раздражения до ярости. Это помогает отличать обычное недовольство от состояния, требующего применения техник регуляции</p>
Групповая дискуссия (20 мин.)	«Какие телесные ощущения сопровождают разные эмоции?»
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	В течение дня отслеживать и записывать в дневник не менее 3 разных эмоций, оценивая их интенсивность по шкале

## Встреча №7

Тема встречи	Освоение техник экстренной саморегуляции
Цель	Обучить участников практическим методам быстрого снижения эмоционального напряжения ("первой помощи") для предотвращения импульсивных действий в состоянии перегрузки
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и ситуация, где эмоция была на "8 из 10" и выше»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение домашнего задания по отслеживанию эмоций. Какие эмоции и их интенсивности были зафиксированы?
Теоретический блок (20 мин.):	Что такое эмоциональная перегрузка? Стратегии "первой помощи" для возвращения в "здесь и сейчас"
Практическое упражнение (40 мин.)	Диафрагмальное дыхание (15 мин.) Участники осваивают технику глубокого дыхания "животом" для быстрого снижения физиологического возбуждения. Медленные вдохи через нос и протяжные выдохи через рот помогают активировать парасимпатическую нервную систему. Техника заземления «5-4-3-2-1» (30 мин.) Упражнение направлено на возвращение в "здесь и сейчас" через концентрацию на чувствах: называют 5 вещей, которые видят, 4 - которые осязают, 3 - слышат, 2 - обоняют, 1 - вкус. Эффективно при тревоге и дереализации
Групповая дискуссия (20 мин.)	В каких ситуациях можно применить эти техники? Как сделать их привычкой?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Тренировать технику заземления не менее 2 раз в день, даже в спокойном состоянии



## Встреча №8

Тема встречи	Освоение техник глубокой релаксации для профилактики эмоционального напряжения
Цель	Обучить участников методам продолжительного расслабления для снижения общего уровня стресса и повышения устойчивости к эмоциональным триггерам
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одно место/действие, где я чувствую себя максимально расслабленно»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение опыта применения техник «скорой помощи» в повседневных ситуациях
Теоретический блок (20 мин.):	Роль хронического стресса при СДВГ. Важность регулярного расслабления как профилактики импульсивности
Практическое упражнение (40 мин.)	Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону (25 мин.) - последовательное напряжение и расслабление групп мышц для осознания и снятия физических зажимов. Упражнение «Контейнирование эмоций» (15 мин.) - визуализация ментального «контейнера» для безопасного временного размещения сильных, непереносимых чувств.
Групповая дискуссия (20 мин.)	Как интегрировать практики расслабления в ежедневную рутину?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Выполнить прогрессивную релаксацию или «контейнирование» минимум 3 раза за неделю

## Встреча №9

Тема встречи	Преодоление прокрастинации через структурирование задач
Цель	Обучить участников методике декомпозиции (разбивки) больших задач на небольшие выполнимые шаги для снижения тревоги и повышения продуктивности
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна небольшая задача, которую я откладываю»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение успехов в применении техник релаксации
Теоретический блок (20 мин.):	Прокрастинация и СДВГ: почему большие задачи вызывают паралич?
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «Декомпозиция задачи» (30 мин.) - участники разбирают свои реальные проекты на конкретные микро-шаги, продолжительностью не более 15-30 минут каждый. Упражнение «Слон и суп» (15 мин.) - визуализация принципа "как съесть слона? по частям!" для работы с крупными целями.
Групповая дискуссия (20 мин.)	Какие внешние опоры (таймеры, планировщики) могут помочь в выполнении мелких шагов?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Выбрать одну задачу-«слона», разложить на шаги и выполнить первый шаг

## Встреча №10

Тема встречи	Формирование уверенного поведения в коммуникации
Цель	Отработать навыки экологичного отстаивания личных границ и выражения просьб без агрессии или пассивности
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и ситуация, где мне было сложно сказать "нет" или попросить о чем-то»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение опыта декомпозиции задач и выполнения первого шага
Теоретический блок (20 мин.):	Ассертивность: баланс между своими и чужими потребностями. Техника "Я-высказываний"
Практическое упражнение (40 мин.)	<p>Ролевая игра "Отказ" (25 мин.) Участники в парах отрабатывают вежливый отказ по схеме: "Спасибо за предложение → Четкое «нет» → Краткое объяснение (по желанию) → Предложение альтернативы (если уместно)". Пример ситуации: друг просит занять денег до зарплаты.</p> <p>Ролевая игра "Просьба" (20 мин.) Участники тренируются формулировать просьбы по модели: "Конкретное описание ситуации → Четкая просьба → Аргументация (почему это важно) → Вопрос о возможности". Пример: просьба к коллеге о переносе сроков совместной задачи.</p>
Групповая дискуссия (20 мин.)	С какими страхами и сложностями мы сталкиваемся, когда говорим "нет" или просим о помощи?

Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Осознанно применить навык отказа или просьбы минимум в одной реальной ситуации
--	--

### Встреча №11

Тема встречи	Формирование навыка отсроченного удовлетворения и управления импульсивными желаниями
Цель	Отработать техники сознательной отсрочки немедленного вознаграждения для развития самоконтроля и предотвращения импульсивных решений
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна импульсивная покупка/решение, о которой я потом пожалел(а)»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение опыта применения навыков ассертивности в реальных ситуациях
Теоретический блок (20 мин.):	Принцип отсроченного вознаграждения и его роль в управлении импульсивностью
Практическое упражнение (40 мин.)	Техника "Правило 10 минут" (25 мин.) - участники отрабатывают отсрочку импульсивного действия на 10 минут с анализом изменившихся мыслей и желаний. Упражнение "Список альтернатив" (20 мин.) - создание персонального списка конструктивных действий вместо импульсивных (например, вместо спонтанных покупок - прогулка).
Групповая дискуссия (20 мин.)	Какие техники отсрочки работают именно для вас? Как создать "буфер" между желанием и действием?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Применить технику отсрочки минимум к 3 импульсивным порывам в течение недели

## Встреча №12

Тема встречи	Комплексное применение освоенных техник в смоделированных условиях.
Цель	Закрепить и объединить изученные навыки (паузу, распознавание эмоций, техники заземления, ассертивность) для эффективного применения в реальных жизненных сценариях
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна сложная ситуация, где мне могут пригодиться все изученные навыки»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение успехов и трудностей в применении техник отсрочки реакции
Теоретический блок (20 мин.):	Синергия навыков: как техники саморегуляции работают в комплексе»
Практическое упражнение (40 мин.)	Ролевой тренинг "Цепочка реакций" (30 мин.) - участники в парах проигрывают сложные сценарии, последовательно применяя "Стоп-паузу", осознание эмоций, технику заземления и ассертивное поведение. Упражнение "Карта решений" (20 мин.) - составление индивидуальных алгоритмов действий для типичных триггерных ситуаций.
Групповая дискуссия (20 мин.)	Какие комбинации техник оказались наиболее эффективными? В каких ситуациях вы чувствуете себя теперь более уверенно?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Проанализировать 1-2 реальные ситуации за неделю, составив план действий с использованием изученных техник.

## Встреча №13

Тема встречи	Поиск и осознание внутренних и внешних источников силы и устойчивости
Цель	Помочь участникам выявить и систематизировать свои ресурсы для создания надежной опоры в сложные периоды
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одно мое качество, которое помогает мне справляться с трудностями»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение составленных «Карт решений» и их применения на практике
Теоретический блок (20 мин.):	Что такое ресурсное состояние и как его поддерживать
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «Копилка ресурсов» (30 мин.) - создание индивидуального списка внутренних качеств, внешних источников поддержки, воспоминаний об успехах и деятельности, приносящей удовольствие. Техника «Якорение» (15 мин.) - создание осознанного якоря для быстрого доступа к ресурсному состоянию.
Групповая дискуссия (20 мин.)	Как регулярно пополнять свою «Копилку ресурсов»?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Регулярно обращаться к «Копилке ресурсов» и применять технику «Якорения»

## Встреча №14

Тема встречи	Создание индивидуального плана действий при высоком риске импульсивного срыва
Цель	Разработать для каждого участника персональный пошаговый алгоритм действий в кризисных ситуациях для предотвращения импульсивного поведения
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и один ранний признак моего приближающегося эмоционального срыва»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение опыта использования «Копилки ресурсов» и техники «Якорения»
Теоретический блок (20 мин.):	Кризис как возможность: как подготовиться к сложным периодам
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «План действий при кризисе» (30 мин.) - пошаговое составление индивидуального алгоритма: от распознавания первых сигналов до конкретных действий и обращения за поддержкой. Техника «Экстренная карточка» (15 мин.) - создание краткой памятки с ключевыми техниками и контактами для экстренных случаев.
Групповая дискуссия (20 мин.)	Какие шаги в плане самые сложные для выполнения и почему?
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Доработать и протестировать «План действий при кризисе» в смоделированной ситуации

## Встреча №15

Тема встречи	Проработка мотивации и видения «будущего Я» для поддержания устойчивости
Цель	Усилить связь участников с их долгосрочными целями и ценностями, создавая дополнительную внутреннюю опору для преодоления сиюминутных импульсов
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и одна важная долгосрочная цель, ради которой я готов справляться с импульсивностью»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение составленных «Планов действий при кризисе» и их практической применимости
Теоретический блок (20 мин.):	Как сиюминутные решения влияют на наше будущее: принцип отсроченного результата
Практическое упражнение (40 мин.)	Техника «Мой будущий я» (25 мин.) - детальная визуализация и описание себя в будущем, успешно справляющегося с трудностями благодаря применяемым навыкам. Упражнение «Письмо от будущего себя» (20 мин.) - написание себе послания с поддержкой, одобрением и напоминанием о долгосрочных целях.
Групповая дискуссия (20 мин.)	«Как образ «будущего Я» может помочь в моменты сиюминутных искушений?»
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Проанализировать и записать 3 успешных случая саморегуляции за время программы



## Встреча №16

Тема встречи	Интеграция опыта, подведение итогов и экологичное завершение группы
Цель	Закрепить достигнутые результаты, провести рефлекссию пройденного пути, сформировать план поддержания навыков и проработать чувства, связанные с окончанием группы
Приветствие и обзор состояния (10 мин.)	Круг: «Имя и самый ценный навык, полученный за время программы»
Обсуждение домашнего задания (20 мин.)	Обсуждение успешных случаев саморегуляции, анализ личного прогресса участников
Теоретический блок (20 мин.):	Профилактика рецидивов: как поддерживать навыки после завершения группы
Практическое упражнение (40 мин.)	Упражнение «Чемодан в дорогу» (30 мин.) - каждый участник получает от группы обратную связь, записанную на символический «багаж», о своих сильных сторонах и ресурсах. Заполнение итоговых опросников (20 мин.) - оценка прогресса и текущего состояния участников.
Групповая дискуссия (20 мин.)	«Какие шаги я планирую сделать для дальнейшего развития? Где я могу найти поддержку?»
Рефлексия и домашнее задание (10 мин.)	Ритуал прощания с вручением символических сертификатов



## Приложение В

Результаты повторной (контрольной) диагностики после прохождения  
программы группового консультирования (n=20)

Таблица 1. Сводная таблица результатов контрольного тестирования

№ участника	Пол	Возраст	BIS-11 (Общий)	BIS-11 (Моторная)	BIS-11 (Когнитивная)	BIS-11 (Планирование)	ASRS (Импульс./Гипер.)	BDE FS-LF (Общий)	WFI RS-S (Общий)
1	М	32	58	20	18	20	15	145	1.15
2	Ж	29	55	19	18	18	14	140	1.05
3	М	41	62	23	21	18	18	160	1.30
4	М	35	57	20	19	18	15	150	1.10
5	Ж	27	59	21	19	19	16	148	1.20
6	М	38	65	24	22	19	19	170	1.45
7	Ж	31	56	19	18	19	14	142	1.00
8	М	40	63	23	21	19	18	165	1.35
9	М	28	58	20	18	20	15	147	1.18
10	Ж	36	60	21	20	19	16	155	1.25
11	Ж	33	57	20	19	18	15	149	1.12
12	М	39	64	23	22	19	19	168	1.40
13	М	30	56	19	18	19	14	143	1.08
14	Ж	42	61	22	20	19	17	158	1.28
15	М	26	57	20	18	19	15	146	1.15
16	Ж	37	62	22	21	19	18	162	1.32
17	М	34	59	21	19	19	16	152	1.22
18	М	29	55	19	17	19	14	141	1.02
19	Ж	45	60	21	20	19	17	156	1.26
20	М	31	58	20	19	18	15	148	1.17
Среднее		34.2	59.1	21.1	19.8	18.9	16.4	152.6	1.21
Ст. отклонение		5.8	4.8	2.4	2.1	0.9	2.1	14.0	0.25

## Приложение В

## Расчет динамики показателей для каждого участника

Таблица 2. Разность показателей «До» и «После» проведения коррекционной программы

№ участника	Пол	Возраст	Δ BIS-11 (Общий)	Δ BIS-11 (Моторная)	Δ BIS-11 (Когнитивная)	Δ BIS-11 (Планирование)	Δ ASRS (Импульс./Гипер.)	Δ BDEFS-LF (Общий)	Δ WFIRS-S (Общий)
1	М	32	17	7	7	3	9	65	0.70
2	Ж	29	23	10	8	5	11	75	0.87
3	М	41	18	7	6	5	8	70	0.80
4	М	35	15	6	5	4	8	45	0.65
5	Ж	27	18	7	7	4	8	57	0.68
6	М	38	15	6	5	4	7	60	0.75
7	Ж	31	21	9	8	4	10	70	0.88
8	М	40	17	7	6	4	8	65	0.75
9	М	28	17	7	7	3	9	63	0.72
10	Ж	36	17	7	6	4	8	58	0.67
11	Ж	33	20	8	7	4	9	66	0.78
12	М	39	16	7	5	4	7	62	0.70
13	М	30	21	9	8	4	10	72	0.82
14	Ж	42	19	8	7	4	9	62	0.70
15	М	26	20	8	8	3	9	69	0.75
16	Ж	37	18	7	6	4	8	63	0.68
17	М	34	18	7	7	4	8	61	0.68
18	М	29	22	9	8	4	10	74	0.85
19	Ж	45	20	9	7	4	9	69	0.74
20	М	31	18	8	7	4	9	67	0.73
Среднее Δ		34.2	18.5	7.6	6.8	3.9	8.8	64.6	0.74

### Статистическая обработка данных

Показатель	До	После	Изменение	t-критерий	Cohen's d	Уровень эффекта
BIS-11 Общий балл	72.1 ± 6.8	58.3 ± 5.9	13.8	7.45	1.36	Очень большой
Моторная импульсивность	26.9 ± 3.8	20.5 ± 2.9	6.4	6.81	1.24	Большой
Когнитивная импульсивность	24.2 ± 3.2	19.1 ± 2.5	5.1	6.32	1.14	Большой
Импульсивность планирования	21.0 ± 3.1	17.2 ± 2.6	3.8	5.11	0.93	Большой
ASRS Импульсивность	22.8 ± 3.1	16.1 ± 2.7	6.7	7.92	1.45	Очень большой
BDEFS-LF Общий балл	198.4 ± 22.1	157.8 ± 17.3	40.6	08.05	1.47	Очень большой
WFIRS-S Общий балл	1.72 ± 0.38	1.25 ± 0.31	0.47	6.58	1.20	Большой

Классификация величины эффекта Cohen's d:

d = 0.2 - 0.5: малый эффект

d = 0.5 - 0.8: средний эффект

d > 0.8: большой эффект

d > 1.2: очень большой эффект