

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор
Асєєва Юлія Олександрівна

(підпис)

« ____ » _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____

(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____

(назва освітньої програми)

На тему: **«ОСОБЛИВОСТІ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИХ
РОЗЛАДІВ ТА ЇХ ЗАГОСТРЕННЯ У СТАНІ ПЕРМАНЕНТНОГО
СТРЕСУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ»**

Виконавець:

здобувачка 2(6) курсу 61 групи
факультету економіки та
управління підприємством

_____ Ройтенко Вікторія Юріївна
/підпис/

Науковий керівник

Професор кафедри МППП
доктор психологічних наук

_____ Асєєва Юлія Олександрівна
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ	7
1.1 Сутність та визначення обсесивно-компульсивного розладу та його симптоматики.....	7
1.2 Патогенез та фізіологічні основи у розвитку обсесивно-компульсивного розладу.....	21
1.3 Фактори впливу на розвиток та загострення обсесивно-компульсивного розладу.....	33
Висновок до першого розділу.....	42
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ НА ВИЗНАЧЕННЯ ТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ВИМІРУ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ ПІД ВПЛИВОМ ФАКТОРУ ВОЄННОГО СТАНУ.....	45
2.1 Методи аналізу та виявлення обсесивно-компульсивного розладу у людей, що знаходяться у факторі ризику захворювання.....	45
2.2 Опис етапів проведення дослідження.....	50
2.3 Аналіз результатів виміру ОКР під час впливу перманентного стресу під час воєнного стану.....	54
Висновок до другого розділу.....	67
РОЗДІЛ III. РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВДОСКОНАЛЕННЮ НАЯВНИХ МЕТОДИК У РОБОТІ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ У СТАНІ ПЕРМАНЕНТНОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ.....	71
3.1 Міжнародний досвід у боротьбі з обсесивно-компульсивними розладами	71
3.2 Впровадження міжнародного досвіду в розробку ефективного підходу для лікування обсесивно-компульсивного розладу.....	84
Висновки до третього розділу.....	89
ВИСНОВКИ.....	92
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	105
ДОДАТКИ.....	106

ВСТУП

Актуальність теми. Для забезпечення розвитку ментально здорового покоління необхідний ряд стимулюючих факторів та сприятливих умов, що допоможуть у цьому. Звернення пильної уваги влади на психічний стан суспільства в наш час – це невід’ємна складова побудови майбутнього суспільства. Розуміння потреб сьогодення та лікування ментальної складової вже зараз допоможе створити необхідні інститути та заклади, що істотно покращать перебіг такого складного часу для суспільства. Адже розвиток самоусвідомленості та емоційної компетентності населення може бути запорукою для зменшення травмуючого досвіду та його впливу на соціально-економічні рухи країни у подальшому.

Але військові конфлікти, які супроводжуються руйнуванням соціальних структур, втратами, моральної виснаженості, постійним відчуттям небезпеки та непередбачуваності, є потужними тригерами для психічних розладів. Одним із найбільш значущих у цьому контексті є obsесивно-компульсивний розлад, який характеризується нав’язливими думками (obsесіями) та ритуалізованими діями (компульсіями). Під час воєнного стану люди, які мають схильність до панічних атак, генералізований стресовий розлад, до ОКР або вже страждають на цей розлад, зазнають додаткового стресу, що може призвести до його загострення цього захворювання.

Obsесивно-компульсивний розлад є складним і багатогранним психічним захворюванням, яке має значний вплив на якість життя людей. Його симптоми можуть варіюватися від легкої до важкої форми, що залежить від біологічно-фізичних особливостей людини, а також від стилю виховання, оточення та особистісної схильності до розладу. Стан перманентного стресу, який супроводжує життя людей під час військових дій, може значно ускладнити перебіг ОКР, збільшуючи частоту та інтенсивність obsесій та

компульсій, що у свою чергу значною мірою впливають на якість життя тих, хто страждає на дане захворювання.

Мета і завдання кваліфікаційної роботи. Головною метою дослідження є вивчення й аналіз особливостей прояву та загострення obsесивно-компульсивних розладів у контексті постійного стресу під час воєнного стану. Важливість цього дослідження полягає у визначенні специфічних механізмів, що лежать в основі загострення ОКР, а також у розробці ефективних стратегій для діагностики на ранніх стадіях прояву захворювання, профілактики та лікування цього розладу в умовах хронічного стресу.

Для реалізації мети, що поставлена, потрібно вирішити наступні завдання:

1. Проаналізувати науково-теоретичні дослідження щодо суті та особливостей дослідження розвитку ОКР у стані перманентного стресу.
2. На основі аналізу наукових надбань узагальнити фактори впливу стресу на розвиток ОКР.
3. Проаналізувати існуючий психодіагностичний інструментарій щодо виявлення ОКР.
4. Описати особливості ОКР та їх загострення у стані перманентного стресу під час воєнного стану серед обраних респондентів.
5. Проаналізувати міжнародний досвід лікування ОКР розглянути можливості імплементації ефективних методів серед українців.

Об'єкт – особливості obsесивно-компульсивних розладів та їх загострення у стані перманентного стресу під час воєнного стану.

Предметом дослідження особливості obsесивно-компульсивного розладу.

Методи дослідження. У процесі підготовки роботи застосовувались загальнонаукові та спеціальні методи для аналізу ОКР. Безпосередньо були застосовані такі методи, як: епідеміологічні дослідження (оцінка поширеності obsесивно-компульсивних розладів серед воєнних і цивільних

населення під час воєнного конфлікту), психометричні методи (використання стандартизованих шкал і анкет для вимірювання рівня obsесивно-компульсивних симптомів та стресу), практичні спостереження (аналіз реальних випадків історій розвитку розладу хворих людей з obsесивно-компульсивними розладами під час воєнного стану), квалітативні дослідження (вивчення досвіду і вражень осіб з obsесивно-компульсивними розладами під час стресових ситуацій воєнного конфлікту через інтерв'ю та фокус-групи), експериментальні підходи (використання контрольованих експериментів для дослідження взаємозв'язку між стресом та проявами obsесивно-компульсивних розладів у воєнних умовах).

Характеристика вибірки. Вибірка для дослідження obsесивно-компульсивних розладів в умовах воєнного стресу сформована з урахуванням репрезентативності та різноманітності учасників. Вона включає 51 особу віком від 16 років, серед яких цивільні, внутрішньо переміщені особи та військові. Критерії відбору: наявність тривалого стресу, відсутність інших серйозних психічних розладів, згода на участь. Вибірка різноманітна за родом діяльності, учасники залучалися через різні канали: студентські запрошення, онлайн-анкетування, співпраця з військовими. Враховано соціально-демографічні фактори та особистий досвід учасників щодо воєнних дій. Такий підхід забезпечує можливість всебічного аналізу ОКР в контексті воєнного стресу.

Аналіз досліджень та публікацій. Робота ґрунтується на дослідженнях стресу та його впливу на якість життя людини вивчалось Гансом Сельє, Річардом Лазарусом, Брюсом Маківен, Робертом Сапольскі. Відомості щодо впливу стресу на розвиток тривожності та тривожних розладів вивчалось психологами- Джудіт Бек, Девід Барлоу, Джозеф ЛеДу, Майкл Козак, Кармен Андреску. Безпосереднім вивченням впливу стресу на підвищення тривожності та розвитку розладів ОК-спектру займались Една Фоа, Пол Салковскіс, Джеффри Шварц, Ерік Холландер, Елізабет Папп, Грегорі Куперман.

Практичне значення дослідження. Практичне значення дослідження особливостей obsесивно-компульсивних розладів та їх загострення в умовах перманентного стресу під час воєнного стану полягає у розробці ефективних стратегій діагностики, профілактики та лікування ОКР у контексті тривалої стресової ситуації. Результати дослідження сприяють удосконаленню методів раннього виявлення симптомів ОКР у осіб, що перебувають під впливом стресу воєнного часу, та оптимізації терапевтичних підходів з урахуванням специфіки воєнних умов. Отримані дані дозволяють розробити цільові програми психологічної підтримки та реабілітації для різних груп населення, включаючи цивільних осіб, військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб. Крім того, дослідження надає цінну інформацію для формування освітніх програм з підвищення обізнаності про ОКР серед психологів та психотерапевтів, які працюють в умовах воєнного стану. Практичне застосування результатів дослідження сприятиме поліпшенню якості життя осіб з ОКР та зниженню загального рівня психологічного дистресу в суспільстві, що перебуває під впливом тривалих стресових факторів.

Апробація результатів:

Асєєва Ю.О. Ройтенко В.Ю. Особливості obsесивно-компульсивних розладів та загострення у стані перманентного стресу під час воєнного стану. *Габітус* 2024 Випуск 67

Структура роботи. Кваліфікаційна робота магістра складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 125 сторінок, обсяг основного матеріалу 94 сторінки. Робота містить 7 таблиць та 17 рисунків. Список використаних джерел 70.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБСЕСИВНО- КОМПУЛЬСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ

1.1 Сутність та визначення обсесивно-компульсивного розладу та його симптоматика

Наразі ми живемо у світі, який має тенденцію швидко змінюватись, бути непередбачуваним, що у свою чергу може призводити до дестабілізації суспільних рухів. Одним з таких дестабілізуючих факторів наразі є воєнні дії на території нашої країни, що має за собою негативні наслідки для багатьох сфер діяльності та соціального життя населення, а особливо для ментального здоров'я цього суспільства. Проблеми в емоційній сфері можуть бути різними, але важливо виокремити один з найрозповсюдженіших та тяжких захворювань як обсесивно-компульсивний розлад або, як прийнято в психологічній практиці та буде вказуватись надалі, називати його аббревіатурою ОКР.

Обсесивно-компульсивний розлад представляє собою серйозну проблему сучасного суспільства, що потерпає від надмірного впливу стресових подразників, яка вимагає детального вивчення та системного підходу до розуміння її суті та механізмів.

В “Діагностичному і статистичному посібнику із психічних розладів, п'ятого видання (ДСМ-5)”(англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)), обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) –це психічний розлад, основними характеристиками якого є наявність у людини нав'язливих думок, образів та ідей (обсесій) та специфічних повторюваних дій, ритуалів або поведінки (компульсії), що виникають у відповідь на обсесії. Розлад носить егодистонний характер – це психічний стан, за якого людина дуже добре відокремлює сама себе від проблеми, відчуваючи неприємні переживання з її приводу [8].

Поняття ОКР за формуляром хвороб Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям-одинадцятого

перегляду (МХК-11) (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (ICD-11)) ОКР (Obsessivecompulsive disorder – OCD) - є поширеним хронічним тривалим розладом, при якому у людини виникають обсесії (неконтрольовані, небажані, повторювані думки, почуття або імпульси) та / або компульсії (ментальні акти чи повторювана поведінка, які спрямовані на зниження рівня тривоги, внутрішньої напруги, занепокоєння чи сумнівів, викликаних обсесіями). Обсесії та компульсії часто пов'язані між собою. ОКР можна зобразити наступною схемою [24].

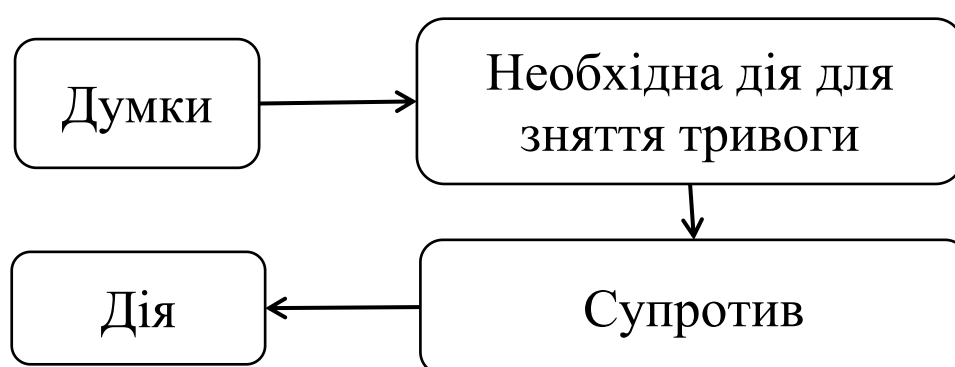


Рис. 1.1 Коло обсесивно-компульсивного розладу

Зазвичай ОКР характеризували як тривожний розлад, саме так його описували в класифікаторі МХК-10 та ДСМ-IV. Та в силу багатьох досліджень даного захворювання, були зроблені нові відкриття у процесі розуміння нейробіології ОКР та похідних від нього суміжних розладів, що спричинило собою суперечки та розбіжності у критичному розумінні ОКР, його особливостей, непередбачуваностей як тривожного або компульсивного розладу.

Також причиною до рекласифікації тривожного розладу та ОКР стали очевидні розбіжності у нейроанатомії осіб з обсесивно-компульсивним розладом та осіб з тривожними розладами. Зокрема, при ОКР спостерігається порушення функціонування кортико-стріато-таламо-кортикальних петель, тобто хвороба є не наслідком лише певних складних або тригерних життєвих ситуацій, а є біологічною дестабілізацією нейроанатомічних структур мозку, що може бути активована незалежно від зовнішніх впливів навколишнього

середовища. В свою чергу тривожні розлади спричиняються аномальним функціонуванням вентролатеральної префронтальної кори і мигдалеподібного тіла. Найбільшою відмінністю тривожного розладу від ОКР є присутність психологічного страху і його похідних соматичних проявів на фізіологічному рівні. При розладах з ОК-спектру ці симптоми хоча і наявні, але є змінними і гетерогенними (різномірні) за своєю природою. При ОКР зазвичай спостерігається більш висока коморбідність (наявність одного або декількох захворювань, окрім первинного захворювання, або ефект від такого додаткового захворювання, коморбідна хвороба чи розлад може бути спричинене або безпосередньо пов'язане з основним захворюванням), ніж при тривожних розладах [2].

Тож за рахунок багатьох досліджень специфіки прояву ОКР, його сусідні позиції в МКХ-11 вже безпосередньо входили до складу розладів ОК-спектру, а особливо звернули увагу на групи, як: тривожні, стресові та нав'язливі розлади. Підставами для об'єднання, донедавна розладів, стало відкриття їх спільних ознак патогенезу, як невового так і природничо-наслідкового спектрів. Відтак, МКХ-11 вводить новий розділ «Обсесивно-компульсивні або пов'язані з ними розлади (ОКР)» («Obsessive compulsive or related disorders (OCRD)»), який включає:

- обсесивно-компульсивний розлад;
- дисморфофобію;
- нюховий референтний розлад;
- іпохондріаз;
- патологічне накопичування (hoarding);
- трихотиломанія;
- невротична екскація (дерматиломанія) [24].

Типовими категоріями симптомів розладу є:

- страх помилки, заподіяння шкоди, нав'язливі перевірки;
- контрастні нав'язливості: неприємні думки про жорстокості, девіантні вчинки;

-страх забруднення, миття рук;

-нав'язливий пошук симетрії, упорядкування речей навколо себе [24].

Також типи протікань захворювань наступні на рис. 1.2 [24].

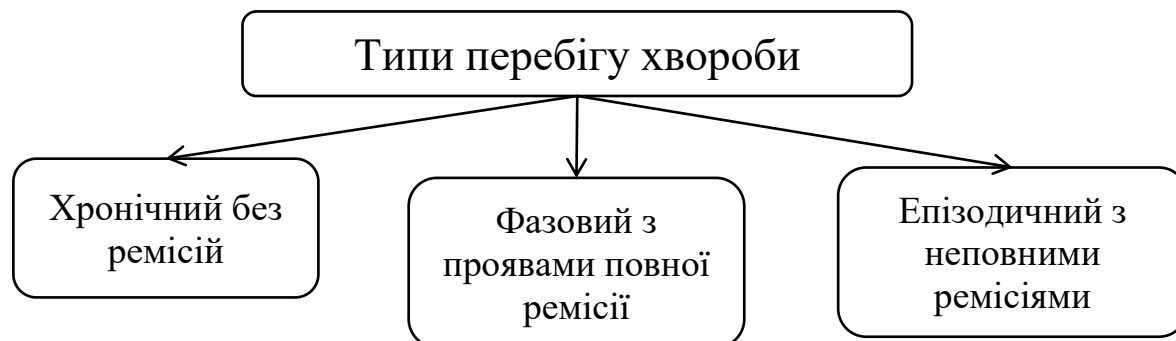


Рис. 1.2 Типи перебігу ОКР в часі

Для кращого схематичного уявлення, щодо змін та відмінностей опису ОКР у формулярах МКХ-10 1993 року та МКХ-11 від 2022 року, опишемо це у наступній таблиці (табл. 1.1) [24,25].

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика розладу ОК спектру по МКХ-10 та МКХ-11

Характеристика	МКХ-10 (F42.9)	МКХ-11
Назва	Обсесивно-компульсивний розлад, неуточнений	Обсесивно-компульсивний розлад
Опис	Цей код використовувався, коли симптоми ОКР не повністю відповідали іншим більш специфічним кодам ОКР у МКХ-10.	Більш деталізований підхід до класифікації ОКР з урахуванням специфічних симптомів та їхнього впливу на функціонування людини.
Специфікація	Менш специфічний діагноз, що охоплював широкий спектр симптомів.	Можливість більш точної діагностики завдяки деталізації різних типів obsesій та компульсій.
Діагностичні критерії	Більш загальні критерії для діагностики ОКР.	Більш чіткі та детальні критерії, що дозволяють відрізнити ОКР від інших схожих розладів.
Зв'язок з іншими розладами	Можливість коморбідності з іншими психічними розладами не була детально розглянута.	Більш чіткий опис коморбідності ОКР з іншими психічними розладами, що дозволяє краще розуміти клінічну картину пацієнта.

Номенклатурна класифікація розладу ОКР за формуляром хвороб з МКХ-11 відзначена у F42 Obsесивно-компульсивні розлади (F42.0 – F42.9)

Поняття “нав’язливостей” перше та найточніше в історії психології та психіатрії відкрив Карл Фридрих Отто Вестфаль і характеризував їх наступним чином -це такі уявлення, що з’являються у свідомості людини проти або ж всупереч її волі, при незацепленому в інших відношеннях інтелекті і не будучи обумовленим яким-небудь попереднім афективним станом; їх не вдається усунути, вони виступають на перший план, перешкоджають нормальному протіканню уявлень й порушують його [31].

Вестфаль також виділив наступні якості нав’язливостей:

1) їх не вдається усунути, вони виступають на перший план, перешкоджають нормальному протіканню розумових процесів;

2) хворі завжди визнають свої думки хворобливими, чужими для їх особистих думок й намагаються проявляти до них супротив;

3) зміст уявлень може бути складним, більшою мірою безглуздими, вони не знаходять в ніякому зв’язку з попереднім змістом свідомості, і навіть хворому видається незрозумілим [1, 3, 12].

За О.К. Напрєєнко, нав’язливі ідеї – це нав’язливі й повторювані думки, образи чи імпульси, які завдають занепокоєння і викликають сильну тривогу, страх чи огиду [12]. Зміст нав’язливих ідей може сильно відрізнятися у людей з ОКР, але деякі поширені типи нав’язливих ідей включають:

1. Нав’язливі ідеї забруднення: страх мікробів, бруду або хвороб, а також потреба в надмірному прибиранні або уникненні контакту з потенційно зараженими об’єктами або навколишнім середовищем.

2. Нав’язливі ідеї заподіяння шкоди: страх заподіяння шкоди собі чи іншим, наприклад, страх випадкового заподіяння шкоди будь-кому, страх бути відповідальним за трагічну подію чи страх бути зараженою шкідливою речовиною.

3. Нав’язливі ідеї симетрії та порядку: потреба у симетрії, точності чи акуратності у своєму оточенні, наприклад, у розташуванні об’єктів у певному порядку, підрахунку чи повторенні слів чи фраз чи перевірці того, що все «в самий раз».

4. Сексуальні та агресивні нав'язливі ідеї: нав'язливі думки чи образи відверто сексуального чи насильницького характеру, такі як думки про участь у заборонених чи аморальних діях чи страх перед сексуальним потягом до невідповідних людей чи об'єктів.

5. Релігійні та моральні нав'язливі ідеї: занепокоєння гріхами, богохульством чи мораллю, такі як страх образити Бога, страх бути покараним за свої думки чи дії чи страх втратити свою душу. (табл. 1.2)

За О. Б. Столяренко компульсії або нав'язливі дії- це повторювані фізичні чи розумові дії, створені задля зменшення занепокоєння чи запобігання передбачуваної шкоди, що у свою чергу викликані нав'язливими ідеями [1].

ОКР характеризується наявністю інтрузивних (нав'язливих), небажаних думок (обсесій), до таких належать ідеї, образи або імпульси, які знову й знову спадають на думку хворому у певній стереотипній формі. Такі думки та дії у свою чергу є небажаними та чужорідними і звісно у свою чергу вони спричиняють багато болю, страждань та боротьби всередині самої людини. Боротьба з нав'язливостями виражена в тому, що вони постійно викликають страждання пацієнта, та він часто безуспішно намагається опиратися їм та попадає в так зване “ порочне коло нав'язливостей” [1,2]. Компульсивні дії або ритуали є стереотипною поведінкою, вони повторюються знову і знову. За своєю суттю вони не приносять задоволення та не призводять до виконання корисних завдань. Їх головна функція- це попередження небажаної чи лякаючої події яка може завдати шкоди цій людині чи її близьким, що виникає у вигляді образів (обсесій), які потрібно уникнути через пророблення певної схеми нетипової поведінки, що у свою чергу знімає внутрішнє напруження людини та на деякий час приносить їй заспокоєння. Знову ж таки, головною метою здійснення цих компульсивних дій (які у свою чергу людина не бажає, але через їх сильний вплив вона змушена повторювати їх допоки дія не буде “зарахована”) [45].

Зазвичай, людина визнає таку поведінку недоречною або неефективною та намагається чинити опір знову і знову, під час їх виконання майже завжди присутня тривога. Якщо хворий намагається опиратися компульсивним діям, тривога посилюється, що впливає як на емоційний стан так і на нездатність виконати компульсивну дію, через сильне напруження та потік думок- коло думок не припиняється допоки хворий не знесилиться і коло починається наново [1].

Для того, щоб чітко визначити розлад як ОК, варто звернутись до чіткої характеристики ОКР по МКХ-11, так як кожен розлад та хвороба має свої специфічні діагностичні критерії за якою можливо виявити той чи інший розлад. До ОКР належать наступні специфічні прояви, а саме:

А. Обсесії і / або компульсії спостерігаються в більшості днів протягом мінімум двох тижнів.

Б. Обсесії (думки, ідеї або образи) і компульсії (дії) включають такі ознаки, всі з яких повинні бути присутніми:

1) вони сприймаються хворим, як такі, що виникають в його власному розумі і не були нав'язані навколишніми чинниками впливу або оточуючими особами;

2) вони повторюються і, як мінімум, одна обсесія або компульсія повинна розумітися хворим як надмірна або безглузда;

3) суб'єкт намагається протистояти їм, але якщо вони спостерігаються довго, то опір деяким обсесіям або компульсіям може бути незначним (повинна бути, як мінімум, одна обсесія або компульсія, опір якої виявився безуспішним);

4) компульсивні акти і обсесивні думки самі по собі не викликають неприємних відчуттів.

В. Обсесія або компульсія викликає страждання або заважає соціальній або індивідуальній діяльності хворого, зазвичай за рахунок марної трати часу.

Г. Обсесія або компульсія не ж проявом інших психічних розладів як шизофренія або певні групи афективних розладів [8].

Обсесивно-компульсивні розлади також мають своє розгалуження на три підтипи, що мають свою специфіку вираження та особливості, а саме:

1) Переважно нав'язливі думки або міркування, також даний вид називають серед спеціалістів "розумова жуйка". Передбачає під собою прояв у формі ідей, психічних образів або імпульсів до дій. Ці прояви можуть містити різний специфічний характер, деякою мірою навіть незрозумілим для самої людини і навіть неприємними їй. Інколи ідеї або дії просто мізерні для пересічної особи, щоб звертати на них увагу, але для хворого на ОКР, вони не суть велике значення і він може довгий час проводити у думках та мати нескінченні квазі-філософські думки та міркування з приводу малозначимих альтернатив. Загалом саме такі думки та дії, що не призводять ні до якого вирішення проблемами, і є тією основною складовою синдрому, створюючи певне замкнене коло у мозку, тим самим спричиняючи людині багато дискомфорту, так як уся увага прикута до вирішення нав'язливих роздумів. Цей процес часто поєднується з неможливістю прийняти тривіальні, як для повсякденного життя, , але необхідні для нормального існування рішення [1].

2) Переважно компульсивні дії (обсесивні ритуали). Такі дії виникають з бажання максимального або ж тотального контролю над оточуючим світом та його складовими. Ціль даних компульсій - це передбачити та запобігти небезпечним, небажаним, неприємним і т.п. ситуацій, а також бажання порядку та акуратності, щоб забезпечити собі, знову ж таки, безпечним чистий простір, так як це відганяє сторонні думки щодо дій. Також в основі даної поведінки є страх і частіше це небезпеки з навколишнього середовища чи небезпеки, що потенційно може бути вдіяна самим хворим. І саме певна ритуальна дія допомагає зняти те напруження та страху, але діє лише символічною та безрезультативною, так як вона є тимчасовою, а через деякий проміжок часу (хвилин, підгодини, година- у кожного час прояву тяжіє від рівня та важкості захворювання). В основі зовнішньої поведінки лежить

страх, частіше небезпеки для хворого або небезпеки, спричиненої хворим, а ритуальна дія є безрезультатною або символічною спробою запобігти небезпеці. Варто розібрати також прояви у вигляді компульсій на відповідні обсесії у табл. 1.2 [1, 37].

Таблиця 1.2

Вид обсесій та відповідні їм прояви компульсій

Обсесії	Компульсії
Чистоти (страх забруднення)	Миття (зазвичай рук або довгий процес прийняття душу), чистка, прибирання
Здоров'я (захворювання, смерті)	Контроль свого фізіологічного здоров'я, часті візити до лікарів, безпідставна тривога за себе, пошук інформації про хвороби та їх наслідки, жорстка дієта
Дотик до секретів організму	Уникнення будь-яких контактів з виділеннями тіла
Накопичення	Ритуали з накопичення речей, болісне розставання з ними
Совісті	Бажання все робити правильно, щоб бути хорошим, чесним
Нанесення шкоди (аутоагресія або агресія до інших)	Перевірка газу, електрики, наявності небезпечних предметів, страх мати при собі щось небезпечне щоб не завдати шкоди, прояви думок суїцидального характеру (але мало ймовірного для виконання)
Точності (порядок, правильність, симетрія)	Розкладання речей відповідно уявлень, пошук симетрії, перекладання предметів поки не буде досягнуто порядку
Сексуальні (заборонення бажань, агресивні прояви)	Ритуалізовані й ригідні сексуальні відносини
Релігійні	Перебільшені релігійні ритуали (проявляються як молитви, перебирання чоток, безперервне читання Біблії)
Числа, звуки, слова, музика	Нав'язливий рахунок, мова з повтореннями, неточностями, заплутана, гра на музичних інструментах, що переходить у залежність та тривожність

3) Змішані нав'язливі думки і дії – елементи обсесивного мислення і компульсивної поведінки поєднуються в рівній мірі. Ця субкатегорія не повинна застосовуватися, якщо один з розладів явно домінує, оскільки думки і дії можуть реагувати на різні види терапії. Розлад нерідко ускладнюється депресією, тривогою, замкнутістю, зловживанням алкоголю, транквілізаторів або снодійних засобів [1, 3].

Підсумовуючи, варто ще раз зазначити, що зазвичай ОКР характеризували як тривожний розлад, деякою мірою це так і є, так як у хворих часто прослідковуються серйозні тривожні напади, особливо під час

виконання компульсивних дій, але все ж ці дві категорії розладів виділяють у окремі групи зі своєю специфікою. А пояснення такого переплетення цих розладів є їх природна коморбідність (поєднання декількох чи більше розладів один з одним).

З розладом поведінкового спектру ОКР також часто пов'язують прояви компульсії гніву, аутоагресії або також подавленої агресії як стратегія для зняття внутрішнього напруження. Окремим важливим прояву нав'язливостей постає аутоагресивна компульсивність, так як це може призводити у свою чергу до тілесних травм шкірного або волосяного покриву (не пов'язано з трихотоломанією), що зазвичай пов'язані з ідеями гріховності, вини за щось. Якщо брати за основу теорію психоаналізу Зигмунда Фрейда, то аутоагресія – це складне психологічне явище, яке характеризується діями, спрямованими на заподіяння собі шкоди, як фізичної, так і психологічної. Це може проявлятися у різних формах: від самокалічень до самознищуючої поведінки (алкоголізм, наркоманія, ризикована поведінка, самопошкодження-покарання) [37, 39].

Також головною причиною даного синдрому є саме злість та роздратування на свої думки, дії та те як хворий себе поводить, виходячи з того, що він розуміє деяку дестабілізацію свого життя через свої obsesії та компульсії. В розрізі досліджень дані прояви у хворих паралельно підвищується ризик до суїцидальних дій від 3-10 разів [36].

Також одним з видів аутоагресивних проявів при ОКР є невротична екскоріація або по іншому ще називають психогенною екскоріацією (роздирання, чухання, колупання шкірного покриву). В номенклатурі хвороб МКХ-11 та відхилень воно визначається як компульсивна дія, що несе за собою пошкодження шкіри, що нерідко викликає відчуття шкірного дискомфорту (болю, печіння, запалення). Такі бажання повторного розчісування призводять до утворення на шкірі постійно свіжих відкритих ран, що з часом регресувати, перетворюватись поступово у все глибші утворення. Відбувається певна десенсибілізація (зниження порогу чутливості

організму до чогось) до пошкоджень, що призводить до серйозних наслідків та запальних процесів які вимагають медичного втручання, так як людина кожного разу намагається відчувати все більший дискомфорт на тілі через його пошкодження. При виконанні цих нав'язливих дій, людина повністю розуміє свої дії, а особливо їх патогенність та шкідливість. На відміну від проявів патомімії (неусвідомлене самопошкодження, шрамування), при невротичних ексцоріаціях хворі не лише усвідомлюють патологічний характер своїх дій, а й розглядають їх як причину ушкоджень, надають їм певне смислове навантаження, створюють певну ієрархію покарань за щось [22].

Особливими формами прояву ОКР спектру також є трихотиломанія та патологічне накопичування (hoarding). Перше являє собою нав'язливе бажання висмикування волосся на тілі (волосяні частини на шкірі голови, особливо брів та вій), часто стимулюючим фактором для розвитку цього розладу є бажання знизити внутрішній стрес (особливо у дітей) та заспокоїтись через вплив негативних або лякаючих зовнішніх факторів. Близькими відхиленнями даного спектру являються також оніхофагія (гризання нігтів) та ексцоріації (розчісування шкіри). Та все ж наразі в психологічній практиці ці невротичні прояви, особливо у дітей та до підліткового віку, як такими захворюваннями не вважаються. Все через те, що дані форми зняття внутрішнього напруження є еволюційно обумовленими формами поведінки, що порівнюється з процесом “грумінгу” у тварин, так як процес чищення своєї шкіри є не тільки фактором їх гігієни, але й фактором, що слугував заспокійливим компонентом для стабілізації нервової системи під час стресових ситуацій задля виживання особи [14, 22].

Патологічне накопичування або як його називають в зарубіжній практиці – hoarding – це надмірне, хворобливе накопичування речей, незважаючи на те чи цінна якась річ чи ні, що переходить у звикання до їх присвоєння, що переростає у хворобливе болюче розставання з цими речами, але у свою чергу, головними показниками є те, що речі зберігають не структуровано, а хаотично, без будь якого логічного підґрунтя, але для

діагнозу, захворювання повинне призводити до дезадаптації особи та його поведінки. Тривожність виявляється у моменті розставання з речами- тут ховається “больова точка” розладу, так як особа має “емоціну прив’язаність до об’єктів, що і проявляється в складнощах до розставання з ними [39, 42].

Синдром Туретта часто супроводжується не тільки тиками, але й obsесивно-компульсивними симптомами. Однак, важливо відрізнити ОКР, що виник як самостійний розлад, від obsесій, які є частиною синдрому Туретта.

Взаємозв’язок між obsесивними роздумами і депресією особливо тісний. Так як ОКР часто поєднується з депресією (близько 80%), що в тому що в іншому випадку можуть виникати суїцидальні думки. Через можливу серйозну дезадаптацію, ВООЗ включила obsесивно-компульсивний розлад в число 10-ти медичних і психіатричних станів, які є найбільш ймовірною причиною інвалідизації для хворого [37, 41].

Не дивлячись на те, що ОКР має багато схожого з іншими більш дослідженими відхиленнями та розладами психічного характеру, дане захворювання мало відоме своєю специфічною етіологією, когнітивним профілем, та нейронним підґрунтям. Багато дослідників вважали ОКР сімейним захворюванням, з урахуванням ураження родичів першого ступеню в два рази більшим ніж інших, та все ж немає наявних причин та доказів стосовно причин виникнення цього захворювання [32]. Також в силу різнобічності проявів ОКР у пацієнтів, психологи та психіатри не можуть виокремити певний профіль лікування захворювання, так як у одного пацієнта могу бути всі ознаки по класифікатору хвороб МКХ-11, в іншого виявиться субклінічні прояви (захворювання присутнє в організмі, але не проявляється явними клінічними симптомами) [57].

Тож можна зробити висновок того, що результати нейровізуалізації при ОКР є одними з більш достовірних у психіатричній практиці, зі структурними та функціональними порушеннями, які часто, вже зазначалось

раніше, реєструються в орбітофронтальній корі, передній поясній корі та хвостатому ядрі.

Інтегруючи нейробіологічні, когнітивні та клінічні дані, можна припустити, що ОКР можна розглядати як дисфункцію латеральної орбітофронтальної петлі, і що в основі багатьох симптомів та нейрокогнітивних даних лежать порушення когнітивних та поведінкових гальмівних процесів, що повинні забезпечити безперебійну роботу головного мозку [2].

Важливою складовою для визначення у людини саме проявів захворювання ОКР-спектру є диференційна діагностика, так як даний розлад дуже часто у психологічній практиці плутають з розладами іншого спектру та категорій, тож важливим є саме знання специфіки до класифікації цих хвороб.

Найчастіше ОКР перетинають з шизотиповим розладом, а все тому, що вони обидва відповідні саме за розлад мислення. За дослідженнями 2011 та 2014 років виокремили наступні: 12% у людей з шизофренією прослідковуються окремі симптоми ОКР; 30% відхилень при шизофренії відповідали критеріям ОКР; у хворих на ОКР в 3 рази вище ризик розвитку діагнозу шизофренії [37].

Існують основні постулати які допомагають чітко відокремити розлади ОК-спектру та шизотипові, за наступними характеристиками:

- обсесії сприймаються хворим як чужі йому, неприйнятні;
- при низькій усвідомленості хворого та невмінні рефлексувати, щодо своїх внутрішніх відчуттів, хворий може сприйняти такі думки як правдиві;
- відрізнити діагнози допоможе- наявність компульсій у відповідь на обсесії, без маревних інтерпретацій [22].

Детальніше щодо диференційної діагностики між ОКР та шизофренією у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Диференційна діагностика шизотипового та ОКР розладу.

Характеристика	Обсесивно-компульсивний	Шизофренія
----------------	-------------------------	------------

	розлад	
Основні симптоми	Нав'язливі думки (обсесії) та повторювані дії (компульсії), спрямовані на зменшення тривоги, пов'язаної з обсесіями.	Галюцинації, марення, розлади мислення, розлади мовлення, кататонічні симптоми, негативні симптоми (апатія, бідність мови, зниження емоційної реактивності).
Сприйняття реальності	Реальність сприймається адекватно, хоча людина розуміє, що її думки і дії є ірраціональними.	Спостерігаються порушення сприйняття реальності, галюцинації, марення.
Емоції	Переважають тривога, страх, почуття провини.	Можливі різноманітні порушення емоцій, включаючи емоційне збідніння, неадекватну емоційну реакцію.
Поведінка	Повторювані ритуали, спрямовані на зменшення тривоги.	Можливі різні порушення поведінки, включаючи неорганізовану поведінку, кататонію.
Інсайт	Пацієнти зазвичай розуміють, що їхні обсесії і компульсії є ірраціональними.	Пацієнти можуть втрачати реальну оцінку щодо своїх симптомів, втрата інсайту.
Причини	Комбінація біологічних, психологічних і соціальних факторів.	Комбінація генетичних, нейробіологічних і психосоціальних факторів.
Лікування	Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), фармакотерапія (антидепресанти).	Комбіноване лікування, що включає психофармакотерапію (антипсихотики) і психосоціальну реабілітацію.

Також коротко охарактеризуємо менш виражені коморбідні поєднання, але не менш важливі, основні захворювання та похідні від них гілки, які можуть бути сплутані з ОКР:

– тривожні розлади: генералізований тривожний розлад- характеризується постійним відчуттям тривоги і занепокоєння щодо різних аспектів життя; соціальний тривожний розлад- виявляється страхом соціальних ситуацій і оцінки з боку інших людей; специфічні фобії- страх конкретних об'єктів або ситуацій [22].

– депресивні розлади: депресія- характеризується зниженим настроєм, втратою інтересу до життя, відчуттям безнадії [22, 37].

– соматиформні розлади: іпохондрія – зайва стурбованість власним здоров'ям, переконання в наявності серйозного захворювання;

обсесивно-компульсивний розлад особистості- має спільні риси з ОКР, але відрізняється більшою стійкістю симптомів і меншою вираженістю обсесій і компульсій [22, 39].

Ключові відмінності ОКР від інших розладів:

-наявність обсесій і компульсій – це основна відмінність ОКР [14].

Характер тривоги: при ОКР тривога пов'язана саме з обсесіями і компульсіями, тоді як при інших тривожних розладах тривога може бути більш дифузною і не пов'язана з конкретними думками або діями; вплив на функціонування – ОКР може значно порушувати повсякденне життя людини, віднімати багато часу і сил [36, 37].

1.2 Патогенез та фізіологічні основи у розвитку обсесивно-компульсивного розладу

На даний момент дослідження епідеміології ОКР дуже суперечливе. Досить часто вказується поширеність ОКР не більше від 1-3%. Поширеність його приблизно 1-3:100 у дорослих і 1:200-500 у дітей та підлітків, хоча розпізнані клінічно випадки трапляються рідше (0,05-1%), так як у багатьох цей розлад може бути не діагностовано через стигматизацію (таврування, навішування ярликів; процес виокремлення індивідів на підставі їхніх негативних, неприйнятних індивідуальних рис (уявних чи дійсних) з їх відсторонення чи ізоляції) [13, 15].

Перші згадки про обсесивно-компульсивний розлад (судячи з давніх описів тодішніх цілителів та лікарів) були ще за 350 р. до н.е., і описували дану хворобу як наслідок дії злих духів, які вселяються в людину. Лікування полягало в очищенні цілительними травами та інших релігійних обрядах. В часі Середньовіччя сер. XI – кін. XV століть симптоми ОКР часто асоціювали з чаклунством і відьмами. Хворих переслідували інквізитори і піддавали жорстоким покаранням [13, 39]. Вже пізніше, у часи Просвітництва сер. XVII-XIX ст. З'являється так зване вчення з психології “психоаналіз” і його відкривач Зигмунд Фрейд вважав, що ОКР є результатом несвідомих

конфліктів, які виникають у ранньому дитинстві, особливо пов'язаних з анальною стадією розвитку, якому притаманні захисні механізми як обсесії і компульсії розглядалися як спроба захиститися від неприємних думок і почуттів. Лікування було спрямоване на виявлення і вирішення несвідомих конфліктів.

Далі дослідники напрямку поведінкової психології розглядали прояви ОКР як класичне кондиціонування, коли нейтральний стимул (наприклад, бруд) асоціюється з негативним досвідом (наприклад, хворобою) і викликає тривогу. Також виокремлювалось оперантне (обумовлене) кондиціонування де компульсії розглядалися як поведінка, яка підкріплюється зменшенням тривоги, що викликається обсесіями. Лікування полягало в поведінковій терапії, такі як експозиція з профілактикою реакції, спрямовані на зміну поведінки шляхом поступового зіткнення з об'єктами або ситуаціями, що викликають страх [12, 19].

Якщо говорити про сучасні погляди та дослідження, то розглядають наступні доказові доктрини, що пояснюють розвиток та захворювання ОКР, а саме:

1. Нейробіологічна модель: структурні зміни мозку- порушення в базальних гангліях, орбітофронтальній корі та передній поясої корі; функціональні порушення- зміни в активності нейронних мереж, пов'язаних з контролем поведінки, емоціями та прийняттям рішень; нейротрансмітер- роль серотоніну, дофаміну, глутамату [27].

2. Генетичні фактори: пошук генів- ідентифікація генів, пов'язаних зі схильністю до розвитку ОКР; взаємодія генів і середовища- генетична схильність може проявлятися лише за певних умов середовища [34].

3. Психологічні фактори: когнітивні спотворення- неадаптивні схеми мислення, такі як катастрофізація та перфекціонізм; емоційна регуляція- труднощі з регуляцією негативних емоцій [32].

4. Інтегративний підхід: біопсихосоціальна модель- ОКР розглядається як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів;

персоніфікована медицина- розробка індивідуальних планів лікування з урахуванням особливостей кожного пацієнта [31].

Тож можна сказати, що розвиток ОКР прийнято асоціювати з патологічним функціональним зв'язком конкретних анатомічних структур головного мозку. Протягом десятиліть ОКР вивчали за допомогою методів нейровізуалізації, включаючи: комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), магнітно-резонансну спектроскопію (МРС), і позитронно-емісійну томографію (ПЕТ). І було виокремлено наступні основні нейронні мережі, залучені в патогенезі ОКР:

- кортико-стріато-таламо-кортикальна (КСТК) петля- ця мережа відіграє ключову роль у регуляції поведінки, когнітивних функцій та емоцій. При ОКР спостерігаються дисфункції в КСТК мережі, що призводять до труднощів у пригніченні нав'язливих думок та у виконанні цілеспрямованих дій [9].
- орбітофронтальна кора- ця область мозку відповідає за прийняття рішень, емоційне навчання та контроль імпульсів. У хворих на ОКР спостерігаються зміни в активності та структурі орбітофронтальної кори, що може призводити до порушення оцінки ризику та посилення тривоги [1].
- передня поясна кора- ця область мозку залучена в моніторинг конфліктів та виявлення помилок. При ОКР підвищена активність передньої поясної кори може сприяти посиленню відчуття загрози та необхідності виконання ритуалів [1].
- базальні ганглії- ця група ядер відіграє важливу роль у формуванні звичок та автоматичних рухів. При ОКР дисфункція базальних ганглій може призводити до утруднення гасіння небажаних відповідей і повторення компульсивних дій [1, 2].

Нейробіологічні моделі ОКР здебільшого сконцентровані на дисфункціональній роботі всередні нейронних контурів, що з'єднують більш розвинені префронтальні коркові і премоторні коркові структури мозку людини з більш примітивними структурами, які розташовані ближче до

стовбуру мозку. Тобто основне джерело захворювання заходиться у лімбічній системі, а точніше в кортико-стріато-таламо-кортикальній петлі, що безпосередньо відповідає за свідоме існування людини [27, 34].

Для прикладу варто охарактеризувати нормальну роботу системи префронтальної коркової й премоторної коркової структур та уражену при розладі ОКР на рис. 1.3.

Бачимо, що при нормальній роботі кортико-стріато-таламо-кортикальних петель задіяне звичайне коло з активуючою дією глутамату й дофаміну, інгібуючою дією ГАМК (гамма-аміномасляна кислота), серотоніну і його як активуючою так й інгібуючої дії (зменшення швидкості реакції під впливом певної речовини (інгібітора)) [28].

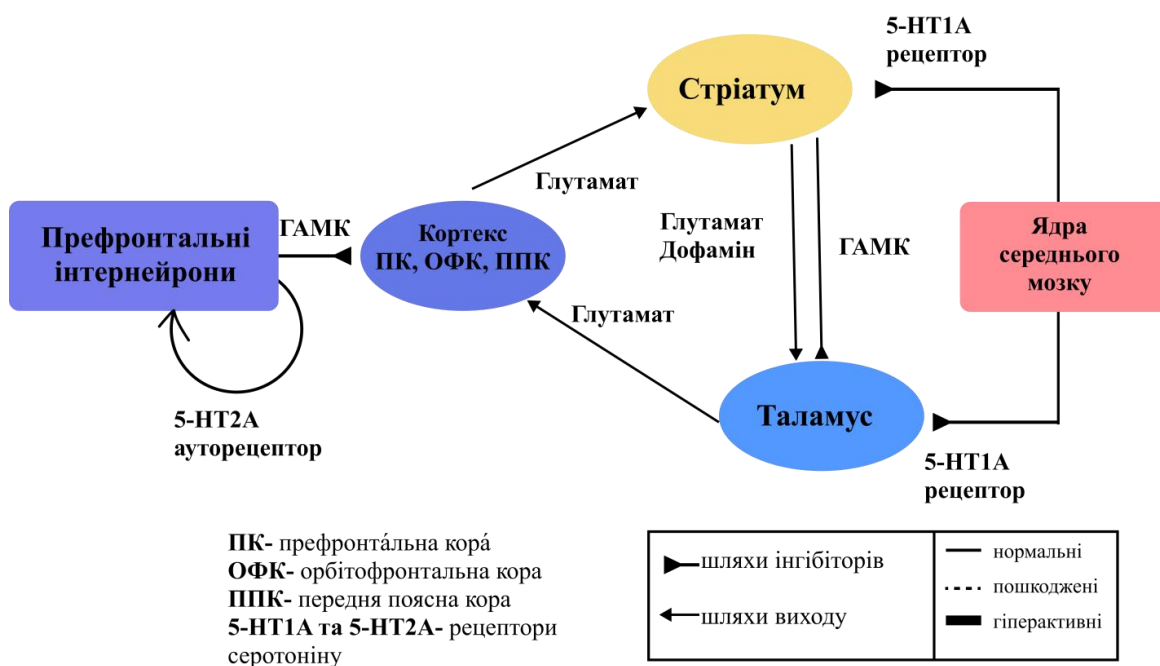


Рис. 1.3 Нормальний режим роботи кортико-стріато-таламо-кортикальної петлі

Якщо ми розглянемо схему порушеної роботи мозку при ОКР то виявимо наступні відхилення на рис. 1.4

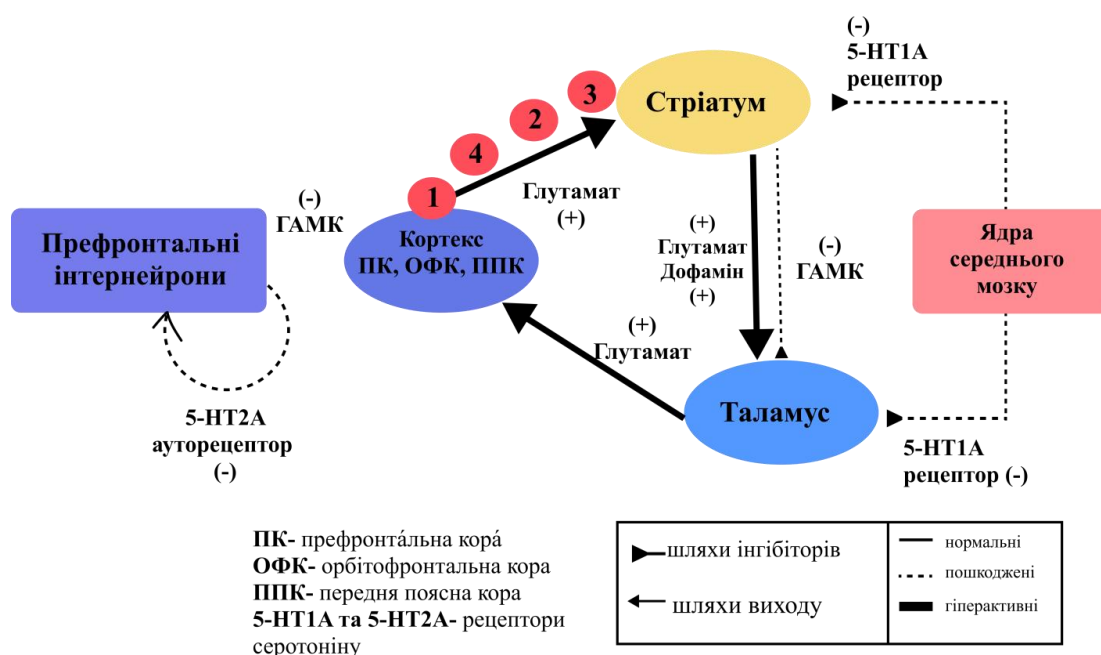


Рис. 1.4 Порушена робота кортико-стріато-таламо-кортикальної петлі, гіперактивація збуджуючих нейромедіаторів

При порушенні нормального функціонування кортико-стріато-таламо-кортикальних петель спостерігається значна гіперактивність цієї нейронної мережі. Такий дисбаланс часто пов'язаний з порушенням нейромедіаторної передачі. Зокрема, зниження рівня гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) та серотоніну, які є основними гальмівними нейромедіаторами в цій системі, що призводить до ослаблення їхнього інгібуючого впливу на нейрони. Одночасно відбувається посилення збуджуючої передачі за рахунок підвищення рівня глутамату та дофаміну. Наслідком цього дисбалансу є порушення координації рухів, когнітивних функцій, а також виникнення нав'язливих думок і дій. Гіперактивність петель може призводити до формування стійких патологічних нейронних зв'язків, що ускладнює лікування.

Так базальні ганглії представляють собою певну групу нервових ядер, що розташовані в «основі» мозку, яка складається з декількох підкіркових ядер [9, 1]. Ці ядра складаються з похідних частин: блідої кулі, чорної субстанції, субталамічного ядра і стріатуму, що лежить в основі розладу, сам

стріатум складається з хвостатого ядра, лушпини і прилеглого ядра (про які детальніше буде йти розмова далі) [1].

Можна підсумувати, що саме базальні ганглії несуть вагомий вклад у розумові процеси та є серединною ланкою у складній системі петель, що об'єднує когнітивні (мислинні) і моторні функції. При неврологічних порушеннях, що зачіпають базальні ганглії (наприклад, розсіяний склероз, хорея Гантінгтона і хвороба Паркінсона), часто бувають наявні ОКР-подібні компульсії, що веде нас до диференційної діагностики за участі розладу ОК спектру [29].

У контексті ОКР, особливо важливу роль відіграють префронтальна кора, орбітофронтальна кора та поясна кора. Ці структури утворюють два основних нейронних контури за якими працює ОК-сценарій: вентромедіальний "афективний" та дорсолатеральний "когнітивний". Перший пов'язаний з обробкою емоційної інформації, надає певного забарвлення емоційно-чуттєвої сфери людини, а другий – з когнітивними процесами, такими як прийняття рішень та планування [9, 32]. Обидва контури тісно взаємодіють через цингулярний пучок (велика група нервових волокон, що з'єднує різні ділянки головного мозку, відіграючи важливу роль у передачі інформації між ними) та передню ніжку внутрішньої капсули (парне стеблоподібне утворення, яке з'єднує головний мозок зі стовбуром мозку, вони допомагають вдосконалювати рухові дії, засвоювати нові рухові навички та перетворювати пропріоцептивну інформацію в підтримку рівноваги та постави).

Сучасні моделі нейронних механізмів ОКР розширили цю картину, додавши ще один важливий компонент – вентральний когнітивний нейронний контур. Цей контур бере участь у процесах оцінки ризику та мотивації, що також є важливими аспектами ОКР, так як саме мотиваційна сфера й наштовхує хворого на компульсивні дії [31,33].

Наразі можна виділити головне, а саме, що ОКР включає як емоційну-підкоркову, так і когнітивні, вищі функції у творенні компульсій, найчастіші

з них- перевірки та миття рук. Японський дослідник Накао разом з іншими науковцями визначили, що при компульсивній перевірці базальні ганглії відіграють ключову роль у формуванні навичок та процедурної пам'яті, що призводить до автоматизації цих дій. Водночас, порушення функції дорсолатеральної префронтальної кори ускладнює контроль над цими імпульсами. Компульсивне миття рук, з іншого боку, тісно пов'язане з активацією мигдалеподібного тіла та острівка, що призводить до посилення відчуття тривоги та відрази, які підсилюють мотивацію до виконання цих дій.

Пізніше Накао запропонував багатовимірну модель ОКР-петель, що відображала природу компульсій різного типу і пов'язані з цими симптомами ділянки мозку, приклад на рис. 1.5 (рис. 1.5).

Аналізуючи нейронні процеси на рис. 1.5, що лежать в основі ОКР, дослідники виявили залучення кількох ключових структур. Зокрема, передня поясна кора відіграє центральну роль, взаємодіючи зі стріатумом. Цей нейронний контур активується під час різних когнітивних завдань, включаючи перевірки та оцінку ситуацій.



Рис. 1.5 Структури, що відповідальні за компульсії перевірок та миття рук, їх функціонування. Аббревіатури: длПФК –дорсолатеральна префронтальна

кора; влПФК –вентролатеральна префронтальна кора; ОФК – орбітофронтальна кора; ППК –передня поясна кора; зБК –зовнішня біла куля; вБК –внутрішня біла куля; ПЯ –прилегле ядро.

При більш складних поведінкових актах, таких як миття рук або переживання емоційного стресу, до роботи залучаються додаткові структури: префронтальна кора, дорсолатеральна кора та мозочок. Вони працюють спільно з ППК, формуючи складні нейронні мережі, які відповідають за регуляцію поведінки та емоцій [9, 31].

Кортико-стріато-таламо-кортикальні петлі (в які, як ми вже говорили раніше, входять ОФК та ППК), продовжують свій шлях у головці хвостатого ядра у стріатумі. І тут впливає найголовніший аргумент, стосовно нейробіологічної природи ОКР , а саме , що патологічні прояви беруть свій початок через дисбаланс між прямим (direct) та непрямим (indirect) шляхом базальних гангліїв.

Ефект від прямого шляху є збуджуючим, від непрямого –інгібуючим. Зокрема, зміщення в сторону прямого шляху у межах ОФК/ППК КСТК-петель може сформувати «пастку» з obsесивних думок, що проявляється у взаємній гіперактивації між ОФК і таламусом [9,61].

Тобто в даній моделі ми бачимо чіткий зв'язок, в першу чергу це те що передня поясна кора здатна активуватись у відповідь на “помилки” суб’єкта, вона задіяна у процесі компульсивного, багаторазового перевіряння. Наступні відділи як скронева та префронтальна кори головного мозку відповідні за соматичне сприйняття і при взаємодії з мозочком вони утворюють дію як компульсивне миття рук. Ці нейрокогнітивні порушення призводять до виникнення так званої "ОКР-петлі", яка характеризується виконавчою дисфункцією та порушеннями обробки невербальної інформації. В результаті повторюваних дій ця петля здатна підсилює сама себе, створюючи замкнене коло, в якому неврологічні зміни підтримують і посилюють симптоми ОКР (рис.1.6) [2, 59].

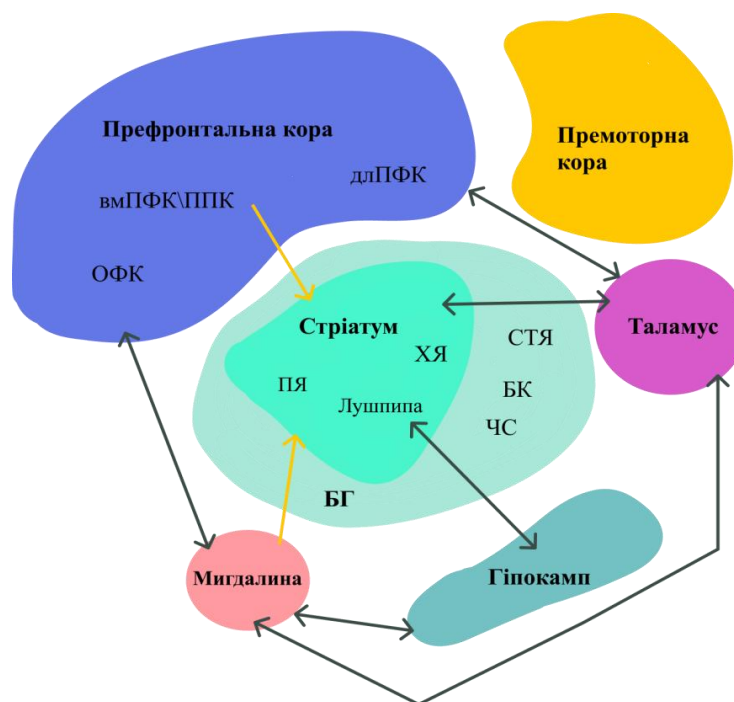


Рис.1.6 Схематичне зображення ділянок мозку, задіяних у патології ОКР. Аббревіатури: БК –бліда куля; ПЯ –прилегле ядро; ЧС–чорна субстанція; СТЯ –субталамічне ядро; БГ –базальні ганглії.

Загалом самі КСТК петлі, на зразок електричних кіл, проходять через структури мозку, що є відомими вже нам базальними гангліями. Вони виконують різноманітні функції, від контролю рухів до прийняття рішень та емоційної регуляції [59,61].

Вчені виявили щонайменше п'ять основних таких петель, кожна з яких закінчується в різних ділянках мозку: моторна кора- ця петля пов'язана з контролем рухів; фронтальні очні поля- ці ділянки мозку відіграють важливу роль у зоровому сприйнятті та взаємодії з навколишнім середовищем; длПФК- ця область відповідальна за складні когнітивні функції, такі як планування, прийняття рішень та робоча пам'ять; ОФК – ця ділянка пов'язана з емоційною регуляцією, прийняттям соціальних рішень та контролем імпульсів; поясна кора- ця область бере участь у обробці емоцій, мотивації та уваги [29, 32, 39].

Наразі відомі наступні можливі нейрофізіологічні механізми ОКР які виникли в силу різних досліджень та переконань щодо різної природи захворювання:

- порушення нейротрансмісії – зміни в рівні та функціонуванні нейромедіаторів (серотонін, дофамін, глутамат, ГАМК) можуть призводити до дисфункції нейронних мереж, залучених в патогенез ОКР;

- нейропластичність – здатність мозку змінюватися внаслідок досвіду та навчання може бути порушена при ОКР. Це може призводити до зміцнення нейронних зв'язків, що підтримують нав'язливі думки та компульсивні дії [9].

- врожені фактори ризику – генетична схильність може впливати на розвиток ОКР, змінюючи структуру та функцію мозку [9,67].

Також на біохімію здорового та ураженого мозку можна подивитись за допомогою МРТ знімку. Бачимо, що у дорослих пацієнтів спостерігається збільшення загального об'єму сірої речовини і зниження вмісту білої речовини, що підтверджує попередні доведення збою роботи КСТК петель [61].

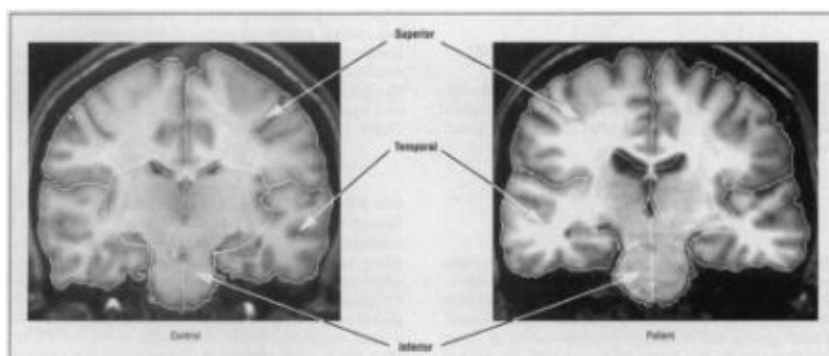


Рис.1.7 Зниження вмісту білої речовини у пацієнтів з ОКР (справа) у порівнянні з контролем (зліва)

Про розмір базальних ганглій у дорослих пацієнтів донині існують розбіжності в думках. Щодо розміру базальних гангліїв у дорослих пацієнтів з ОКР існують суперечливі дані від різних досліджень. У одних [40]. було

спостережено вагомі зміни об'єму базальних ганглій у вибраних групах порівняння, коли як в інших дослідженнях [38, 67].

У дослідженнях, щодо спостереження функціонування та перемінності мозку у хворих на ОКР встановлено наступні розбіжності між дорослими з ОКР та контрольною групою:

- був помічений доволі міцний зв'язок між здатністю пацієнтів з ОКР до інгібування відповіді та розміром хвостатого ядра;

- було виявлено білатеральне (дзеркальне) зменшення об'єму орбітофронтальної кори у дорослих пацієнтів з ОКР у порівнянні з контрольною групою;

- було також виокремлено білатеральне зменшення об'єму мигдалин, але не гіпокампа, у дорослих пацієнтів з ОКР у порівнянні з контрольною групою [2,13].

Виходячи з усіх пройдених досліджень патологічного розвитку ОКР, можна сказати звисно, що ці дані часто інтерпретують як доказ аномального функціонування кортико-стріато-таламо-кортикальних петель, зв'язаних з орбітофронтальною і поясною корою. У кожної теорії є як свої прибічники так і ті хто не згоден з нею, і цю теорії також не оминули деякі розбіжності у поглядах дослідників та суперечки щодо неї. Суперечки точаться навколо питання, що оскільки гіперактивність зазначених вище ділянок може являти собою як причину, так і наслідок симптомів, але дисфункція КСТК-петель залишається домінуючою моделлю для розуміння ОКР-симптоматики.

Щоб краще зрозуміти, що відбувається в мозку людини з obsesивно-компульсивним розладом (ОКР), вчені використовують спеціальні методи дослідження, які дозволяють "побачити", які ділянки мозку активні в різні моменти і ці методи називаються функціональною візуалізацією.

Дослідження мозку при ОКР зазвичай проводять за такими сценаріями:

1. Спокійний стан - вчені спостерігають за активністю мозку людини з ОКР, коли вона просто відпочиває і нічим не займається.

2. Провокування симптомів - дослідники створюють ситуації, які провокують появу нав'язливих думок або бажання виконати певний ритуал, і спостерігають, як при цьому змінюється активність мозку.

3. Після лікування - вчені порівнюють активність мозку до і після лікування, щоб оцінити ефективність терапії.

4. Виконання завдань - людям з ОКР пропонують виконати різні завдання, наприклад, пов'язані з прийняттям рішень або контролем імпульсів, і спостерігають, як при цьому працює їхній мозок [49,64].

Вони визначили наступні специфічні відмінності серед досліджуваних груп людей, а саме: у спокійному стані – вони часто бувають більш активними, ніж у здорових людей; під час провокації симптомів – їхня активність ще більше зростає; після лікування – активність цих ділянок може нормалізуватися; при виконанні завдань – вони можуть бути менш активними, ніж у здорових людей, особливо коли завдання пов'язані з гнучкістю мислення і пригніченням автоматичних реакцій [63, 13].

Тож аналізуючи результати когнітивних та поведінкових досліджень, вчені більше схильні до думки, що симптоми та прояви ОКР є наслідком недостатнього гальмівного контролю над своїми діями. А себто, компульсіями, через неможливість вплинути на інгібуючі властивості структур свого мозку для контролю своєю поведінкою. Інші дослідження показали, що пацієнти з ОКР переважно використовують гіпокамп-залежне (декларативне) навчання при формуванні нових навичок, тоді як контрольна група використовувала стріатум-залежне (імпліцитне) навчання. Це може відбуватися через перевантаженість системи стріатуму пацієнтів з ОКР компульсивними діями. Виходячи з досліджень, можна бути певними в тому, що при ледь помітних чи відсутніх проявах компульсивних дій при розладі ОК, все ж існують певні розбіжності у нейронній активності, що відображають компенсаторні стратегії адаптації індивіда до середовища, але не кожен має таку здатність до панівної регуляції над власними когнітивними процесами.

1.3 Фактори впливу на розвиток та загострення obsесивно-компульсивного розладу

Як ми вже визначали раніше, точного фактору, що провокує виникнення розладу немає. Але головними з провокаторів захворювання є психогенні фактори. Термін "психогенії" введений в 1894 р. Німецьким психіатром Карлом Робертом Зоммером. Психогенії – це психічні розлади, які виникають у зв'язку з переживанням несприятливих ситуацій та обставин (неприємностей) [56].

Можна стверджувати, що люди які своєю нейрохімією мозку схильні до розладу, можуть ніколи і не захворіти ним, через відсутність стимульного або пускового механізму, що б запустив коло ОКР. А у людей, що також схильні до розладу в силу своєї нейрохімічної особливості, через певний травматичний досвід можуть почати помічати перші прояви даної хвороби.

Стрес може посилювати симптоми ОКР, активуючи нейронні мережі, пов'язані з тривожністю та страхом і як ми вже знаємо то це вже відомі нам мигдалини, базальні ганглії та ППК. Крім того, хронічний стрес може призводити до структурних змін в мозку, що сприяють розвитку і підтримці ОК [63, 13].

Незважаючи на відносно тривалу історію досліджень ОКР, ранні роботи та багато подальших в цій галузі мають обмежену цінність через ряд методологічних недоліків, таких як малі вибірки, різні критерії діагностики та відсутність контролю за потенційним впливом дослідника на оцінку стану контрольних груп.

Одним з найбільш точних досліджень вродженої природи ОКР хвороби є дослідження близнюків або парне дослідження. Різниця в конкордантності (поєднаності) між монозиготними і дизиготними близнюками може бути використана для оцінки відсотка фенотипічної варіативності, яка зумовлена генетичними факторами [32, 33].

У найбільш всеосяжному огляді на сьогодні, ван Гротхест та ін. узагальнили всі опубліковані дослідження близнюків з 1929 по 2005 рік.

Після 2005 року було опубліковано лише два додаткові дослідження близнюків з ОКР. Перше з них включало 854 пари 6-річних близнюків, які були відібрані з вибірки в громаді і згодом діагностовані за допомогою критеріїв DSM-IV на основі інтерв'ю з матерями. Результати дослідження Болтона та ін. узгоджуються з більшістю досліджень з достатніми вибірками і підтверджують гіпотезу про те, що генетичні фактори відіграють значну роль в етіології ОК поведінки та ОКР в цілому [50].

У дослідженнях було вивчено зв'язок між obsесивно-компульсивним розладом (ОКР) та двома поширеними супутніми розладами: тикозним розладом і тривожними розладами. Отримані результати підтверджують гіпотезу про спільні етіологічні фактори для ОКР і тикових розладів, а також ОКР і інших тривожних розладів. Це узгоджується з припущенням, що можуть існувати різні підтипи ОКР, які мають різні основні фактори ризику.

В огляді досліджень до 2006 року ван Гротхест та його колеги встановили, що obsесивно-компульсивні симптоми у дітей є спадковими з генетичним впливом 45-65%, а у дорослих – 27-47%. Два нові дослідження підтвердили, що адитивні генетичні фактори пояснюють 29% варіативності для ОКР та субклінічного ОКР. У дослідженні Болтона сімейна агрегація через генетичні та спільні екологічні фактори склала 47% фенотипічної варіативності, хоча окремо ці впливи не оцінювались [64].

Наступне дослідження, опубліковане в 2009 році, зібрало дані від 2801 пари молодих дорослих близнюків у Норвегії за допомогою Композитного міжнародного діагностичного інтерв'ю (CIDI). У цьому дослідженні було вивчено спадковість п'яти тривожних розладів (генералізований тривожний розлад, панічний розлад, фобії, obsесивно-компульсивний розлад і посттравматичний стресовий розлад). Вірогідні дані про тривожні розлади були доступні для 1385 пар близнюків, але лише у 57 пар один із близнюків мав діагноз ОКР. Через низьку поширеність ОКР у цій вибірці дослідники

включили до аналізу осіб, які відповідали критеріям для субклінічного ОКР. Загальна кількість пар, у яких принаймні один з близнюків мав діагноз ОКР або субклінічного ОКР, склала 165. Оцінка спадковості ОКР становила 29%. Водночас було виявлено, що 55% цієї спадковості пояснюються загальним фактором, спільним для всіх п'яти тривожних розладів, тоді як 45% припадають на специфічні прояви, властиві лише ОКР, детальніше щодо результатів у табл. 1.5 [45].

Таблиця 1.5

Дослідження ОКР у близнюків для виявлення відсотка фенотипічної
варіативності

Дослідження	Опис
Дослідження взаємозв'язку ОКР з супутніми розладами, Болтон, 2005 рік	Підтверджено наявність спільних етіологічних факторів для ОКР та тикозних розладів, а також ОКР і інших тривожних розладів. Різні підтипи ОКР можуть мати різні фактори ризику.
Огляд досліджень спадковості ОКР до 2006 року, Гротхен	У дітей спадковість ОК симптомів становить 45-65%, у дорослих – 27-47%.
Спадковість ОКР (CIDI, 2009)	2801 пара близнюків, з яких лише 165 пар мали прояви розладу ОКР. Спадковість склала 29%. Водночас було виявлено, що 55% цієї спадковості пояснюються загальним фактором, спільним для всіх п'яти тривожних розладів, тоді як 45% припадають на специфічні прояви, властиві лише ОКР.

Також одним з видів дослідження кореляції факторів, що впливають на розвиток ОКР був фенотиповий аналіз, тобто сукупність характеристик, властивих індивіду на певній стадії розвитку. Будь-яка спостережувана характеристика чи риса організму: як-то його морфологія, розвиток, біохімічні та фізіологічні властивості чи поведінка [23, 32].

Фенотипічний аналіз оцінював композитні бали для підшкали обсесивно-компульсивної поведінки у різні вікові періоди: 4, 7, 9 і 16 років. Невелика частка даних була відсутня (1,2% у 4 роки, 0,3% у 7 років, 0,6% у 9 років і 1,0% у 16 років), і ці прогалини заповнювалися за допомогою середнього значення підшкали ОКП, дозволяючи пропустити по одному пункту на учасника на кожний часовий період. Для визначення стабільності

ОКП були розраховані фенотипічні кореляції в межах суб'єкта з часом. Для попередньої оцінки спадковості були розраховані, знову ж таки, крос-близнюкові кореляції для монозиготних та дизиготних близнюків на кожному віковому етапі [29,35].

Фенотиповий аналіз використовував дані близнюків для порівняння фенотипічної подібності між МЗ-близнюками, які мають 100% спільних генів, і ДЗ-близнюками, які мають лише 50% спільних генів. Це перше дослідження, яке досліджує стабільність тяжкості ОКР від раннього дитинства до пізнього підліткового віку у великій вибірці спільноти. Кореляції між близнюками використовувалися для оцінки впливів адитивних генетичних факторів (А), спільного середовища (С) та не подібного середовища (Е). Більша схожість між МЗ-близнюками порівняно з ДЗ-близнюками вказувала на генетичні впливи на фенотип [27]. Неподібність, яка не пояснюється генетичними факторами, приписувалася впливу спільного середовища. Неподібність, що спостерігається між МЗ-близнюками, використовувалася для оцінки впливу не подібного середовища, включаючи похибку вимірювання. Якщо кореляції між ДЗ-близнюками були менш ніж половиною від кореляцій між МЗ-близнюками, тестувалися домінантні генетичні ефекти (D) з використанням моделі ADE [29,35].

Аналіз близнюків проводився у середовищі R, що дозволяє проводити структурні рівняння для генетично інформативних даних, контролюючи непідпорядкованість даних членів сім'ї. Змінні були скориговані з урахуванням віку та статі, що є стандартною практикою для кількісного генетичного моделювання. (рис. 1.8) [29].

Для вивчення генетичних та середовищних впливів на розвиток ОКП було використано багатовимірну модель Холецького. Ця модель передбачає, що кожна вікова точка має унікальні генетичні (А), спільні середовищні (С) та не подібні середовищні (Е) впливи, які можуть також впливати на наступні вікові точки. Загальний вплив А, С та Е на ОКР у кожному віці отримувався шляхом сумування всіх шляхів до цієї змінної [32,35].

Порівнювалися моделі ACE з урахуванням статевих відмінностей. Тестувалися кількісні та якісні відмінності між статями, щоб визначити, чи відрізняються чоловіки та жінки за рівнем або характером генетичних та середовищних впливів. Тестувалися також відмінності у варіативності між чоловіками та жінками.

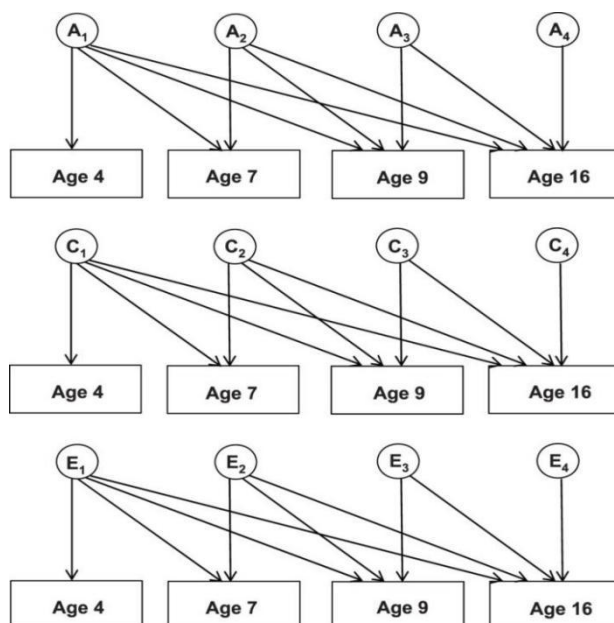


Рис. 1.8 Модель ACE декомпозиції Холеського. А- адитивні генетичні фактори; С-спільне середовище; Е- не подібне середовище

Таблиця 1.6

Результати дослідження Холецького

	Фактори впливу та результати відповідно вікової категорії			
Вік	A1	A2	A3	A4
4 роки	0.59 (0.57–0.62)			
7 років	0.19 (0.16–0.22)	0.42 (0.38–0.45)		
9 років	0.13 (0.09–0.17)	0.08 (0.04–0.13)	0.33 (0.26–0.40)	
16 років	0.06 (0.03–0.09)	0.02 (0.00–0.05)	0.08 (0.02–0.17)	0.17 (0.08–0.26)
	C1	C2	C3	C4
4 роки	0.00 (0.00–0.01)			
7 років	0.01 (0.00–0.04)	0.01 (0.00–0.04)		
9 років	0.00 (0.00–0.19)	0.14 (0.00–0.20)	0.00 (0.00–0.20)	
16 років	0.25 (0.00–0.31)	0.00 (0.00–0.28)	0.00 (0.00–0.21)	0.00 (0.00–0.20)
	E1	E2	E3	E4
4 роки	0.41 (0.38–0.43)			
7 років	0.03 (0.02–0.04)	0.35 (0.33–0.37)		
9 років	0.01 (0.00–0.02)	0.04 (0.03–0.05)	0.27 (0.25–0.29)	
16 років	0.00 (0.00–0.01)	0.01 (0.01–0.02)	0.02 (0.01–0.04)	0.38 (0.35–0.41)

Холеський розклад показав, що генетичні фактори, які впливають на організаційну громадську поведінку, зберігають свій вплив протягом різних вікових періодів, але їхня дія слабшає з часом. Наприклад, генетичні фактори, що пояснювали 59% варіативності ОКП у 4 роки, знижувалися до 6% у 16 років. Однак на кожному етапі з'являлися нові генетичні фактори, які складали понад 50% впливу на ОКП у відповідний час. Несумісні екологічні фактори мали незначний або короткостроковий вплив і були специфічними для кожного віку. Добто дослідження підтверджують, що ОКР є вимірювальним, а не категоріальним конструктом, що підтверджує валідність досліджень на аналогічних вибірках [32,67].

Тож бачимо, що на розвиток ОКР впливають різні чинники, як генетичні так і екстероцептивні процеси. І варто також приділити увагу головній тематиці дослідження, а саме стрес-фактори, що впливають на розвиток даного захворювання.

Дослідження показують, що стрес може спричиняти обсесивність як у здорових, так і в психіатричних групах. Хоча жодне дослідження експериментально не вивчало вплив гострого стресу на обсесивність серед пацієнтів з ОКР, опитування показують, що 25–67% пацієнтів з ОКР відзначають значні життєві події, більшість з яких є стресовими, у зв'язку з початком їхнього розладу. Пацієнти з ОКР також повідомляють про значно більшу кількість стресових подій за 6 і 12 місяців до початку захворювання та протягом усього життя порівняно з контрольними групами [7, 50, 52].

Травма є крайнім проявом психосоціального стресу, і дослідження пов'язують її з розвитком симптомів ОКР. Експозиція до травматичних подій асоціюється зі збільшенням тяжкості симптомів ОКР, особливо компульсій. Більшість досліджень показують, що люди, які зазнали таких подій, мають підвищений ризик розвитку ОКР. Наприклад, ті, хто повідомляв про травматичні події в дитинстві, у 5-9 разів частіше відповідали критеріям ОКР у дорослому віці [13, 52].

Вивчення конкретних типів травм показало зв'язок між певними видами травм і ОКР. Наприклад, ті, хто пережив сексуальне насильство, мають приблизно в чотири рази вищий ризик відповідати критеріям ОКР, ніж контрольні групи. Пацієнти з ОКР також частіше повідомляють про фізичне насильство та зневагу в дитинстві, ніж контрольні групи, і між тяжкістю насильства/зневаги та обсесивними симптомами у дорослому віці існує значний кореляційний зв'язок [27, 44].

Деякі люди, які зазнали травми, демонструють перекриття симптомів ОКР і ПТСР. Дослідження показують, що пацієнти з ОКР значно частіше відповідають критеріям ПТСР, а пацієнти з одночасним ПТСР і ОКР демонструють більшу вираженість обох видів симптомів порівняно з тими, хто має лише один з цих розладів.

Проте, наявні дані не встановлюють однозначно, чи є психосоціальний стрес або певні види стресу та травми специфічно пов'язаними з ОКР чи з психопатологією загалом. Можливо, такий фактор, як нейротизм, пов'язаний із реакцією на стрес у широкому діапазоні афективних і тривожних розладів, а ОКР є лише одним із прикладів. Щоб відповісти на це питання, необхідно порівнювати частоту і вплив стресу при ОКР з іншими клінічними станами, а не лише з контрольними групами. Хоча деякі дослідження показали, що стрес або травма можуть специфічно сприяти симптомам ОКР, для остаточного розуміння цього питання потрібно більше досліджень [7, 47].

Значну роль у закріпленні ОКР на підсвідомому рівні людини є вироблення звичок через багаторазове повторення рухів. Компоненти КТСК мережі пов'язані з розвитком негнучких моделей поведінки та звичок. Звички є асоціаціями між стимулом і реакцією, які стають автоматичними після тривалого практикування, у той час як цілеспрямовані дії є більш гнучкими й враховують мотиваційний стан, очікувані результати та контекстуальні змінні. Надмірна залежність від звичок вважається основним механізмом розвитку симптомів ОКР; пацієнти з ОКР мають схильність до негнучких звичок порівняно з більш гнучким, цілеспрямованим контролем поведінки.

Ця схильність може бути пов'язана з аномаліями у механізмах формування звичок та цілеспрямованого контролю або з дисфункцією виконавчих систем, які регулюють баланс між звичками та цілеспрямованими діями [43, 63].

Дослідження показують, що стрес може спричиняти структурні та функціональні зміни у кортико-стріатальних і лімбічних мережах, що змінюють баланс між звичковою та цілеспрямованою поведінкою. Надмірний стрес може викликати атрофію нейронів і втрату синапсів у медіальній префронтальній корі, орбітофронтальній корі, гіпокампі, дорсомедіальному стріатумі та вентральному стріатумі, а також порушувати нейрогенез у гіпокампі. Тривалий стрес, особливо в ранньому віці, може суттєво порушувати розвиток і функціонування стріатума та мигдалини, але також може спричиняти гіпертрофію нейронів і посилення синаптичної активності в цих структурах [14, 40].

Деякі дослідження на людях показують, що стресові події в ранньому віці, включаючи травматичні події, пов'язані зі зменшенням об'єму сірої речовини в кортико-стріатальних та лімбічних мережах. Інші дослідження виявили, що нещодавні стресові події та тривалі травматичні переживання теж можуть призводити до втрати сірої речовини в ППК, включаючи ОФК [14, 27, 50].

У статті 2020 року від Дослідницького інституту наук про життя та здоров'я, університету Мінью, Португалія, описано вимір розвитку стресу, тривожності, компульсій та obsesій у вибірці та контрольної групи, та детально описується, як стрес та травматичні події можуть провокувати розвиток або погіршення симптомів obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Стрес взаємодіє з вродженою вразливістю (діатез), що може призвести до розвитку патології. Зокрема, 25–67% пацієнтів з ОКР повідомляють про значні стресові події, що передували початку хвороби. Дослідження також показують, що травматичні події, особливо в дитинстві, збільшують ризик розвитку ОКР у 5-9 разів. Пацієнти з ОКР часто стикаються з підвищеним ризиком коморбідності з ПТСР [13, 63].

Зміни в структурі та функціях мозку, викликані стресом, добре узгоджуються з анатомічними субстратами контролю цілеспрямованої та звичної поведінки. Дисфункція структур мозку може порушувати цілеспрямований контроль поведінки, тоді як гіпертрофія та гіперфункція мигдалини та дорсолатерального стріатума можуть сприяти надмірній залежності від звичок. Це вказує на механізм, за допомогою якого стрес може викликати чи посилювати схильність до звичкової поведінки та тим самим індукувати або загострювати симптоматику ОКР [7, 23].

Конкретні анатомічні та функціональні ефекти стресу у кожної людини, ймовірно, залежать від складної взаємодії між факторами вразливості (генетичними або розвитковими) та природою, інтенсивністю і тривалістю стресових впливів. Надмірний стрес може призвести до інтерактивних ефектів у різних анатомічних областях, що може зрештою сприяти розвитку негнучких, автоматизованих моделей поведінки, таких як компульсивні дії та повторювані думки [27, 52].

Нейробіологічна література, яку коротко підсумовано вище, пропонує п'ять різних механізмів, за допомогою яких може бути спровоковане ОКР:

- надмірний стрес може призвести до атрофії хвоста, що може порушити цілеспрямований контроль поведінки [14];

- стрес може мати гіпертрофічний вплив на путамен, що може посилити сенсомоторні звички; роль такого ефекту при ОКР підтверджується відносною збереженістю об'єму путамена у пацієнтів протягом хвороби;

- стрес може погіршити складне просторове або декларативне навчання та пам'ять і таким чином спричинити упередження до звички через атрофію або порушення нейрогенезу гіпокампу [14];

- стрес може погіршити цілеспрямований контроль поведінки та гнучке перемикавання між звичною та цілеспрямованою системами через атрофію лобової кори [27];

- стрес може мати як гострий, так і тривалий вплив на баланс між звичкою та цілеспрямованою дією через гіперактивність мигдалини та, з часом, гіпертрофію [7].

Специфічні анатомічні та функціональні наслідки стресу для людини, ймовірно, залежать від складної взаємодії між основними факторами вразливості (наприклад, генетичним діатезом або діатезом розвитку) та природою, інтенсивністю та тривалістю стресового досвіду. Звичайно, надмірне навантаження, ймовірно, призведе до інтерактивного впливу на відмінності в анатомічних областях, перерахованих вище, які становлять інтерактивний контур. Загальний вплив схильності мозку залежати від звичних, негнучких моделей поведінки може призвести до розвитку та прояву звичної поведінки, компульсивної поведінки та повторюваних думок.

Висновок до першого розділу

У сучасному світі, що швидко змінюється та є непередбачуваним, зростає рівень стресу, який негативно впливає на різні аспекти суспільного життя, включаючи ментальне здоров'я. Одним із найважчих психічних розладів є obsесивно-компульсивний розлад (ОКР). ОКР характеризується наявністю нав'язливих думок (obsесій) та повторюваних дій або ритуалів (компульсій), які виникають як реакція на ці думки.

ОКР раніше класифікували як тривожний розлад, проте нові дослідження в області нейробіології призвели до перегляду його статусу. Було виявлено, що ОКР пов'язане з порушенням функціонування кортико-стріато-таламо-кортикальних петель, що вказує на біологічні механізми розладу, незалежні від зовнішніх стресових чинників. Це відрізняє його від тривожних розладів, де ключову роль відіграє вентролатеральна префронтальна кора та мигдалеподібне тіло. МКХ-11 створила нову категорію F42 "Obsесивно-компульсивні або пов'язані з ними розлади", що охоплює різні подібні захворювання.

В ОКР obsesії проявляються як небажані ідеї, образи або імпульси, що викликають значний психологічний дискомфорт, а компульсії – це ритуальні дії, що повторюються, щоб зняти тривогу, спричинену obsesіями. Людина усвідомлює неадекватність таких дій, але відчуває примус виконувати їх для тимчасового полегшення. Це створює замкнене коло тривоги та повторюваної поведінки, що значно ускладнює життя пацієнта.

Особливими формами obsесивно-компульсивного розладу є трихотиломанія та патологічне накопичування. Також ОКР часто супроводжується депресією та підвищеним ризиком суїцидальних думок.

Кортико-стріато-таламо-кортикальна петля з'єднує кору великих півкуль з базальними гангліями, відіграє ключову роль у регуляції поведінки та когнітивних процесів. При ОКР спостерігається гіперактивність цієї петлі, обумовлена порушенням балансу нейромедіаторів, зокрема, зниженням рівня ГАМК та серотоніну. Це призводить до посилення нав'язливих думок та дій, які характерні для цього розладу. Петлі, що проходять через базальні ганглії, виконують важливі функції, зокрема руховий контроль, когнітивну та емоційну регуляцію.

У розлади ОК-спектру можуть бути викликані різними факторами, але основну роль відіграють психогенні впливи, що виникають через стресові ситуації. Хоча люди, схильні до ОКР через нейрохімічні особливості мозку, можуть не розвинути захворювання без відповідного тригера, стрес може активувати нейронні мережі, пов'язані з тривогою, і спричинити прояви розладу.

Результати Холецького показали, що генетичні фактори, які впливають на obsесивно-компульсивну поведінку, зберігають свій вплив протягом різних вікових періодів, але їхня сила з часом слабшає. Дослідження також показують, що стрес та травматичні події можуть провокувати структурні зміни в мозку, що посилюють ОКР. Травма, особливо в дитинстві, значно збільшує ризик розвитку розладу та пов'язана з підвищеною ймовірністю коморбідності з посттравматичним стресовим розладом.

Взаємодія стресу з вродженою вразливістю може призводити до патологічних змін у мозку. Дослідження показують, що 25-67% пацієнтів з ОКР повідомляють про стресові події перед початком хвороби, а травматичні події в дитинстві підвищують ризик розвитку ОКР у 5-9 разів. Стрес також може впливати на анатомічні структури, спричиняючи атрофію або гіпертрофію мозкових ділянок, таких як мигдалина та стріатум, порушуючи баланс між звичною та цілеспрямованою поведінкою. Це посилює схильність до автоматизованих моделей поведінки, що є основою для розвитку компульсій та obsesій.

РОЗДІЛ II.

МЕТОДИ НА ВИЗНАЧЕННЯ ТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ВИМІРУ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ ПІД ВПЛИВУ ФАКТОРУ ВОЄННИХ ДІЙ

2.1 Методи аналізу та виявлення обсесивно-компульсивного розладу у людей, що знаходяться у факторі ризику захворювання

У час коли суспільство найбільше потерпає від емоційно виснажливих подій необхідним є процес визначення їх стану, а також робота для попередження загострення розладу у осіб, що мають схильність до їх появи. Наразі кожен вид розладу та відхилення від норми ми можемо наочно виміряти за допомогою допоміжних шкал, що науково довели свою ефективність у визначенні того чи іншого розладу поведінкової чи когнітивної сфери. Загалом для зрізу відомостей щодо психічного стану людини застосовуються наступні психологічні методи:

- психологічне інтерв'ю – психіатр або психолог проводить структуроване або напівструктуроване інтерв'ю для визначення наявності симптомів ОКР. Під час інтерв'ю використовуються стандартизовані питання для оцінки тривожних нав'язливих думок і ритуалів [4].

- оцінка психічного стану – професіонал може оцінити загальний психічний стан людини, включаючи настрій, думки, поведінкові патерни, що можуть свідчити про наявність ОКР, робити певний концептуалізований письмовий висновок щодо клієнта [4].

- психологічний тест – стандартизоване, часто обмежене у часі випробування, призначене для встановлення кількісних і якісних індивідуально-психологічних особливостей. Основне завдання тесту – передбачення на його основі майбутньої поведінки досліджуваного [4].

В даній роботі буде використовуватись саме методи психологічного тесту, тому що саме за допомогою тестових шкал можливе чітко та

систематизоване вимірювання необхідних показників для подальшого дослідження.

Для даного виду розладу обрано наступні методичні виміри на визначення ступеню впливу стрес-факторів на прикладі воєнних дій на території України на розвиток вже наявних акцентуацій з проявами розладу ОК-спектру та безпосередньо розвитку самого obsесивно-компульсивного розладу у осіб, що вже мають даний розлад або ж мають біологічну та емоційну схильність до його розвитку. У дослідженні використовувались наступні психологічні шкали для констатувального зрізу, як: опитувальник акцентуації характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека (Додаток А); тест на визначення рівня стресу (В.Ю.Щербатих) (Додаток Б); шкала Йеля-Брауна для obsесивно-компульсивного розладу (YBOCS) (Додаток В); шкала тривоги Бека (Додаток Г).

Характеризуючи опитувальник акцентуації характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека, виділимо наступну мету цього дослідження – встановити зв'язки між акцентуаціями характеру, описаними Леонгардом-Шмішеком та obsесивно-компульсивним розладом.

Формування вибірки передбачає відбір групи учасників: обох статей, віком від 15-50 років, з різним професійним становищем, що дозволить побачити кореляції виявлень тих чи інших акцентуацій залежно від особливостей групи. Вибір методик включає використання опитувальника акцентуацій Леонгарда-Шмішека, адаптованого для характеристики кореляції ОКР [12].

Процедура дослідження передбачає проведення індивідуального, анонімного тестування в спокійній обстановці. Перед початком тестування учасникам надається детальна інструкція, в якій пояснюється мета дослідження та процедура проходження опитувальників. Після збору даних проводиться статистичний аналіз для виявлення зв'язків між акцентуаціями та ОКР.

Етичні аспекти дослідження є надзвичайно важливими. Кожен учасник повинен ознайомитись з умовами опитувального процесу, а конфіденційність отриманих даних має бути гарантована для кожного. Учасники мають право відмовитися від участі в будь-який момент. Структура опитувальника включає блоки з демографічними даними, опитувальником Леонгарда-Шмішека, що потім будуть дослідженні методом факторного аналізу [70].

Щодо змінних даного опитувальника:

- незалежна змінна – цей опитувальник дозволяє виявити типи акцентуації характеру, які можуть впливати на прояви obsесивно-компульсивного розладу. У дослідженні можна встановити градації на основі типів акцентуацій як застрігаючий, педантичний, тривожний типи;

- залежна змінна – ступінь відповідності кожного з типів акцентуації, що виділені у незмінних змінних, фенотипу obsесивно-компульсивного розладу. Вивчення кореляцій між типом акцентуації та рівнем obsесивно-компульсивних проявів дозволяє виявити, чи є певні акцентуації сильніше пов'язані з ОКР.

По тесту на визначення рівня стресу за В.Ю. Щербатих, щодо визначення інтелектуальних, поведінкових, емоційних та фізіологічних ознак стресу, метою якого є виявлення та аналіз специфічних змін, викликаних стресом у людей, які є гіперчутливі до стресогенних чинників і виявлення найбільш схильними до розвитку початкових проявів ОКР. Для цього ми використаємо даний опитувальник, який дозволяє оцінити рівень емоційного напруження та його вплив на життєво важливі функції під час надмірного впливу стресогенних факторів [54].

Формування вибірки характеризується групою учасників експериментальної групи, що складається з осіб з характерними проявами ОКР та осіб у зоні ризику. Учасники контрольної групи будуть підібрані за такими критеріями, як вік, стать.

Процедура дослідження включає інформування учасників про мету дослідження, його процедуру та забезпечення конфіденційності отриманих даних. Далі буде проведено тестування, під час якого учасники виконають тест Щербатих та інші необхідні опитувальники. Отримані дані будуть статистично оброблені та охарактеризовані у вигляді факторного аналізу.

Виходячи з результатів, то передбачається, що учасники з більш вираженим ОКР демонструватимуть більш низьких поріг толерантності зі стресом за тестом Щербатих особливо за підтестами, що оцінюють увагу, концентрацію та пам'ять. Це може свідчити про негативний вплив стресу на важливі сфери життя людини та можливість розвитку у них патологічних проявів ОКР [70].

Проведене дослідження дозволить отримати додаткові дані про когнітивні особливості людей з ОКР та глибше зрозуміти механізми впливу стресу на їх інтелектуальні та емотивно-регулятивні функції. Для аналізу використовується кореляційний метод обробки даних, щоб виявити статистичний зв'язок між рівнями стресу та показниками за шкалою Йеля-Брауна [21, 54]. Щодо змінних опитувальника:

- незалежна змінна- цей тест оцінює інтелектуальні ознаки стресу, такі як порушення уваги, зниження здатності до концентрації, погіршення пам'яті. Варіації рівнів стресу можна розділити на градації (низький, середній, високий);

- залежна змінна- взаємозв'язок між рівнем стресу та інтенсивністю симптомів ОКР. Можливо, що вищий рівень стресу корелює з важчими obsесивно-компульсивними симптомами, що може бути підтверджено за допомогою шкали YBOCS [21, 49].

Шкала Йеля-Брауна для obsесивно-компульсивного розладу (YBOCS) є одним з найвідоміших та найчастіше використовуваних інструментів для кількісної оцінки тяжкості симптомів obsесивно-компульсивного розладу. Ця шкала дозволяє не лише визначити наявність розладу, але й оцінити частоту,

тривалість та інтенсивність нав'язливих думок і дій, а також рівень страху та дистресу, які вони викликають [49,51].

Структура та принцип роботи YBOCS характерне 10-ма пунктами, кожен з яких оцінює певний тип obsesій або компульсій. Для кожного пункту оцінюється частота появи симптомів, тривалість часу, який витрачається на виконання ритуалів, та рівень занепокоєння, викликаного цими симптомами.

Переваги використання YBOCS полягають у високій надійності та валідності, через її добре встановлені психометричні характеристики, що дозволяє порівнювати результати різних досліджень. Шкала відносно проста в застосуванні і не вимагає спеціальної підготовки для її адміністрування [51].

Порівняння учасників вибірки по YBOCS дозволяє порівнювати тяжкість симптомів у різних осіб з проявами ОКР, наприклад, у залежності від типу obsesій, компульсій або супутніх психічних розладів. Щодо змінних опитувальника:

- незалежна змінна-шкала Йеля-Брауна є ключовим інструментом для оцінки інтенсивності симптомів ОКР. Вона містить 10 основних пунктів, які оцінюють виразність obsesій і компульсій. Межі варіації балів можуть розділятися на декілька рівнів (легкі, помірні, важкі прояви ОКР);

- залежна змінна- кореляція між рівнем obsесивно-компульсивних симптомів та іншими психологічними характеристиками, такими як тривожність (за шкалою Бека) та акцентуація характеру.

Шкала Йеля-Брауна для obsесивно-компульсивного розладу є важливим інструментом для дослідження та клінічної практики. Вона дозволяє отримати об'єктивну оцінку тяжкості симптомів ОКР та відстежувати динаміку захворювання [21].

Продовжуючи дослідження ОКР, важливим інструментом є Шкала тривоги Бека. Очікується, що результати показуватимуть тісний зв'язок між високими рівнями тривожності та проявами ОКР. Учасники з більш вираженими obsесивно-компульсивними симптомами можуть також демонструвати підвищені бали за Шкалою тривоги Бека. Це свідчить про те,

що тривога є ключовим фактором у розвитку та підтриманні ОКР, посилюючи компульсивні дії, які слугують способом зниження тривожних відчуттів. Учасники даного опитування були підібрані за критеріями, як вік, стать та рівень освіти [65, 14].

Процес підготовки полягає у формуванні учасників, що згодні з обробкою їх результатів та їх інформування, стосовно процесу проведення тесту, також буде розповідь про мету дослідження та те, що вони мають право на відмові від проходження тестування. Зі свого боку маємо гарантувати їм безпеку наданих нам даних, щодо нерозголошення [14].

Аналіз даних полягає у факторній моделі обробки даних, того як тривога пов'язана з іншими симптомами ОКР. Щодо змінних опитувальника:

- незалежна змінна- шкала тривоги Бека оцінює рівень тривожності у пацієнтів. Тривога може бути одним із тригерів або наслідків obsесивно-компульсивного розладу. Рівні тривоги поділяються на низькі, середні та високі;

- залежна змінна- кореляція між рівнем тривожності та інтенсивністю ОКР. Можна припустити, що пацієнти з високою тривожністю за шкалою Бека також мають вищі бали за шкалою Йеля-Брауна.

2.2. Опис етапів проведення дослідження на визначення

У цьому розділі буде детально описано етапи проведення дослідження, спрямованого на визначення психологічних та емоційних наслідків тривалого стресу на фоні розвитку ОКР в умовах затяжного воєнного стану. Дослідження базується на комплексному аналізі отриманих результатів та має на меті розкрити складну взаємодію між хронічним стресом, викликаним воєнними діями, та особливостями перебігу ОКР.

З попереднього розділу було визначено, що актуальність даного дослідження зумовлена зростаючою кількістю випадків психічних розладів,

зокрема ОКР, в умовах затяжного стресового стану, як вже визначалось, значною мірою впливає на розвиток розладу тривожного спектру.

Дослідження проводилося з урахуванням етичних норм та принципів конфіденційності, що особливо важливо в контексті вразливості досліджуваної популяції. Методологія дослідження базувалася на обробці кількісних методів, що дозволило отримати всебічне розуміння досліджуваної проблеми, а також важливою частиною є кореляційний аналіз отриманих даних для порівняльного статистичного формулювання результатів.

У наступних підрозділах буде детально розглянуто кожен етап дослідження, включаючи формування вибірки, збір даних, аналіз результатів та інтерпретацію отриманих даних.

Перед початком процесу аналізу отриманих статистичних даних, важливо забезпечити кілька ключових етапів, які впливають на достовірність і точність результатів. Одним з таких етапів є перевірка репрезентативності вибірки, тобто наскільки вибрана група респондентів відображає загальну популяцію, на яку поширюються результати дослідження. Репрезентативність вибірки є важливою, оскільки вона гарантує, що висновки, зроблені на основі зібраних даних, можуть бути екстрапольовані на ширший контингент людей із подібними характеристиками.

Спосіб формування вибірки також відіграє ключову роль у надійності аналізу. Важливо визначити, чи вибірка була випадковою або цілеспрямованою, чи враховані соціальні, демографічні та інші змінні, що можуть впливати на результат. У випадку аналізу ОКР під впливом перманентного стресу в умовах воєнного стану, необхідно враховувати такі фактори, як вік, стать, соціальний статус, рівень участі у військових діях чи їхній вплив на респондента, рівень особистих втрат та інші психосоціальні аспекти.

Тільки за умови ретельно сформованої та репрезентативної вибірки можна провести якісний аналіз і зробити обґрунтовані висновки щодо

причин виникнення ОКР та механізмів його розвитку в умовах воєнного стану.

Вибірка для даного дослідження формувалась за наступними положеннями:

- цільовою групою є цивільні особи, група внутрішньо переміщених осіб та деяка частина осіб військових, що знаходиться в зоні бойових дій;

- в учасників, які мали пройти опитування, мали пережитий тривалий стрес (або досі наявний), відсутність інших серйозних психічних розладів (окрім проявів ОКР та тривожних розладів, що є предметом дослідження), обов'язкова згода на участь у дослідженні (без розголошення конфіденційної інформації опитуваного);

- кількість вибірки становить 51 особа (жінки – 37, чоловіки – 14), вік від 16-45 років, рід діяльності студент, навчається (18 ос.), студент та працюючий (4 ос.), працюючий (22 ос.), військовий (4 ос.), не працюють та не навчаються (3 ос.).

- принцип диференціювання не обмежений жорсткими рамками, тут діє рандомізація, що допомагає побачити гнучку змінну серед необхідних нам даних.

Залучення учасників відбувалось через запрошення студентів, анкетуванням через інтернет-платформи та соціальні мережі, безпосередня співпраця зі знайомими військовослужбовцями. Дані методи дозволили охопити широкий спектр різномірної опитуваної групи, що дало можливість дослідити необхідні величини у різних груп населення.

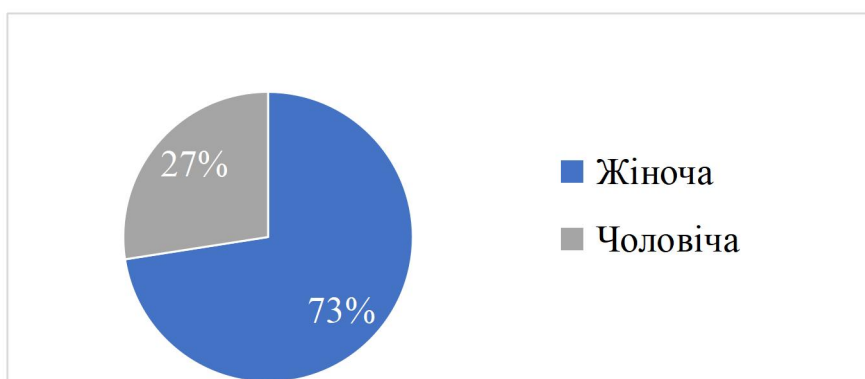


Рис. 2.1 Гендерний розподіл вибірки

В опитуванні прийняло участь 37 осіб жіночої статі, що становить 73 % із загальної кількості осіб та 14 осіб чоловічої статі, що становить 27 % із загальної вибірки. За віком вибірка була розподілена наступним чином: від 16 до 20 років – 21 % опитаних; від 20 до 25 років 45 % опитаних; від 25 до 30 років – 14 % опитаних, від 30 до 45 років – 20 % опитаних. Середній вік вибірки становить 25,16 років.

Також підсумовуючи вік опитуваних, маємо наступний розподіл рис. 2.2.

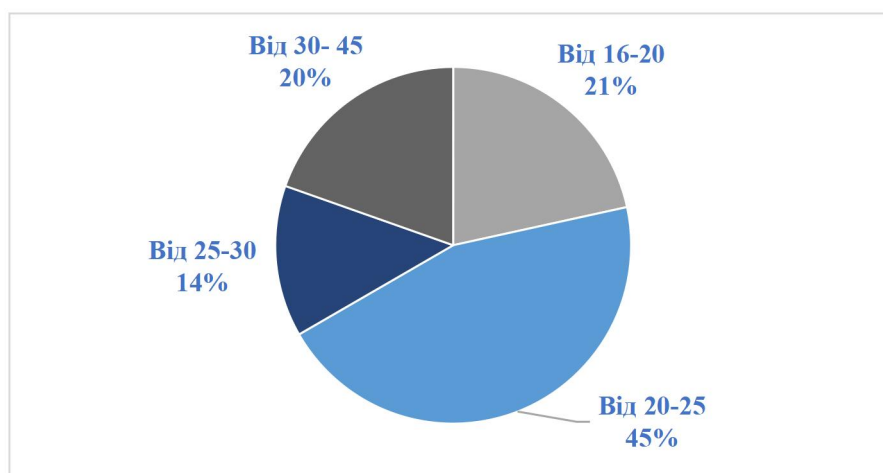


Рис. 2.2 Розподіл вибірки за віком

Стосовно етапів проведення дослідження, то воно складалось з пояснення респондентам щодо завдання проведення дослідження, безпосередньо про саме завдання та його структуру, була надана інструкція щодо виконання завдань, все це супроводжувалось безпосереднім контролем.

Загальною метою для учасників було названо, що дослідження проводиться з метою оцінки психологічних та емоційних наслідків тривалого стресу на фоні розвитку obsесивно-компульсивного розладу у контексті затяжного воєнного стану, було пояснено і за сам розлад. Також безпосередньо, було описано використовувані методики: опитувальник акцентуації характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека, тест на визначення рівня стресу В.Ю.Щербатих, шкала Йеля-Брауна YBOCS та шкала тривоги Бека.

Учасникам дослідження було запропоновано пройти низку тестів та опитувань, спрямованих на оцінку їхнього психоемоційного стану. Основна задача випробовуваних полягала в тому, щоб чесно та уважно відповідати на запитання, надані в тестах, без зовнішнього тиску або навіювань з боку експериментатора. Реальна мета дослідження – аналіз впливу тривалого стресу на розвиток ОКР – була названа загальним формулюванням: "Оцінка психічного стану людей, що перебувають в умовах стресу".

Перед початком тестування кожен учасник отримував наступну інструкцію:

"Шановний учаснику, вам пропонується пройти низку опитувальників, які дозволять оцінити ваш психічний та емоційний стан. Будь ласка, відповідайте на всі запитання чесно, не намагаючись вгадати правильну відповідь. Результати будуть використані виключно в дослідницьких цілях і залишаться конфіденційними. Якщо ви не зрозуміли якесь питання або маєте сумніви, зверніться до експериментатора для отримання роз'яснень."

Після надання інструкції учасникам було запропоновано короткий тест на розуміння завдання. Якщо учасник мав запитання або сумніви щодо тестів, експериментатор пояснював деталі процедури, не розкриваючи реальних цілей дослідження. Контроль за розумінням забезпечувався шляхом запитання: "Чи зрозуміли ви, що потрібно робити?". Якщо учасник не відповідав впевнено, йому ще раз пояснюється порядок виконання завдань.

Під час дослідження взаємодія між випробовуваними і експериментатором була мінімалізована, щоб уникнути можливого впливу на результати. Експериментатор відповідав на запитання учасників лише щодо технічних аспектів заповнення тестів, не коментуючи зміст завдань або оцінку відповідей. Це було зроблено для зменшення суб'єктивного впливу на випробовуваних та забезпечення об'єктивності результатів.

2.3 Аналіз результатів виміру ОКР під час впливу перманентного стресу під час воєнного стану

Проаналізувавши обрані методики, методи досліджень, репрезентативність обраної вибірки людей, можна перейти до розгляду та інтерпретації результатів вимірів ОКР, отриманих за допомогою обраних методик, з метою виявлення зв'язку між причинами виникнення та механізмами розвитку цього розладу під час впливу перманентного стресу, викликаного воєнним станом. Цей етап дослідження є ключовим для виявлення зв'язку між етіологією та патогенезом ОКР в умовах перманентного стресу, спричиненого воєнним станом.

Інтерпретація результатів вимагає комплексного підходу, який враховує багатofакторну природу ОКР та унікальний контекст воєнного часу. Перш за все, буде проведено статистичний аналіз кількісних даних, отриманих за допомогою стандартизованих шкал та опитувальників. Це дозволить виявити загальні тенденції у прояві симптомів ОКР серед досліджуваної популяції та оцінити їх інтенсивність в умовах тривалого стресу.

Особлива увага буде приділена порівняльному аналізу даних, зібраних до початку воєнних дій, з поточними результатами. Це допоможе визначити динаміку розвитку ОКР та оцінити вплив воєнного стану на перебіг розладу. Важливо буде простежити, чи відбулися зміни в характері obsesій та компульсій, їх частоті та інтенсивності.

Порівняльний аналіз між різними аспектами ОКР та специфічними стресорами воєнного часу дозволить виявити, які саме фактори найбільше впливають на посилення симптомів розладу. Це може включати аналіз різниці між рівнями прояву тривоги чи стресу у порівнянні з проявами симптомів ОК-спектру.

Початковим етапом аналізу ми обрали виявлення та оцінку схильності респондентів до проявів акцентуації особистості, зокрема, зосередившись на дослідженні вираженості застрягаючого, педантичного та тривожного типів за методикою Леонгарда-Шмішека. Цей підхід обґрунтований теоретичними

засадами, які вказують на потенційний зв'язок між певними акцентуаціями характеру та схильністю до розвитку ОКР, особливо в умовах хронічного стресу. На основі отриманих результатів ми побудували профілі цих трьох типів та порівняли їх із середнім профілем по нашій групі респондентів (рис. 2.3)

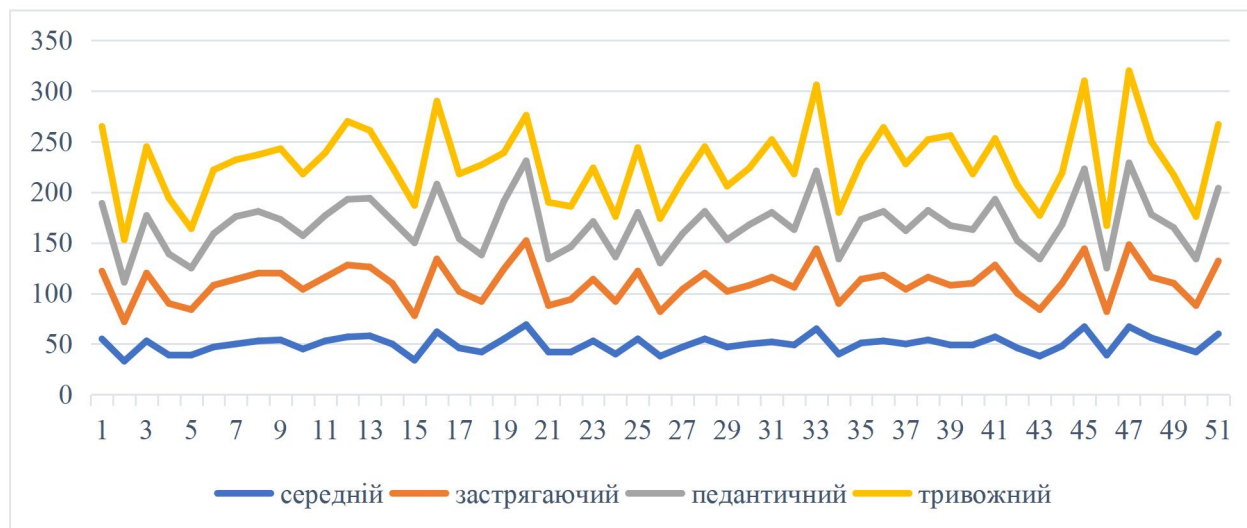


Рис. 2.3 Профілі акцентуації характеру

Проаналізувавши отримані данні в залежності від типів акцентуацій можливо відзначити, що тривожний тип має найвищі значення серед усіх шкал, що відповідають високому рівню емоційної напруженості та емоційності особливо під час переживання складних подій. Такі результати можуть свідчити про домінування страхів, внутрішньої невпевненості, постійного відчуття небезпеки, що типово для осіб із ОКР. Люди з таким типом акцентуації хочуть уникати невдач, серед нашої вибірки відзначаються підвищеною обережністю.

Розглядаючи значення отримані за педантичним типом акцентуації можливо відзначити що наші респонденти характеризуються схильністю до максимальної ефективності, перфекціонізму, деталізації. Вони часто застрягають на певних деталях, прагнуть все організувати, уникнути хаосу, що є характерною рисою obsесивно-компульсивної поведінки.

Розглядаючи профіль застрягаючого типу відзначається помірний рівень фіксуєчихся, застрягаєчих ефектів на почуттях, думках, ідеях чи

образах. Це пов'язано із проявами obsесивних думок, які є ключовою рисою ОКР, хоча ступінь прояву тут менш інтенсивний, ніж у тривожного чи педантичного типу.

Середній профіль по групі характеризується низькою гнучкістю у поведінці та емоціях, що узгоджується з їх схильністю до ОКР.

Профіль акцентуацій в осіб із ОКР за тестом Леонгарда-Шмішика демонструє домінування тривожного та педантичного типів, які є центральними характеристиками цього розладу. Висока тривожність разом із емоційністю та схильністю до педантичності підвищує нав'язливі думки й ритуали, що характерні для осіб із ОКР, а застрягаючий тип додатково посилює фіксацію на певних ситуаціях чи переживаннях.

З метою визначення ознак стресу ми використали тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), який дозволив виявити: інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні ознаки стресу. (рис. 2.4)

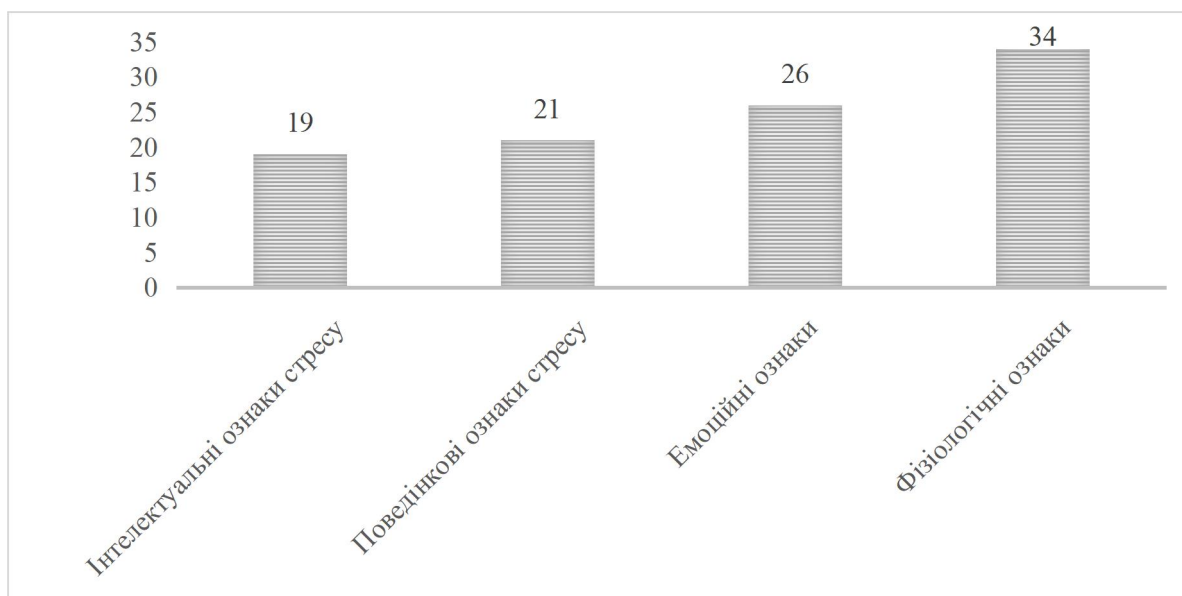


Рис. 2.4. Характерні ознаки стресу

Аналізуючи отримані дані можливо вказати, що серед нашої групи респондентів домінують фізіологічні ознаки стресу – 34% опитаних, що вказує на значний вплив стресу на фізичний стан людини, може проявлятися через симптоми, такі як головний біль, м'язова напруга, проблеми з травленням, прискорене серцебиття, безсоння чи загальне фізичне

виснаження. Емоційні ознаки посідають друге місце проявляючись у 26% опитаних, демонструючи суттєвий емоційний компонент стресової реакції, можуть проявлятися в дратівливості, тривожності, перепадах настрою, апатії чи навіть депресивних станах. Поведінкові ознаки стресу вказують 21% опитаних, що свідчить про помітні зміни у поведінці людини під впливом стресу вказуючи на зміни у звичках або поведінці, наприклад, підвищену імпульсивність, частину помилки, зміну режиму сну, харчування чи появу шкідливих звичок. Найменшу частку складають інтелектуальні ознаки – 19% опитаних, що може вказувати на менш виражений вплив стресу на когнітивні функції порівняно з іншими аспектами. Цей свідчить про наявність у даної групи осіб певних труднощів у когнітивній сфері, які можуть проявлятися в зниженні концентрації уваги, проблемах із прийнятими рішеннями, зниженням здатності до аналізу інформації чи появі розсіяності.

Загалом, розглядаючи комплексно характер прояву стресу серед наших респондентів, можна зазначити, що стрес охоплює різні сфери функціонування людини, з переважанням фізіологічних та емоційних компонентів.

Для більш повного розуміння схильності до переживання стресу ми використали тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих) (рис. 2.5)

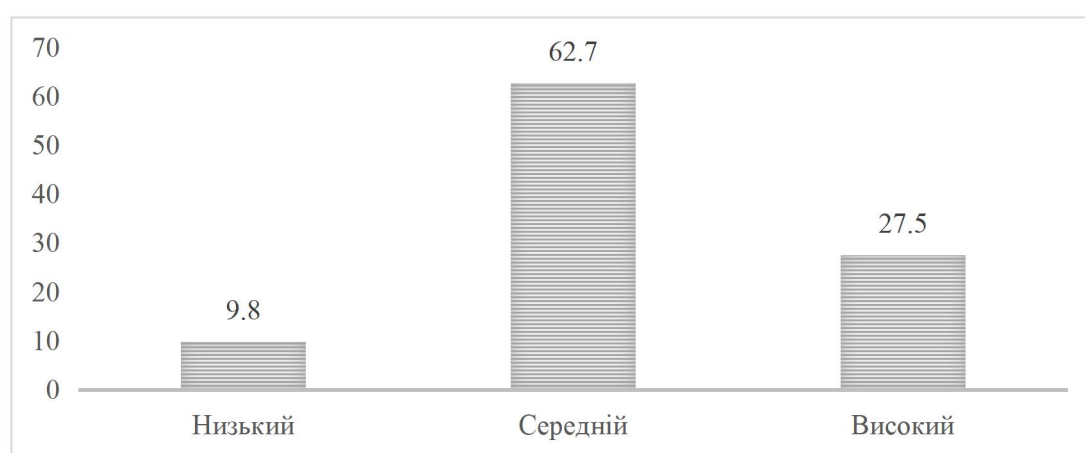


Рис. 2.5 Рівень стресу по групі

За отриманими результатами можна відзначити, що більшість респондентів мають середній рівень прояву стресу – 62,7% опитаних, це

відповідає очікуванням в умовах воєнного стану та тривалістю бойових дій. Низький рівень стресу має лише 9,8 % опитаних, що може свідчити про наявність ефективних механізмів адаптації у цієї групи. Викликають за непокоєння 27,5 % опитаних які мають високий рівень стресу, що вказує на необхідність додаткових дослідження та потребу у фаховій психологічній допомозі та підтримці цієї групи.

Перед детальним аналізом результатів за шкалою Йеля-Брауна для obsесивно-компульсивного розладу (YBOCS), доцільно провести оцінку даних, отриманих за допомогою опитувальника шкали тривоги Бека (BAI). Така послідовність аналізу обґрунтована необхідністю встановлення загального профілю тривожної симптоматики у досліджуваній вибірці, що дозволить створити контекстуальну основу для подальшої інтерпретації специфічних проявів ОКР.

Аналіз результатів за шкалою тривоги Бека (BAI) показує середній рівень тривоги 18,61, що відповідає помірному рівню тривожності у досліджуваній вибірці. Цей показник вказує на наявність значного стресового навантаження на учасників дослідження, що може бути пов'язано з поточними умовами життя, зокрема в контексті воєнного стану. Такий рівень тривоги свідчить про підвищений ризик розвитку психологічних проблем, включаючи ОКР) особливо у осіб з певними акцентуаціями характеру (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Прояви тривоги по групі

Аналізуючи результати по групі респондентів слід відзначити що 25,49% опитаних майже чверть групи учасників мають низький рівень тривоги, що показує на те, що ці люди відчують незначний рівень емоційного дискомфорту і не страждають від надзвичайної тривожності. Вони, ймовірно, мають хорошу здатність до адаптації і справляються зі стресовими ситуаціями без суттєвих труднощів.

Більше третини учасників групи мають середній рівень тривоги – 35,29 % опитаних, тобто вони відчують більший рівень тривожності, який, хоч і не є критичним, може вплинути на їхню загальну здатність справлятися зі стресом або виконувати повсюдні завдання. Такий рівень тривоги може бути викликаний нормальними стресовими ситуаціями або постійною напругою у зв'язку із тривалими бойовими діями по всій території країни.

Найбільша частка учасників – 39,22% опитаних має високий рівень тривоги. Вони відчують значний психологічний або емоційний дискомфорт, що впливає на їхнє функціонування в повсякденному житті. Високий рівень тривоги часто супроводжується фізіологічними проявами, такими як підвищене серцебиття, хворобливість або проблеми зі сном і свідчить про потребу в спеціалізованій допомозі для зниження тривожності.

Результати за шкалою тривоги Бека (BAI) показують, що група в основному має високий рівень тривоги, майже 40% учасників демонструють високі рівень. При цьому 35% мають середній рівень, який також є значним, і лише 25% демонструють низький рівень тривоги. Це може свідчити про те, що учасники можуть потребувати додаткової підтримки або заходів для управління рівнем тривожності.

Результати тесту YBOCS, що має середнє значення 10,59, свідчать про помірну вираженість симптомів obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Особливо важливо звернути увагу на зв'язок між рівнем

тривожності і розвитком ОКР, оскільки саме тривожність є одним із ключових факторів, що впливають на прояви obsесивних думок та компульсивних дій. Високі бали тесту YBOCS вказують на підвищену тривожність, яка може ускладнювати щоденну діяльність і підвищувати стрес у відповідних індивідів (рис. 2.7)



Рис. 2.7 Схильність респондентів до obsесивно-компульсивного розладу (YBOCS)

За отриманими результатами можна відзначити, що більшість респондентів – 52,94 % опитаних мають низький рівень obsесивно-компульсивних симптомів, тобто вони мають незначні або відсутні obsесії (нав'язливі думки) та компульсії (повідінкові ритуали), і їхня здатність справлятися з повсякденними завданнями або стресовими ситуаціями не порушена, такий рівень є нормою для багатьох людей.

Оскільки 27,45% учасників мають середній рівень, це вказує на те, що ці особи можуть інколи відчувати нав'язливі думки чи ритуали, що впливають на їх повсякденне життя, але ці симптоми не мають сильної вираженості й серйозно не заважають їх функціонуванню. Люди з таким рівнем іноді можуть потребувати підтримки для контролю над усіма симптомами, але здебільшого можуть функціонувати на звичайному рівні.

Близько 20% учасників (19,61 %) мають високий рівень obsесивно-компульсивних симптомів, що вказує на значні труднощі через нав'язливі думки чи ритуали, які можуть серйозно вплинути на їхнє повсякденне життя

та соціальне функціонування. Ця кагорта вже потребує медичної або психологічної допомоги для нормалізації свого життєдіяльного процесу.

Результати вказують на те, що більшість учасників (більше 50%) мають низький рівень obsесивно-компульсивних симптомів, що є позитивним показником. Проте близько 47% учасників мають середній та високий рівень симптомів, що вказує на певний рівень тривоги або ритуальної поведінки серед цих осіб. Такий розподіл може вказувати на необхідність додаткового обстеження та надання їм допомоги у контролі за симптомами obsесивно-компульсивного розладу.

З метою більш глибого аналізу отриманих результатів ми провели кореляційний аналіз за К. Пірсоном (табл. 2.1.)

Таблиця 2.1

Матриця кореляцій за К. Пірсоном

Кореляція за Пірсоном									
	Застряг	Педантич	Тривож	Інтел Стрес	Повед Стрес	Емоцій Стрес	Фізіолог Стрес	ОКР	Тривог Бек
Застряг	1	,840**	,598**	0,113	-0,015	0,179	0,018	0,168	,307*
Педантич	,840**	1	,524**	0,079	-0,039	0,171	0,004	0,110	,328**
Тривож	,598**	,524**	1	-0,140	-0,181	0,087	-0,185	0,118	,285*
Інтел Стрес	0,113	0,079	-0,140	1	,646**	,502**	,625**	- 0,034	0,084
Повед Стрес	-0,015	-0,039	-0,181	,646**	1	,484**	,744**	,240*	-0,061
Емоцій Стрес	0,179	0,171	0,087	,502**	,484**	1	,365**	- 0,014	0,195
Фізіолог Стрес	0,018	0,004	-0,185	,625**	,744**	,365**	1	,348**	-0,031
ОКР	0,168	0,110	0,118	-0,034	,240*	-0,014	,348**	1	0,231
Тривог Бек	,307*	,328**	,285*	0,084	-0,061	0,195	-0,031	0,231	1

Примітка **Кореляція значима лише на рівні $r = 0,01$ (одностороння).

* Кореляція значима лише на рівні $r = 0,05$ (одностороння).

Результати кореляційного аналізу за К. Пірсоном показують наявність значущих взаємозв'язків між наступними психометричними показниками, що вказують на взаємодію між стресом, тривожністю та симптомами ОКР.

Спостерігається висока позитивна кореляція між застряганням на ритуалах чи нав'язливих думках і педантичністю (увагою до деталей,

прагненням до порядку) – $r = 0,840$, що вказує на те, що люди з високою педантичністю мають тенденцію застрягати на певних думках чи діях, що характерно для ОКР.

Достатньо висока кореляція між фізіологічним та поведінковим стресом ($r = 0,744$) вказує на фізіологічні симптоми стресу, такі як напруга або тахікардія, які можуть стимулювати поведінкові реакції, зокрема повторення ритуалів, що характерно для осіб з ОКР.

Сильна позитивна кореляція між інтелектуальним і поведінковим стресом ($r = 0,646$) показує нам на те, що підвищена когнітивна напруга може призвести до більш виражених поведінкових реакцій, таких як ритуали або компульсивні дії, що характерно для ОКР.

Виявлені також сильне взаємозв'язок між інтелектуальним і фізіологічним стресом ($r = 0,625$) які демонструють, що стрес, пов'язаний з мисленням та когнітивною активністю, може мати фізіологічні наслідки, такі як напруга м'язів або головний біль, що часто супроводжують ОКР.

Виявлена висока кореляція між застряганням та тривожністю ($r = 0,598$) вказує на те, що особи, які часто застрягають у своїх думках або ритуалах, також мають підвищений рівень тривожності – це типова риса ОКР, де тривога часто супроводжує компульсивні поведінки.

Досить значима кореляція виявлена між педантичністю та тривожністю ($r = 0,524$) показує на те, що люди з високим рівнем педантичності часто мають також високий рівень тривожності, після чого їхня орієнтація на порядок та деталізованість часто викликана переживанням.

Середня позитивна кореляція між ОКР і фізіологічним стресом ($r = 0,348$) говорить про те, що люди з ОКР можуть відчувати фізіологічний прояв стресу через свої нав'язливі думки та ритуали.

Низька, але статистично значуща кореляція між рівнем ОКР і рівнем тривожності за шкалою Бека показує ($r = 0,231$), що загальна тривожність (яка може бути окремим аспектом діагнозу) корелює з рівнем симптомів ОКР, хоча інші фактори також можуть мати місце.

Спостерігається наявність низької позитивної кореляції між застряганням і ОКР ($r = 0,168$). Це вказує нам на те, що в цілому застрягання може бути одним із аспектів, який може бути провідною рисою у людей з ОКР, але це не єдиний чинник, який впливає на загальний рівень симптоматики.

Таким чином, можна відзначити, що виявлена кореляція між педантичністю і застряганням у ритуалах ($r = 0,840$), а також між тривожністю і застряганням ($r = 0,598$) є досить сильною, що вказує на взаємозв'язок між тривожними переживаннями, бажанням досягти і тенденцією застрягати в циклі нав'язливих думок. Кореляції між стресовими факторами (інтелектуальний $r = 0,646$, поведінковий $r = 0,744$, фізіологічний $r = 0,625$) показують, що стресові реакції, зокрема, викликані ритуальними діями, можуть одночасно підсилювати один із факторів, що є типовим для людей з ОКР.

Зв'язок між ОКР і загальним рівнем тривоги ($r = 0,231$) вказує на те, що хоча ці явища і можуть бути пов'язані, ОКР має також свої специфічні психологічні аспекти, які не завжди корелюють із загальним рівнем тривоги.

Ці кореляційні взаємозв'язки допомагають краще зрозуміти, як різні аспекти тривожності та стресу взаємодіють у контексті ОКР, та можуть допомогти розробити більш точні та ефективні методи діагностики та лікування цього розладу.

З метою подальшого з'ясування формуючих ОКР факторів нами був проведений факторний аналіз (табл 2.2)

Таблиця 2.2.

Матриця факторних компонентів

	Компонент		
	1	2	3
Тривог Бек	0,267	0,488	0,177
Фізіолог Стрес	0,782	-0,387	0,227
Емоцій Стрес	0,689	-0,033	-0,379
Повед Стрес	0,791	-0,429	0,062

Інтел Стрес	0,778	-0,289	-0,295
Тривож	0,119	0,787	-0,025
Педантич	0,373	0,794	-0,123
Застряг	0,405	0,807	-0,083
ОКР	0,336	0,128	0,891

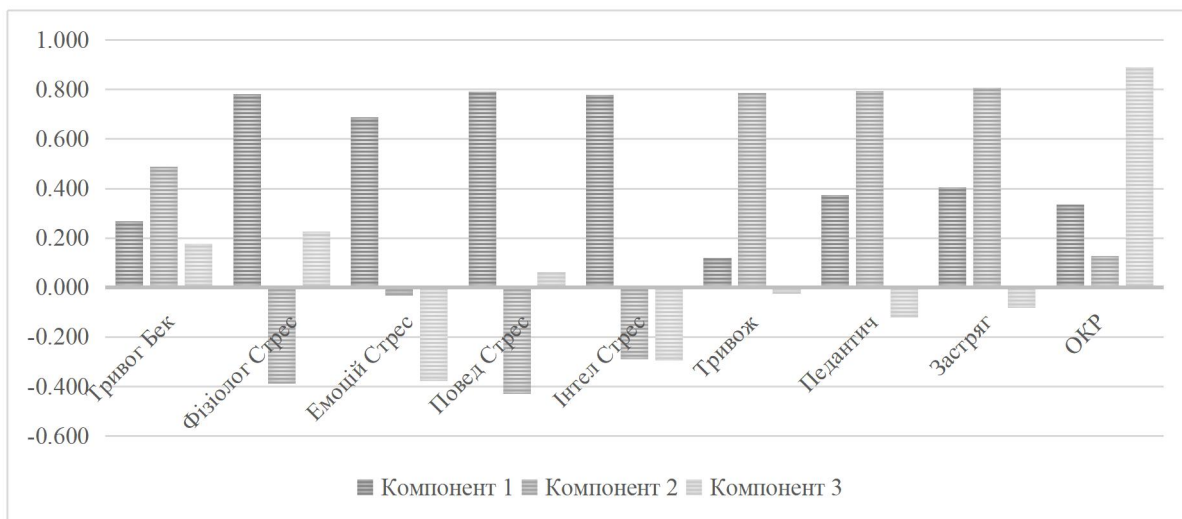


Рис. 2.8 Розподіл факторів ОКР

З огляду на результати факторного аналізу можна відокремлено три групи компонентів: 1 – стресові фактори; 2 – психологічно-поведінкові аспекти; 3 –обсесивно-компульсивні симптоми.

Перша група компонентів «Стресові фактори» показує переважання фізіологічних, емоційних, поведінкових та інтелектуальних ознак стресу, що є ключовими для оцінки загального стресового стану. Цей компонент є комплексним і охоплює реакції стресової ситуації. Він характеризується наявністю фізіологічного стресу (0,782), що вказує на те, що люди з ОКР можуть відчувати фізіологічні симптоми стресу, такі як підвищене серцебиття, головний біль, напруження в м'язах, які виникають через ритуали чи нав'язливі думки, які викликають тривогу. Цьому фактору притаманний емоційний стрес (0,689). Особам з ОКР часто властива підвищена нервова реактивність на повсякденній ситуації, що пов'язано з їх підвищеною емоційністю до тривожних переживань і відчуттям нестабільності. Виявлена наявність значного показника поведінкового стрес

(0,791). Люди з ОКР можуть демонструвати поведінкові реакції, які є результатом стресу, зокрема виконання нав'язливих ритуалів для зниження тривоги, що, у свою чергу, досягло рівня стресу в їхньому житті. Також встановлено високий прояв інтелектуального стресу (0,778). Вказує на високу тривогу яка може призвести до труднощів з концентрацією, перфекціонізмом і сильною аналізованістю ситуацій, що є типовим для людей з ОКР.

Характеризуючий другий компонент – «Психологічно-поведінкові аспекти» який включає такі фактори, як тривожність, педантичність та застрягання у поведінкових або ритуальних патернах. В рамках цього компоненту встановлена значна тривожність (0,787). Люди з ОКР часто мають високий рівень тривожності, який виражається в постійних побоюваннях, сумнівах і страхах щодо очевидних небезпек або неприємних ситуацій, які вони намагаються контролювати за допомогою ритуалів. Значні показники педантичності (0,794) як один із проявів перфекціонізму, характерного для ОКР. Люди з цим розладом прагнуть до максимальної точності і, що часто викликає велику увагу до деталей та невиправданого часу, витраченого на ритуал. І третій аспект цього фактору – застрягання (0,807) – є однією з основних рис ОКР, коли особи застрягають на певних думках чи діях, які вимагають повторення, навіть якщо вони не призводять до бажаного результату. Це може створити закрите коло ритуалів та переживань, що збільшують стрес.

Розглядаючи третій фактор «Обсесивно-компульсивні симптоми» оскільки він найбільше корелює з характеристиками, притаманними саме ОКР. Цей компонент, що об'єднує у собі наявність ритуалів, нав'язливих думок і компульсивних дій, які є основними симптомами цього розладу. В рамках цього компоненти високий показники за вираженістю ОКР (0,891). Цей фактор чітко відображає основну проблему ОКР – нав'язливі думки (обсесії) та повторювані дії (компульсії), які особливо забезпечуються для зниження тривоги, викликані нав'язливими думками. Це може включати перевірку

дверей, миття рук, повторювані рахунки або інші ритуали, які займають значну частину часу і можуть істотно вплинути на якість життя.

Таким чином, можна узагальнити результати проведеного факторного аналізу підкресливши наявність трьох факторів. «Стресові фактори» які описують фізіологічні, поведінкові та емоційні прояви стресу, що взаємопов'язані з реакціями спричиняючими нав'язливі думки та компульсивні дії, які часто спостерігаються у людей з ОКР. Другий фактор «Психологічно-поведінкові аспекти» – фокусується на тривожності, педантичності та застряганні які є рисами людей з ОКР, і мають важливе значення для поведінки та психологічного стану таких осіб. І третій фактор «Обсесивно-компульсивні симптоми» найкраще відображає саме ОКР – ритуали та нав'язливі думки, що є основними симптомами розладу і негативно впливають на життєдіяльність особи.

Ці компоненти сприяють глибшому розумінню того, як різні аспекти стресу, тривожності та поведінкових патернів взаємодіють у контексті ОКР, підкреслюючи як фізіологічні, психологічні та поведінкові реакції, формують симптоми цього розладу.

Висновки до другого розділу

Для аналізу розповсюдженості ОКР серед українського населення застосовувались психологічні методи, зокрема оцінка психічного стану та тестування, що дозволило зробити аналітичний збір даних для їх подальшого аналізу. У дослідженні використано опитувальник Леонгарда-Шмішика, шкалу стресу Щербатих, шкалу Йеля-Брауна (YBOCS) для ОКР і шкалу тривоги Бека. Це дозволяє встановити зв'язок між акцентуаціями характеру, рівнем стрес і тривоги та розвитком обсесивно-компульсивного розладу в умовах воєнного стану та впливу перманентних стресогенних чинників.

Учасників дослідження залучались через студентів та соцмережі, щоб охопити різні групи. Мета дослідження – оцінити вплив тривалого стресу на

розвиток ОКР. Результати дослідження виявили підвищену вираженість зазначених трьох типів акцентуацій особистості (тривожний, застрягаючий, педантичний) в умовах хронічного стресу, що посилює симптоми ОКР.

Аналіз результатів рівня стресу показав, що стрес найбільше впливає на фізіологічний стан – 34% та емоційні прояви – 26%, трохи менше на поведінкові – 21% та інтелектуальні – 19% ознаки. Розподіл рівнів стресу серед учасників показав, що більшість (62,7%) мають середній рівень стресу, а 27,5% – високий, що підвищує ризик розвитку психологічних проблем, як ОКР. Розглядаючи показники за шкалою тривоги Бека встановлено середній рівень тривожності по групі – 18,61%, що вказує на значне стресове навантаження учасників, особливо в умовах воєнного стану. Встановлено, що група в основному має високий рівень тривоги, майже 40% учасників, при цьому 35% мають середній рівень, який також є значним, і лише 25% демонструють низький рівень тривоги. Це може свідчити про те, що учасники можуть потребувати додаткової підтримки або заходів для управління рівнем тривожності.

Показник шкали YBOCS – 10,59% свідчить про дещо вище міри вираженість симптомів ОКР в групі респондентів, близько 47% учасників мають середній та високий рівень симптомів, що вказує на певний рівень тривоги або ритуальної поведінки серед цих осіб. Такий розподіл може вказувати на необхідність додаткового обстеження та надання їм допомоги у контролі за симптомами обсесивно-компульсивного розладу.

За результатами кореляційного аналізу за К. Пірсоном можна відзначити, що виявлена кореляція між педантичністю і застряганням у ритуалах ($r = 0,840$), а також між тривожністю і застряганням ($r = 0,598$) є досить сильною, що вказує на взаємозв'язок між тривожними переживаннями, бажанням досягти і тенденцією застрягати в циклі нав'язливих думок. Кореляції між стресовими факторами (інтелектуальний $r = 0,646$, поведінковий $r = 0,744$, фізіологічний $r = 0,625$) показують, що

стресові реакції, зокрема, викликані ритуальними діями, можуть одночасно підсилювати один із факторів, що є типовим для людей з ОКР.

Зв'язок між ОКР і загальним рівнем тривоги ($r = 0,231$) вказує на те, що хоча ці явища і можуть бути пов'язані, ОКР має також свої специфічні психологічні аспекти, які не завжди корелюють із загальним рівнем тривоги.

Ці кореляційні взаємозв'язки допомагають краще зрозуміти, як різні аспекти тривожності та стресу взаємодіють у контексті ОКР, та можуть допомогти розробити більш точні та ефективні методи діагностики та лікування цього розладу.

Узагальнити результати проведеного факторного аналізу підкресливши наявність трьох факторів. «Стресові фактори» які описують фізіологічні (0,782), поведінкові (0,791), емоційні (0,689) та інтелектуальні (0,778) прояви стресу, що взаємопов'язані з реакціями спричиняючими нав'язливі думки та компульсивні дії, які часто спостерігаються у людей з ОКР. Другий фактор «Психологічно-поведінкові аспекти» – фокусується на тривожності (0,787), педантичності (0,794) та застряганні (0,807) які є рисами людей з ОКР, і мають важливе значення для поведінки та психологічного стану таких осіб. І третій фактор «Обсесивно-компульсивні симптоми» найкраще відображає саме ОКР (0,891) – ритуали та нав'язливі думки, що є основними симптомами розладу і негативно впливають на життєдіяльність особи.

Результати факторного аналізу показують, що три основні компоненти – стресові фактори, психологічно-поведінкові аспекти та обсесивно-компульсивні симптоми – взаємодіють та взаємно підсилюють один одного у розвитку ОКР. Перший компонент зосереджений на фізіологічних та когнітивних аспектах стресу, другий – на психологічних особливостях, таких як тривожність і педантичність, а третій компонент визначає центральні симптоми розладу, зокрема обсесії та компульсії. Ці фактори вказують на складну і багатогранну природу ОКР, де стрес і тривога взаємодіють з нав'язливими поведінковими патернами, які призводять до ритуалів, які стають ключовим елементом у житті таких осіб.

Виявлення та вивчення компонентів ОКР сприяють глибшому розумінню того, як різні аспекти стресу, тривожності та поведінкових патернів взаємодіють у контексті ОКР, підкреслюючи як фізіологічні, психологічні та поведінкові реакції, формують симптоми цього розладу.

РОЗДІЛ III.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВДОСКОНАЛЕННЮ НАЯВНИХ МЕТОДИК У РОБОТІ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ У СТАНІ ПЕРМАНЕНТНОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

3.1 Міжнародний досвід у боротьбі з obsесивно-компульсивними розладами

На відміну від деяких інших емоційних розладів, ОКР має характер стійкого психічного порушення, яке потребує специфічної терапії. Навіть при оптимальному лікуванні окремі симптоми можуть зберегтися назавжди або перейти на субклінічний рівень. Основною метою лікування є усунення або значне зменшення вираженості obsесій і компульсій, а також підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя хворих. У міжнародній практиці, найефективнішою стратегією на даний момент є поєднання психотерапії з сучасними психофармакологічними методами лікування, але ми зробимо акцент саме на психотерапевтичних методах лікування розладу.

На сьогодні існує хоч і багато психотерапевтичних напрямків у лікуванні психічних розладів та все ж для розладу ОК-спектру варто виділити найвагоміші для нас, а саме:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ);
- експозиційна терапія з запобіганням реакціям (ЕЗР);
- майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МОКПТ);
- діалектична поведінкова терапія (ДПТ).

Ці підходи мають значну доказову базу в лікуванні ОКР. Варто зазначити, що часто найефективнішим є комбінований підхід, який може включати елементи декількох видів терапій.

Почати обговорення варто з когнітивного підходу і вказати, що для ефективного застосування когнітивно-поведінкової терапії при obsесивно-компульсивному розладі необхідне глибоке розуміння феноменології та механізмів, через які певні когнітивні процеси та поведінка підтримують

симптоми цього розладу. Вклад у розробку технік та розвиток когнітивно-поведінкової терапії для лікування ОКР здійснили А. Бек та Е. Фоа, що здійснили розробку базових принципів КПТ та експозиційної терапії, П. Салковскіс, що створив когнітивної моделі ОКР, Дж. Шварц - розробка методу "чотирьох кроків", Д. Кларк та К. Пурдон- дослідження метакогнітивних процесів, чиї роботи заклали основу сучасних ефективних методів лікування obsесивно-компульсивних розладів [13, 14, 15].

Тож, в поведінковому підході визначається, що основна риса ОКР - перебільшене відчуття відповідальності за шкоду або її запобігання, тому люди з ОКР вірять, що можуть і повинні запобігти цій уявній шкоді, що призводить до компульсій та уникаючої поведінки. Відповідальність за передбачення шкоди визначається тут як: «Віра в те, що людина має владу, яка є ключовою для досягнення або запобігання суб'єктивно вирішальним негативним результатам. Ці наслідки можуть бути реальними, тобто мати наслідки в реальному світі та/або на моральному рівні». Важливим фактором у підтримці компульсій є критерії їх завершення, але люди з ОКР часто мають додаткові, суб'єктивні критерії (наприклад, відчуття "правильності" щодо виконаної дії), що продовжує компульсії [16, 28].

Домінуюча емоція при obsесії, як вже вказувалось раніше у роботі, часто є тривогою, але може включати відразу, сором, почуття провини, депресію, гнів, розчарування та роздратування. Через різноманітність емоцій деяким людям складно визначити та вербалізувати свою основну емоцію під час терапії [16].

Переходячи до основоположної доктрини щодо терапії ОКР когнітивними методами, варто виділити області, які слід охопити в оцінці стану людини у якої спостерігаються прояви досліджуваного розладу:

- визначити контекст, в якому розвинувся ОКР;
- характер нав'язливих ідей: їх зміст, ступінь усвідомлення, частота виникнення, тригери, наслідки, яких побоюються (Що найгірше, що може статися?), оцінка людиною нав'язливих ідей (Що для вас означала

нав'язлива думка? Який сенс ви вкладали в неї? Чи може це завдати шкоди? Що сталося б, якби Ви не змогли позбутися нав'язливих думок?);

- основні емоції, пов'язані з нав'язливою думкою або нав'язливістю;
- нав'язлива ідея та її нейтралізація: що людина робить у відповідь на нав'язливу ідею; оцінка прогнозованого дистресу у випадку опору нав'язливій ідеї; побоювання щодо наслідків опору; досвід спроб зупинити нав'язливу ідею; критерії, які використовуються для припинення нав'язливої ідеї, та припущення, яких людина дотримуватиметься, якщо припинить використовувати нав'язливу ідею;
- поведінка уникнення: всі ситуації, дії або думки, яких уникають, перераховуються і оцінюються за шкалою (наприклад, 0-100 в стандартних одиницях дистресу) відповідно до того, наскільки сильний дистрес очікує людина, якщо вона переживе цю думку або ситуацію без поведінки, спрямованої на пошук безпеки [37].
- ступінь залучення сім'ї;
- ступінь перешкод у професійному, соціальному та сімейному житті людини;
- цілі та ціннісні орієнтири в житті;
- готовність до змін та очікування від терапії, включаючи попередній досвід КПТ з приводу розладу [11, 17].

Деякі сім'ї приймають нав'язливу поведінку людини з ОКР, інші ж реагують надмірною опікою, агресією або сарказмом, мінімізуючи проблему чи уникаючи взаємодії. Поведінка, пов'язана з ОКР, може обмежувати свободу членів сім'ї, наприклад, доступ до кімнат через накопичення речей. Люди з ОКР іноді агресивно реагують, коли їхні нав'язливі ідеї ігноруються. В різних членів сім'ї можуть бути різні стратегії подолання, що призводить до конфліктів. Метою КПТ є допомогти сім'ї підтримувати один одного послідовно, не підлаштовуючись під ОКР, і брати участь у завданнях, що сприяють одужанню [37, 45, 53].

Однією з основоположних ідей КП-терапії у лікуванні ОКР є нормалізація та стабілізація нав'язливих думок. Людині представляють список нав'язливих думок і спонукань, взятих з вибірки звичайних людей або з особистого досвіду терапевта. Обговорюються подібності між інтрузіями у людей з ОКР та без нього, наголошуючи, що відрізняється не зміст думок, а рівень дистресу, зусиль та тривалості [40, 45].

Терапія спрямована на зміну інтерпретації пацієнтом появи та змісту їхніх інтрузій, щоб досягти менш тривожного та боязкого погляду на них. Головний висновок полягає в тому, що проблема не в самих інтрузіях, а в значенні, яке людина їм надає, та стратегіях, які вона використовує для їх контролю чи придушення. Люди дізнаються, що їхні поточні стратегії насправді збільшують частоту нав'язливих думок, рівень дистресу та бажання нейтралізувати ці думки, замість того, щоб їх контролювати [58].

Терапевт обговорює з людиною процес когнітивного злиття, перебільшене відчуття відповідальності та переконання щодо нав'язливих думок. Навчає розрізняти думки і дії з наміром, залучаючи поведінкові експерименти. Метою терапії є не усунення нав'язливих думок, а зміна ставлення до них, розуміння того, як певні стратегії впливають на симптоми. Терапевт може ставити під сумнів припущення про здатність думок викликати події, що веде до ментальних експериментів (наприклад, навмисне викликання негативних думок⁴) [15, 40].

Терапевт також проводить аналіз уникання та компульсій, що підтримують страхи. Люди часто вважають, що їхній стрес не зникне без захисних дій або ритуалів. Це перевіряється через поведінкові експерименти: порівняння днів з і без компульсій, відслідковування рівня тривоги. Інші експерименти досліджують ефект придушення думок на їхню частоту [50]. Такі вправи схожі на експозицію, але мають на меті перевірку переконань щодо безпеки і наслідків невиконання компульсій [40, 58].

Важливою стратегією для людей з ОКР є вміння дистанціюватися від своїх думок і позбавитися звички «втягуватися» в них. Думки та імпульси

можна порівняти з автомобілями на дорозі: якщо людина намагається контролювати ці «автомобілі» або зупиняти їх, вони продовжуватимуть з'являтися. Основна мета – визнати ці думки, але не намагатися їх контролювати, приймаючи нав'язливі думки як частину фону, на якому відбувається життя. Часто пацієнти не можуть дистанціюватися через страх втрати контролю. Їх навчають помічати думки, не оцінюючи їх і не намагаючись уникати [33].

Також слід змінити підхід до завершення компульсій, адже люди з ОКР часто орієнтуються на відчуття «повного комфорту» або «остаточної правильності». Їх потрібно навчити, що це неможливо, і необхідно спочатку діяти з дискомфортом, щоб з часом відчути впевненість [45].

Одна з небезпек когнітивної терапії при ОКР - під час її проведення існує ризик, що терапевт може випадково надати запевнення або втягнутися в обговорення нав'язливих думок пацієнта. Така практика може закріпити нав'язливі думки та ритуали, адже людина з ОКР зазвичай шукає підтвердження того, що її страхи безпідставні. Щоб уникнути цієї пастки, терапевт має зосереджуватися на процесах мислення пацієнта, а не на самих думках. Таким чином, важливо фокусуватися на корекції способів мислення, а не обговорювати самі нав'язливі думки, щоб не підсилювати ОКР [11, 13].

Якщо структуровано визначити основну ціль КПТ у лікуванні розладу то отримаємо наступний план:

- 1) Основна ідея когнітивно-поведінкової терапії для ОКР: нормалізація та стабілізація нав'язливих думок; демонстрація пацієнтам, що подібні думки виникають і у здорових людей.

- 2) Ключові аспекти терапії: зміна інтерпретації пацієнтом своїх нав'язливих думок; фокус на значенні, яке надається думкам, а не на самих думках; виявлення неефективних стратегій контролю, що посилюють симптоми.

- 3) Методи роботи терапевта: обговорення когнітивного злиття та перебільшеного відчуття відповідальності; навчання розрізненню думок і дій;

проведення поведінкових експериментів; аналіз унікаючої поведінки та компульсій.

4) Ключові цілі терапії: зміна ставлення до нав'язливих думок, а не їх усунення; розуміння впливу різних стратегій на симптоми; перевірка припущень про здатність думок викликати події.

5) Поведінкові експерименти: порівняння днів з компульсіями та без них; відстеження рівня тривоги; дослідження ефекту придушення думок.

6) Стратегія дистанціювання від думок: навчання прийняттю нав'язливих думок без спроб їх контролювати; подолання страху втрати контролю.

7) Кінцева мета: навчити пацієнтів помічати думки без оцінювання та уникання; прийняття нав'язливих думок як частини фону життя [11,33,58].

Говорячи вже про практичні основи практики в КПТ при ОКР, варто виділити наступні розповсюджені серед терапевтів постулатів, а саме: терапевт та клієнт повинні мати чітко визначені проблеми та цілі терапії; повинно бути спільне формулювання проблеми, яке дає нейтральне пояснення симптомів і того, як спроби уникати і контролювати нав'язливі думки і спонукання підтримують дистрес і недієздатність пацієнта; не варто заглиблюватися у зміст нав'язливих думок і прохань прозаспокоєння, не сперечатися про ймовірність настання поганої події - допомагати пацієнтам використовувати їх формулювання і когнітивно-поведінкову модель ОКР, а також використовувати сократівський діалог, щоб зосередитися на процесі і наслідках своїх дій; потрібно переконатись, що у людини немає нових оцінок або самозаспокоєння як ще один примус або спосіб нейтралізації нав'язливостей.

Для роботи з індивідуальними випадками прояву ОКР терапевти створюють КПТ-моделювання випадку задля його схематичного зображення для подальшого спрощення роботи [15, 33].

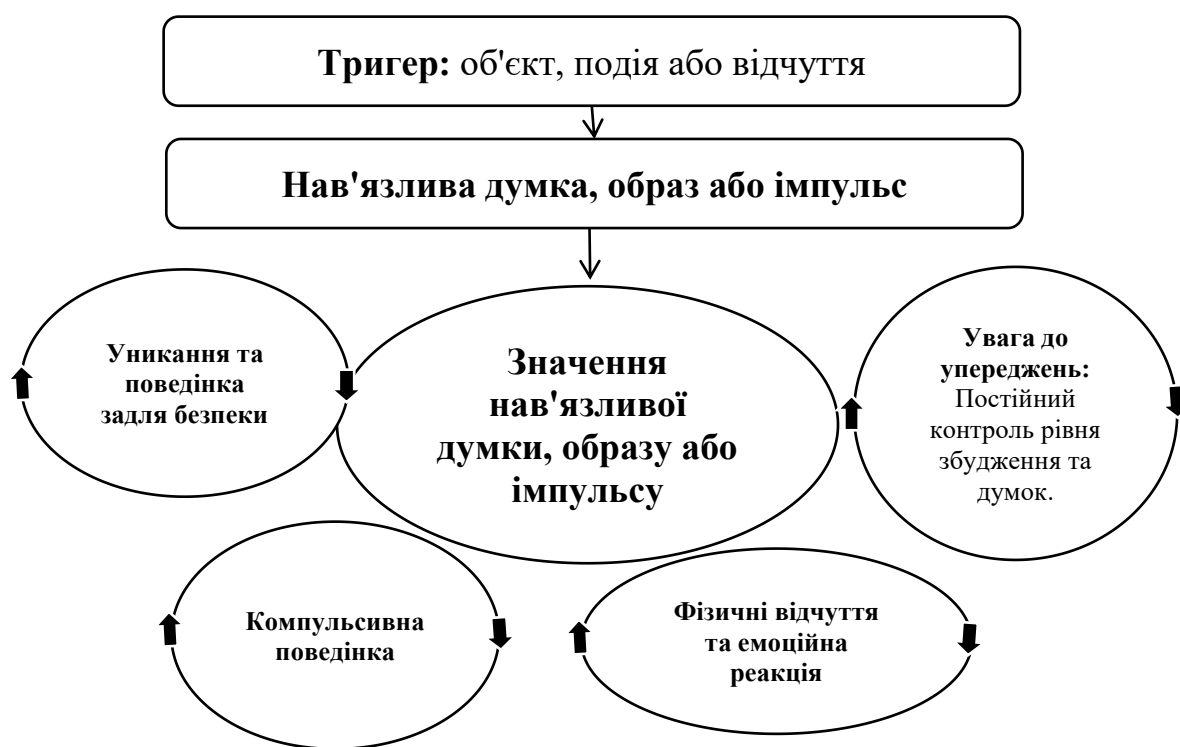


Рис. 3.1 Схематичне КПТ-моделювання для характеризування симптоматики ОКР

Комбінація експозиційної терапії з запобіганням реакціям та когнітивних технік вважається найефективнішим підходом у лікуванні ОКР, дозволяючи не лише зменшити симптоми, але й змінити спосіб мислення пацієнта щодо своїх нав'язливих думок та компульсій. КПТ доповнює ЕЗР, фокусуючись на зміні інтерпретації нав'язливих думок [20]. Терапевтичні засади ґрунтуються на роботах Елізабет Дюпон, Джонатана Абрамовіц, Девіда Толіна, Сабіне Вільгельма та Ріда Вілсона [31, 33, 62].

Експозиція та запобігання реакції - це спеціальний вид когнітивно-поведінкової терапії, де пацієнтів піддають впливу ситуацій, що викликають тривогу (експозиція), при цьому не дозволяючи їм виконувати звичні компульсивні дії (запобігання реакціям). Такий підхід допомагає зменшити обсесії та компульсії з часом, розриваючи цикл між ними шляхом системного навчання звикання. Тобто, ЕЗР передбачає поступове піддавання пацієнта

впливу стимулів, що викликають обсеію, з подальшим запобіганням компульсивній реакції. Акцент залишається на поведінкових змінах та слідуванні ціннісним напрямкам у житті. Цей підхід спрямований на покращення залучення пацієнта та надання формулювання, яке допомагає визначити ширший спектр когнітивних процесів, що підтримують симптоми ОКР. Метод ґрунтується на теорії емоційної обробки та теорії інгібіторного навчання, які пояснюють механізми дії ЕЗР через процеси звикання та порушення очікувань: [31, 33]. теорія емоційної обробки передбачає, що зменшення тривоги відбувається через повторний вплив на людину як під час, так і між сеансами терапії; інгібіторне навчання – робить акцент на тому, що люди засвоюють нові, альтернативні асоціації з тривожними стимулами, що допомагає змінити їхні очікувані реакції на ці стимули [11, 18].

Так як ЕЗР тісно пов'язана з КПТ методом, то для неї так само розроблений поетапний план втручання та лікування: функціональний аналіз - спочатку терапевт аналізує обсеівні думки та компульсії людини, щоб зрозуміти їх зв'язок та як вони підтримують тривожний цикл; створення ієрархії страхів - терапевт разом з пацієнтом складають список ситуацій та думок, які викликають тривогу, впорядковуючи їх від найменш до найбільш тривожних [62].; пояснення принципу габітуації- терапевтом пояснюється, що регулярна експозиція до тривожних стимулів поступово зменшить рівень тривоги без виконання компульсивних дій [11].; поступова експозиція- початок процесу звикання, починається з менш тривожних ситуацій із ієрархії. Людина стикається з ними, щоб звикнути до страху та знизити його інтенсивність [62].; запобігання реакції- людина навчається уникати виконання компульсивних дій, навіть коли відчуває сильну тривогу, очікуючи її природне зменшення з часом, процес передбачає інструктування пацієнта протистояти бажанню виконати компульсію і чекати, поки тривога спаде [18].; закріплення результатів- регулярна експозиція до все більш тривожних стимулів та уникання компульсій дозволяє досягти стійкого покращення.

Якщо практично показати те як працює метод, то можна виділити наступні положення, як:

- людина вчиться тому, що ситуації, яких вона боїться, майже ніколи не призводять до катастрофічних наслідків;
- індивід відкриває для себе, що якщо не виконувати звичні захисні дії, тривога зменшується сама собою [18].
- навіть якщо найгірший сценарій відбувається, людина розуміє, що це не так страшно, як вона уявляла;
- терапія вчить, що людина здатна переносити відчуття тривоги, навіть якщо вона була дуже довгою і сильною [20, 33].

Ця техніка допомагає людям з тривожними розладами взяти під контроль своє життя, вийти з постійного циклу страху та уникнення, і нарешті досягти спокійного життя, про яке вони мріяли.

ЕЗР зазвичай проводиться протягом 12-20 сесій, але тривалість може варіюватися залежно від тяжкості симптомів та прогресу пацієнта. Терапія може проводитися як індивідуально, так і в групі, причому обидва формати показали свою ефективність [61]. Експозиція під наглядом терапевта зазвичай ефективніша, ніж самостійна практика пацієнта вдома. Тривалі сесии експозиції, що проводяться кілька разів на тиждень з частими домашніми завданнями, призводять до більшого зменшення симптомів. Важливим компонентом терапії є домашні завдання, які дозволяють пацієнтам практикувати навички між сесіями та генералізувати їх у повсякденному житті [20].

Далі перейдемо до розгляду неменш важливого методу впливу на розлади ОК-спектру, а саме - майндфулнес-орієнтованої когнітивної терапії (МОКПТ). Для людей із ОКР практикування усвідомленості та розвиток прийняття може сприяти неупередженому усвідомленню нав'язливих думок, що, у свою чергу, може запобігти автоматичному придушенню думок або нейтралізації і сприяти габітуації (звиканню) [18, 46]. Після тривалої практики усвідомленості та прийняття люди можуть все більше сприймати

свої obsесивні думки як минулі психічні явища, відмінні від реальних фактів [30]. Дослідження майндфулнес-орієнтованої когнітивної терапії у роботі з ОКР проводили: Зіндел Сігал, Джеффри Шварц, Марк Вільямс, Джон Кабат-Зінн [30, 46, 55].

Майндфулнес (або усвідомленість) – це процес навмисної уваги до поточних подій без оцінок. Когнітивна терапія, заснована на усвідомленості, є 8-митижневою програмою, що поєднує усвідомленість з елементами когнітивно-поведінкової терапії для запобігання рецидивам депресії та дистресу після лікування ОКР [60]. Прийняття тут характеризується як готовність стикатися з небажаними або неприємними думками чи емоціями без спроб уникнути, змінити або припинити їх.

Важливо, що МОКПТ відрізняється від традиційних підходів тим, що навчає пацієнтів сприймати нав'язливі думки та почуття як тимчасові, без спроб їх змінити, порівняно з ЕЗР, яка часто сприймається пацієнтами як важка через викликання тривоги [18, 26].

Усвідомленість є ефективною навичкою для боротьби з ОКР. Багато людей намагаються уникати або відволікатися від неприємних думок, що лише підтримує їх. Усвідомленість, у свою чергу, заохочує прийняття цих думок і відчуттів, незважаючи на їх зміст, що сприяє самосвідомості та прийняттю [55]. Основні переваги усвідомленості для ОКР:

- зменшення тривожності – концентрація на диханні або органах чуття допомагає зосередитися на теперішньому моменті, знижуючи занепокоєння про майбутнє [30].

- покращення емоційної регуляції – змога впоратися з сильними емоціями, такими як тривога або страх, заспокоюючи їх у теперішньому моменті [26].

- підвищення самосвідомості - практика усвідомленості сприяє кращому розумінню своїх внутрішніх переживань, включаючи нав'язливі думки та відчуття [26].

- збільшення прийняття – усвідомленість вчить бути більш прийнятливими до своїх емоцій і думок, що допомагає розвивати самоспівчуття [30].

- зменшення уникання- лікування ОКР передбачає подолання нав'язливих думок, і усвідомленість допомагає сприймати їх без уникання [26].

Терапія навчає в процесі навичкам які людина може використовувати у повсякденному житті задля самозаспокоєння та заземлення у періоди паніки та надмірного стресу, що допоможе індивіду стати більш самостійним у вирішенні своїх внутрішніх конфліктів та незалежним від терапії та терапевта безпосередньо. Наведемо основні техніки яким навчають людей з ОКР для самостійного опрацювання та використання у побуті [26 ,46, 60].

1) Усвідомлене дихання- сприяє розвитку концентрації на поточному моменті та зменшує симптоми ОКР. Суть у тому, щоб повністю зосередитись на власному диханні, занурюючись у цей процес. Терапевт проговорює наступні настанови :

- закрийте очі та займіть зручну позу;
- вдихайте через ніс 4 секунди;
- затримайте дихання на 7 секунд;
- видихайте через рот 8 секунд;
- повторюйте цей цикл, звертаючи увагу на відчуття у своєму тілі [26].

2) Медитація на фокусуванні - практика, яка полягає у концентрації на одному об'єкті або відчутті в теперішньому моменті. Вона допомагає зосередитися на «тут і зараз». Терапевт проговорює наступне:

- оберіть об'єкт для медитації (це може бути річ, відчуття чи уява);
- сядьте зручно;
- зосередьтеся на своєму тілі, відчувайте напруження;
- розслабте ці ділянки, перенесіть увагу на свої думки без осуду [46].

3) Усвідомлене спостереження – вправа полягає у фокусуванні на конкретному об'єкті або сенсорному досвіді навколо вас, допомагаючи залишатися в теперішньому моменті та відволікатися від нав'язливих думок.

4) Усвідомлене ведення щоденника - це практика рефлексії над власними думками й почуттями без осуду. Вона сприяє глибшому усвідомленню своїх думок і внутрішнього діалогу [18, 60].

5) Програми та ресурси для усвідомленості - існують різні додатки для практикування усвідомленості, такі як Headspace і Calm, а також спеціалізовані програми для осіб з ОКР, наприклад, OCD.app.

6) Заземлюючі вправи - вправи спрямовані на те, щоб допомогти зосередитися на теперішньому моменті, відновлюючи зв'язок із тілом і навколишнім світом через медитацію, рух або сенсорні відчуття. Практика помічати висловлювання на кшталт «Я помічаю, що я думаю, що...» може дозволити людині знову залучитися до себе, що спостерігає [60].

І останнім методом, що розповсюджений у практиці лікування ОКР є діалектична поведінкова терапія або скорочено ДПТ. Терапія спочатку була розроблена для лікування межового розладу особистості, згодом був адаптований для лікування ряду психічних захворювань, включаючи ОКР [48]. ДПТ поєднує принципи уважності, терпимості до дистресу, регулювання емоцій і міжособистісної ефективності, щоб допомогти людям побудувати життя, яке варто жити [48, 68]. Основні дослідження діалектичної поведінкової терапії у контексті лікування ОКР проводили: Марша Лінехан- розробниця методу загалом, адаптувала методи для тривожно-обсесивних станів, а також- Алек Міллер та Джілліан Гален , Сезар Гонзалез, Томас Лінч та Кетрін Шор. Їхні дослідження показали ефективність ДПТ-компонентів особливо у випадках ОКР з емоційною дисрегуляцією [68].

Діалектично-поведінкова терапія навчає навичкам подолання дистресових емоцій та ситуацій без звернення до дезадаптивної поведінки, такої як компульсії. Опановуючи здорові способи толерування дистресу, особи з ОКР

можуть зменшити свою залежність від компульсивної поведінки як засобу подолання тривоги. ДПТ підкреслює діалектичний підхід, який балансує між прийняттям та змінами [48]. Цей діалектичний підхід може допомогти індивідам з ОКР знайти золоту середину між прийняттям та змінами, що призводить до покращення емоційного благополуччя та управління симптомами [39]. Наведемо основні техніки ДПТ, адаптовані для терапії ОКР:

1) Практика "Мудрого розуму" – інтеграція "емоційного розуму" та "раціонального розуму" для збалансованого прийняття рішень [68].

2) Толерантність до дистресу – техніка "TIPP": зміна температури тіла, інтенсивні фізичні вправи, прогресивна м'язова релаксація та контрольоване дихання для швидкого зниження емоційної напруги. Стратегії відволікання: залучення до діяльності, яка вимагає концентрації, для тимчасового зменшення інтенсивності obsesій [69].

3) Регуляція емоцій- ідентифікація та маркування емоцій: навчання пацієнтів розпізнавати та називати свої емоційні стани.

Техніка "Протилежна дія": виконання дій, протилежних імпульсу, пов'язаному з негативною емоцією [66].

4) Міжособистісна ефективність - модель "DEAR MAN": техніка для ефективного спілкування та відстоювання своїх потреб у стосунках.

Практика встановлення меж: навчання пацієнтів балансувати між власними потребами та потребами інших [48].

5) Когнітивна реструктуризація - техніка "Перевірка фактів": аналіз доказів за і проти нав'язливих думок для зменшення їх впливу.

Практика "Альтернативних думок": генерування більш адаптивних інтерпретацій ситуацій, що викликають тривогу [66].

6) Поведінкові експерименти - планування та виконання дій для перевірки обґрунтованості obsесивних переконань.

Аналіз результатів експериментів для корекції дисфункціональних переконань [48].

7) Техніки самозаспокоєння – практика самоспівчуття: розвиток доброзичливого ставлення до себе під час переживання симптомів ОКР. Техніки візуалізації: створення уявних образів безпеки та спокою для зниження тривоги [48,68].

Ці техніки ДПТ, адаптовані для лікування ОКР, спрямовані на розвиток навичок емоційної регуляції, толерантності до дистресу та міжособистісної ефективності. Їх систематичне застосування у поєднанні з традиційними методами лікування ОКР може значно підвищити ефективність терапії та сприяти довготривалому поліпшенню стану пацієнтів.

3.2. Впровадження міжнародного досвіду в розробку ефективного підходу для лікування obsесивно-компульсивного розладу

Розглянувши одні з найефективніших методик у лікуванні ОКР, варто звернути увагу на те, як використати даний міжнародний досвід у нашій практиці, як абстрагувати дані методи під нашу ментальну та суспільну специфіку, а також до цього доєднати вплив фактору як активні воєнні дії на території України. Впровадження ефективних методів лікування дозволить не лише покращити якість життя пацієнтів, але й знизити економічні втрати, пов'язані з непрацездатністю. Для реалізації цього завдання варто задіяти ряд механізмів:

- організація міжнародних конференцій та семінарів;
- створення програм стажування для українських спеціалістів за кордоном;
- переклад та адаптація міжнародних протоколів лікування ОКР;
- розробка національних стандартів лікування;
- впровадження системи безперервної освіти для фахівців;
- створення спеціалізованих центрів лікування ОКР;
- проведення інформаційних кампаній для населення;

- включення сучасних методів лікування ОКР у програми психологічний та клініко-психотерапевтичних спеціальностей у вузах.

Також варто охарактеризувати терапевтичні заходи з міжнародної практики у розрізі їх абстрагування в Україні. Когнітивно-поведінкова терапія для лікування ОКР є надзвичайно актуальним та ефективним методом в контексті сучасної України, особливо з огляду на умови перманентного стресу та триваючих воєнних дій.

В умовах війни та постійної невизначеності, українці стикаються з підвищеним ризиком розвитку або загострення ОКР. Перебільшене відчуття відповідальності за запобігання шкоді, що є ключовою рисою ОКР, може посилюватися через реальні загрози безпеці. Це робить застосування КПТ особливо важливим, оскільки даний метод допомагає людям розрізняти реальні та уявні загрози, а також розвивати більш адаптивні стратегії подолання тривоги.

Підхід КПТ до нормалізації нав'язливих думок може бути особливо корисним в українському контексті. Розуміння того, що інтрузивні думки є нормальним явищем, а проблема полягає в їх інтерпретації, може допомогти пацієнтам краще справлятися з тривожними думками, пов'язаними з воєнною ситуацією.

Важливим аспектом КПТ в умовах України є робота з сім'ями хворих. В ситуації, коли багато сімей розділені через війну або переживають колективну травму, навчання сімей підтримувати одне одного послідовно може мати терапевтичний ефект не лише для людини з ОКР, але й для всієї родини.

Техніки дистанціювання від нав'язливих думок та прийняття невизначеності, які є ключовими в КПТ для ОКР, можуть бути особливо корисними в умовах непередбачуваності воєнного часу. Вони допомагають пацієнтам розвивати стійкість до стресу та адаптуватися до мінливих обставин.

Поведінкові експерименти, які є частиною КПТ, можуть бути адаптовані до реалій воєнного часу. Наприклад, порівняння днів з і без компульсій може включати ситуації, пов'язані з безпекою під час повітряних тривог або евакуації.

Важливо також відзначити, що КПТ може бути ефективно адаптована для онлайн-формату, що є критично важливим в умовах обмеженої мобільності та доступу до медичних закладів в деяких регіонах України.

Застосування КПТ для лікування ОКР в Україні вимагає від терапевтів особливої чутливості до контексту та гнучкості у застосуванні технік. Це включає врахування реальних загроз безпеці при роботі з нав'язливими думками про небезпеку, а також адаптацію терапевтичних цілей до обмежень, накладених воєнним станом.

Загалом, впровадження КПТ як основного методу лікування ОКР в Україні може не лише покращити стан пацієнтів з цим розладом, але й сприяти розвитку більш стійкого та адаптивного підходу до подолання стресу в суспільстві в цілому.

Експозиційна терапія з запобіганням реакціям у поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією є надзвичайно актуальною в умовах сучасної України, яка перебуває під впливом стресогенних чинників та воєнних дій. Цей метод дозволяє хворим навчитися розрізняти реальні загрози, актуальні в умовах війни, та ірраціональні страхи, пов'язані з ОКР. Техніки ЕЗР допомагають краще справлятися з високим рівнем тривоги, що особливо важливо в умовах постійного стресу воєнного часу. Гнучкість методу дозволяє адаптувати його до індивідуальних потреб людей та специфічних стресорів, пов'язаних з війною. Важливо, що ЕЗР може бути ефективною навіть при обмеженій кількості сесій, що актуально в умовах обмеженого доступу до медичної допомоги.

Крім того, можливість проведення онлайн-терапії робить метод доступним для пацієнтів у зонах активних бойових дій або тимчасово переміщених осіб. ЕЗР також допомагає розвивати психологічну стійкість,

необхідну для подолання травматичного досвіду війни. Практичність підходу, з його поетапним планом втручання, робить його ефективним в умовах обмеженого часу та ресурсів. Комбінація з КПТ дозволяє працювати не лише з симптомами, але й з глибинними переконаннями, що особливо важливо в контексті травматичного досвіду війни. Довготривалий ефект методу, який навчає пацієнтів навичкам самостійного використання після завершення терапії, є критично важливим в умовах нестабільного доступу до медичної допомоги.

Однак, застосування ЕЗР в умовах війни вимагає особливої уваги терапевтів до реальних загроз безпеці та адаптації експозиційних вправ до поточної ситуації. Важливо також враховувати можливу коморбідність ОКР з посттравматичним стресовим розладом та іншими психічними розладами, пов'язаними зі стресом війни.

Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія - цей підхід особливо актуальний в українських реаліях з кількох причин. По-перше, МОКПТ може допомогти пацієнтам впоратися з підвищеним рівнем тривоги та стресу, викликаним воєнною ситуацією, навчаючи їх технікам усвідомленого дихання та медитації. Ці практики можуть бути особливо корисними для зниження загального рівня напруги та покращення емоційної регуляції в умовах постійної невизначеності. По-друге, техніки усвідомленості можуть бути легко адаптовані для використання в різних умовах, включаючи ситуації з обмеженим доступом до медичної допомоги, що часто зустрічається в зонах конфлікту. Пацієнти можуть практикувати ці техніки самостійно, що робить метод доступним навіть при обмежених ресурсах охорони здоров'я. По-третє, МОКПТ може допомогти пацієнтам розвинути більшу стійкість до стресових факторів, пов'язаних з воєнним часом, навчаючи їх сприймати нав'язливі думки та тривожні відчуття як тимчасові явища, а не як незаперечні факти. Це особливо важливо в контексті України, де люди часто стикаються з травматичними подіями та інформаційним перевантаженням.

Крім того, практика усвідомленого ведення щоденника може бути корисною для обробки та інтеграції досвіду, пов'язаного з війною, що може допомогти запобігти розвитку ПТСР поряд з ОКР. Заземлюючі вправи, які є частиною МОКПТ, можуть бути особливо корисними для людей, які переживають флешбеки (повернення у стресову ситуацію) або панічні атаки, пов'язані з воєнними подіями. Нарешті, групові заняття з МОКПТ можуть сприяти формуванню почуття спільності та взаємопідтримки серед пацієнтів, що особливо важливо в умовах соціальної ізоляції та роз'єднаності, які часто супроводжують воєнний час.

Таким чином, МОКПТ може бути ефективним та гнучким інструментом для лікування ОКР в умовах України, надаючи пацієнтам практичні навички для управління симптомами та покращення загального психологічного благополуччя навіть в умовах тривалого стресу та невизначеності.

Діалектична поведінкова терапія є потенційно ефективним прикладним методом лікування розладів ОК-спектру в контексті України, особливо під час впливу перманентного стресу та воєнних дій. Зокрема, техніки толерантності до дистресу можуть бути особливо корисними для управління тривогою, пов'язаною з воєнними діями, а практика "Мудрого розуму" може допомогти пацієнтам приймати збалансовані рішення в умовах підвищеної невизначеності та небезпеки. По-друге, ДПТ може бути інтегрована з методами лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який часто супроводжує ОКР у воєнний час. Техніки регуляції емоцій можуть бути адаптовані для роботи з травматичними спогадами та тригерами.

В умовах обмежених ресурсів охорони здоров'я групові заняття ДПТ можуть бути ефективним способом надання допомоги більшій кількості людей, а групи підтримки можуть сприяти формуванню почуття спільності та взаємодопомоги. Адаптація ДПТ до онлайн-формату може забезпечити доступність терапії для пацієнтів у різних регіонах України, включаючи тимчасово окуповані території.

Техніки ДПТ можуть бути використані як частина кризового втручання для людей, які переживають загострення симптомів ОКР через стрес воєнного часу. Залучення членів родини до терапевтичного процесу може бути особливо важливим в українському контексті, де сімейні зв'язки часто відіграють ключову роль у підтримці. ДПТ може бути спрямована на розвиток психологічної стійкості пацієнтів, що особливо важливо в умовах тривалого стресу воєнного часу.

Застосування ДПТ в українському контексті може значно допомогти людям з ОКР управляти своїми симптомами в умовах підвищеного стресу та невизначеності, пов'язаних з воєнними діями, надаючи їм практичні інструменти для подолання тривоги, регулювання емоцій та покращення міжособистісних відносин, що особливо важливо в складних умовах сучасної України.

Висновки до третього розділу

Когнітивно-поведінкова терапія є ефективним методом лікування obsесивно-компульсивного розладу. Основна мета КПТ при ОКР - змінити інтерпретацію пацієнтом своїх нав'язливих думок та модифікувати поведінкові реакції на них. Ключові аспекти терапії включають нормалізацію нав'язливих думок, зменшення відчуття надмірної відповідальності, навчання дистанціюванню від думок, прийняття невизначеності та зміну критеріїв завершення компульсій. Важливо, щоб терапевт уникав надання запевнень і зосереджувався на процесах мислення людини, а не на змісті нав'язливих думок. КПТ також включає роботу з сім'єю клієнта та використання поведінкових експериментів для перевірки і зміни дисфункціональних переконань. Цей підхід допомагає людині розвинути більш адаптивні способи мислення та поведінки, що призводить до зменшення симптомів ОКР та покращення якості життя.

Когнітивно-поведінкова терапія та експозиційна терапія з запобіганням реакціям є універсальною комбінацією у лікуванні розладу тривожного спектру. КПТ та ЕЗР фокусується на зміні інтерпретації нав'язливих думок та поведінкових реакцій пацієнта, використовуючи чітко структурований підхід та індивідуального моделювання для кожного випадку. Вони допомагають пацієнтам розвинути навички самодопомоги, що критично важливо в умовах обмеженого доступу до медичної допомоги під час війни.

Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія є ефективним методом лікування obsесивно-компульсивного розладу, який поєднує практики усвідомленості з елементами когнітивно-поведінкової терапії. На відміну від традиційних підходів, МОКПТ навчає пацієнтів сприймати нав'язливі думки та почуття як тимчасові явища, не намагаючись їх змінити або уникнути. Цей метод має ряд переваг, включаючи зменшення тривожності, покращення емоційної регуляції, підвищення самосвідомості, збільшення прийняття та зменшення уникання. МОКПТ допомагає пацієнтам навчитися переживати свої відчуття повною мірою, розуміти їх причини та мінімізувати тривогу і страх щодо власних думок. Важливо, що цей підхід надає пацієнтам інструменти для самостійного управління своїм станом у повсякденному житті, сприяючи довгостроковому покращенню та зменшенню залежності від терапевта.

Діалектична поведінкова терапія є важливим методом лікування ОКР, який акцентує увагу на поєднанні прийняття та змін для покращення емоційного благополуччя. Основні техніки ДПТ, такі як практика "Мудрого розуму", толерантність до дистресу, регуляція емоцій, міжособистісна ефективність, когнітивна реструктуризація, поведінкові експерименти та техніки самозаспокоєння, допомагають пацієнтам розвивати навички подолання тривоги та зменшення залежності від компульсій. Цей підхід, адаптований для лікування ОКР, сприяє покращенню симптомів та якості життя пацієнтів.

В умовах війни та постійного стресу методи психотерапії, такі як ЕЗР, КПТ, МОКПТ та ДПТ, можуть бути ефективними інструментами для лікування obsесивно-компульсивного розладу. Вони допомагають людям розвивати психологічну стійкість, управляти тривогою та регулювати емоції. Онлайн-терапія робить ці методи доступними для тих, хто перебуває у зонах бойових дій або має обмежений доступ до медичної допомоги. Залучення сімей та використання групових форматів сприяє підтримці індивідів, що є важливим для подолання симптомів ОКР в умовах тривалого стресу та невизначеності воєнного часу.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізувавши науково-теоретичні дослідження щодо суті та особливостей дослідження розвитку ОКР у стані перманентного стресу ми прийшли до висновку, що хронічний стрес є ключовим тригером, який посилює прояви ОКР через взаємодію фізіологічних, емоційних, когнітивних і поведінкових чинників, а також сприяє формуванню нав'язливих думок і ритуальної поведінки, особливо у людей з підвищеним рівнем тривожності та певними акцентуаціями характеру.

Грунтовний аналіз науково-теоретичних досліджень продемонстрував суттєву еволюцію в розумінні ОКР – від його класифікації як різновиду тривожного розладу до виділення в окрему категорію F.42. "Обсесивно-компульсивні або пов'язані з ними розлади" в МКХ-11. Це переосмислення базується на сучасних нейробіологічних дослідженнях, які виявили специфічні біологічні механізми розладу, зокрема порушення у функціонуванні кортико-стріато-таламо-кортикальних петель. ОКР – це хронічний психічний розлад, що характеризується наявністю нав'язливих, неконтрольованих думок, образів та ідей (обсесій), а також повторюваних дій чи ритуалів (компульсій), які виникають у відповідь на обсесії для зниження тривоги та внутрішньої напруги. Розлад має егодистонний характер – людина усвідомлює неадекватність своїх думок та дій, але не може їх контролювати, що викликає значні психологічні переживання.

2. На основі аналізу наукових надбань щодо досліджень факторів впливу стресу на розвиток ОКР було відокремлено п'ять основних груп факторів: біологічні, психологічні, соціально-культуральні та екологічні фактори. До біологічних факторів віднесено: а) генетичну схильність – наявність ОКР у родичів першого ступеня споріднення; б) нейробіологічні порушення – дисфункція в роботі базальних гангліїв, префронтальної кори мозку та серотонінергічної системи; в) гормональний дисбаланс – надмірне вироблення стресових гормонів (кортизолу) може провокувати ОКР. До

психологічних факторів більшість науковців відносить: а) когнітивні особливості – перфекціонізм, схильність до сумнівів, ригідність мислення; б) емоційну чутливість яка характеризується наявністю підвищеної тривожності, страху втрати контролю, почуттям провини; в) травматичний досвід до якого включають пережиті психотравми або сильний стрес, особливо в дитинстві. Розглядаючи групу соціальних факторів науковці відокремлюють, як найбільш ймовірні та сприяючи формуванню ОКР сімейні умови (гіперопіка, суворі виховні методи, надмірні вимоги до дитини) та соціальний тиск (високі очікування суспільства, стандарти успіху та зовнішності тощо). До екологічних факторів сприяючих формуванню ОКР віднесено: інфекційні захворювання (наприклад, стрептококовими інфекціями, які можуть викликати аутоімунні реакції) та токсичні впливи (включають вплив шкідливих речовин або несприятливих екологічних умов). До групи стресових факторів відносять хронічний або гострий стрес який може виступати як тригер для запуску obsесивно-компульсивних симптомів або погіршення їх перебігу.

3. Проаналізувавши існуючий психодіагностичний інструментарій щодо виявлення ОКР у своїй роботі ми зупинились на: опитувальнику акцентуації характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека; Тест на виявлення рівня стресу за В.Ю. Щербатих; Тест YBOCS на визначення наявності ОКР Йеля-Брауна; Шкала Тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory).

4. Дослідивши особливості ОКР та їх загострення у стані перманентного стресу під час воєнного стану серед обраних респондентів. Ми відзначили, що майже половина учасників (47%) має середній та високий рівень симптомів ОКР, більшість із них (62,7%) мають середній рівень стресу, а 27,5% опитаних мають високий рівень стресу. Встановлено, що стрес найбільше впливає на їх фізіологічний (34%) та емоційні стани (26%), дещо менші показники впливу стресу на поведінковому (21%) та інтелектуальному (19%) рівнях.

Кореляційний аналіз за К. Пірсоном виявив потужні взаємозв'язки між різними аспектами розладу, зокрема між педантичністю і застряганням у ритуалах ($r = 0,840$) та достатній зв'язок між тривожністю і застряганням ($r = 0,598$). А кореляційні зв'язки між стресовими факторами (інтелектуальним $r = 0,646$, поведінковим $r = 0,744$, фізіологічним $r = 0,625$) показують, що стресові реакції, зокрема, викликані ритуальними діями, можуть одночасно підсилювати один із факторів, що є типовим для людей з ОКР. Ці дані підтверджують складну природу ОКР та взаємопідсилюючий характер його симптомів.

Проведений факторний аналіз дозволив виділити три ключові компоненти у розвитку ОКР: стресові фактори, психологічно-поведінкові аспекти та obsесивно-компульсивні симптоми. Стресові фактори охоплюють фізіологічні (0,782), поведінкові (0,791), емоційні (0,689) та інтелектуальні (0,778) прояви, що безпосередньо впливають на формування нав'язливих думок та компульсивних дій. Психологічно-поведінкові аспекти включають тривожність (0,787), педантичність (0,794) та застрягання (0,807), які формують характерний патерн поведінки при ОКР. Третій фактор – obsесивно-компульсивні симптоми – найбільш чітко відображає специфіку розладу (0,891) через прояв ритуалів та нав'язливих думок.

5. Аналіз міжнародного досвіду лікування ОКР дозволив визначити найбільш ефективні терапевтичні підходи та можливості їх адаптації до українських реалій воєнного часу. Золотим стандартом залишається комбінація когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) з експозиційною терапією та запобіганням реакціям (ЕЗР). Ці методи демонструють високу ефективність у зміні дисфункціональних патернів мислення та поведінки. Додатково, значний терапевтичний потенціал виявляють майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МОКПТ) та діалектична поведінкова терапія (ДПТ), які допомагають пацієнтам розвивати навички емоційної регуляції та стресостійкості.

Для ефективної імплементації міжнародного досвіду в українських умовах рекомендується комплексний підхід, що включає: розширення доступу до онлайн-терапії, особливо в зонах з обмеженим доступом до медичної допомоги; впровадження групових форматів терапії для підвищення доступності психологічної підтримки; адаптацію терапевтичних протоколів з урахуванням специфіки воєнного стану; включення компонентів роботи з травмою в стандартні протоколи лікування ОКР; розвиток програм підтримки сімей пацієнтів.

Таким чином, проведені дослідження не лише поглибили розуміння механізмів розвитку ОКР в умовах перманентного стресу, але й дозволило сформулювати практичні рекомендації щодо діагностики та терапії цього розладу в контексті воєнного стану. Виявлені закономірності та взаємозв'язки між різними аспектами ОКР створюють основу для розробки більш ефективних стратегій терапевтичного втручання та профілактики загострень. Особливо важливим є врахування специфіки воєнного часу при адаптації міжнародних терапевтичних протоколів, що дозволить значно підвищити якість психологічної допомоги українцям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кокурн, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. 2018. С. 201-260.
2. Малишева, К. О., Келлер, В. В. Нейропсихологічні кореляти мозкових дисфункцій у осіб з obsесивно-компульсивним розладом. Психологічний журнал Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2019. №1(21). URL: <https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/485/304>
3. Напрєєнко, О. К., Влох, І. Й., Голубков, О. З. Психіатрія. Київ: Здоров'я. 2014. 584 с.
4. Психологічне дослідження: навч. посіб. / І. Галецька; М-во освіти і науки України, Львів. нац. ун-т ім. І. Франка.– Львів: Вид-во ЛНУ, 2015. 242с.
5. Столяренко, О. Б. Психологія особистості: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури. 2014. С. 170-200. URL: <https://filos.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/03/Psykholohia-osobystosti.-Stoliarenko-O.-B..pdf>
6. Abramowitz J. S., McKay D., Storch E. A. The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders. Pondicherry: Wiley; 2017. 1268 p. URL: <http://b-ok.org/book/3377418/abc444>
7. Adams T. G., Kelmendi B., Brake C. A., Gruner P., Badour C. L., Pittenger C. The Role of Stress in the Pathogenesis and Maintenance of Obsessive-Compulsive Disorder. Chronic Stress. 2018. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5841259/>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 2014. 970 p. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. Antony M. M., Purdon C., Summerfeldt L. J. (eds.). Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Fundamentals and Beyond. Washington, DC: *American Psychological Association*; 2017. P. 68-98.

10. Atmaca M., Yildirim H., Ozdemir H., Tezcan E., Poyraz A. K. Volumetric MRI Study of Key Brain Regions Implicated in Obsessive–Compulsive Disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2014. № 31. P. 46-52. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027858460600265X>
11. Beck A., Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disorders. Kyiv: Perun; 2016. P. 410-432 .
12. Beckmann H. Classification of Endogenous Psychoses and Their Differentiated Etiology. 2nd ed. New York, Wien: *Springer-Verlag*; 2014. P. 178-198. URL: <https://books.google.com.ua/books?id=DVlvcsfFWeAC>
13. Chamberlain S. R., Blackwell A. D., Fineberg N. A., Robbins T. W., Sahakian B. J. The Neuropsychology of Obsessive-Compulsive Disorder: The Importance of Failures in Cognitive and Behavioural Inhibition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014. P. 399-419. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.11.006>
14. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive Theory and Therapy of Anxiety and Depression: Convergence with Neurobiological Findings. *Trends in Cognitive Sciences*. 2015. P. 418-424. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20655801>
15. Clark D. A., Antony M. M., Beck A. T., Swinson R. P., Steer R. A. Screening for Obsessive and Compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*. 2015. P. 132-143. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16029101>
16. Coluccia A., Fagiolini A., Ferretti F., et al. Adult obsessive–compulsive disorder and quality of life outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. 2016. № 22 P.41-52. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
17. Couglea J., Leea H.-J., Salkovskis P. M. Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. P 153-159.

18. Craske M. G., Treanor M., Conway C. C., Zbozinek T., Vervliet B. Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behaviour Research and Therapy*. 2014. P. 10-23.
19. Foa E., Liebowitz M. R., Kozak M. J., et al. Randomized Placebo-Controlled Exposure Therapy and Restorative Rituals, Clomipramine, and Other Combinations in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2015. №162, P. 151-161.
20. Foa E., McNally R. Mechanisms of Change in Exposure Therapy. In: Rampee M., editor. *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York, NY: *Guilford Press*; 2016. P. 329-343.
21. Frost R. O., Steketee G., Krause M. S., Trepanier K. L. The Relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to Other Measures of Obsessive Compulsive Symptoms in a Nonclinical Population. *Journal of Personality Assessment*. 2014ю P. 158-168. URL: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6501_12
22. Grisham J. R., Sachdev P. S., Anderson T. Genetic and Environmental Influences on Obsessive-Compulsive Disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2014. P 107-116. URL: <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0789-0>
23. Gruner P., Anticevic A., Lee D., Pittenger C. Arbitration Between Action Strategies in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Neuroscientist*. 2016. P. 188-198. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5159480/>
24. ICD-11 Terms of Use and License Agreement. International Classification of Diseases 11th Revision. 2021. URL: <https://icd.who.int/en>
25. ICD-10 Terms of Use and License Agreement. International Classification of Diseases 10th Revision. 2019. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
26. Hindell A. Focused Meditation: What It Is, Benefits, & How to Practice It / A. Hindell; medical reviewer: T. Sookdeo. *Choosing Therapy*. 2023. URL: <https://www.choosingtherapy.com/focused-meditation/>

27. Jahanshahi M., Obeso I., Rothwell J. C., Obeso J. A. A Fronto-Striato-Subthalamic-Pallidal Network for Goal-Directed and Habitual Inhibition. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015. P. 719-732. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26530468/>
28. Jenike M. A., Breiter H. C., Baer L., et al. Cerebral Structural Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder: A Quantitative Morphometric Magnetic Resonance Imaging Study. *Archives of General Psychiatry*. 2014. P. 625-632. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8660129>
29. Jonathan S. Abramowitz, Dean McKay, Eric A. Storch. The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders. Pondicherry: Wiley; 2017. 1268 p. URL: <http://b-ok.org/book/3377418/abc444>
30. Juliano-Villani G. Mindful Breathing: Definition, Techniques, & Benefits. Choosing Therapy. 2023. URL: <https://www.choosingtherapy.com/mindful-breathing/>
31. Kircanski K., Peris T. S. Exposure and Response Prevention Process Predicts Treatment Outcome in Youth with OCD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015. P. 543-552.
32. Krebs G., Waszczuk M. A., Zavos H. M. S., Bolton D., Eley T. C. Genetic and Environmental Influences on Obsessive-Compulsive Behaviour Across Development: A Longitudinal Twin Study. *Psychological Medicine*. 2015. P. 1539-1549. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413853>
33. Külz A. K., Landmann S., Cludius B., et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Residual Symptoms After Cognitive Behavioral Therapy (CBT): A Randomized Controlled Trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2019. P. 223-233. URL: <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
34. Killcross S., Coutureau E. Coordination of Actions and Habits in the Medial Prefrontal Cortex of Rats. *Cerebral Cortex*. 2015. P. 400-408.
35. Maia T. V., Cooney R. E., Peterson B. S. The Neural Bases of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adults. *Development and Psychopathology*.

2018. P. 1251-1283. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/neural-bases-of-obsessive-compulsive-disorder-in-children-and-adults/C6198A4B7C1EEB9E6483784F46896246>

36. Mathews C. A., Nievergelt C. M., Azzam A., Garrido H., Chavira D. A., et al. Heredity and Clinical Features of Multigenerational Families with Obsessive-Compulsive Disorder and Hoarding. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2015. P. 174-182.

37. Menzies L., Achard S., Chamberlain S. R., et al. Neurocognitive Endophenotypes of Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain*. 2014. Vol. 130(12) P.3223-3236. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17855376>

38. Michael A. Jenike, Hans C. Breiter, Lee Baer. Cerebral Structural Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder: A Quantitative Morphometric Magnetic Resonance Imaging Study. *Archives of General Psychiatry*. 2014. P. 625-632. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8660129>

39. Linehan, M. M. DBT. Skills Training Handouts and Worksheets (2nd ed.). New York: *The Guilford Press*. 2015. P. 346-431. URL: https://static1.squarespace.com/static/577d2ce937c58194f7d39816/t/60c7e92fa3583448b8c6fa19/1623714139969/dbt_skills_training_handouts_and_worksheets_-_linehan_marsha_srg_.pdf

40. Milad M. R., Rauch S. L. Obsessive-Compulsive Disorder: Beyond Segregated Cortico-Striatal Pathways. *Trends in Cognitive Sciences*. 2014. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22138231/>

41. Nakao, K. Okada, S. Kanba. Neurobiological Model of Obsessive-Compulsive Disorder: Evidence from Recent Neuropsychological and Neuroimaging Findings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014. P. 587-605. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12195>

42. Nordsletten A. E., Reichenberg A., Hatch S. L., et al. Epidemiology of Hoarding Disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2014. pp. 80-99.

43. Orbital Frontal and Amygdala Volume Reductions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2015. P 69-89. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205372>

44. Pauls D. L. The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2014. P. 24-46. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181951/#ref17>

45. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2014. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25613661>

46. Peters K. Mindfulness for OCD: How It Works & Techniques to Try. *Choosing Therapy*. 2024, February 22. URL: <https://www.choosingtherapy.com/mindfulness-for-ocd/>

47. Pittenger C. The Neurobiology of Tic Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: Human and Animal Models. In: Charney D. S., Sklar P., Buxbaum J. D., Nestler E. J. (eds.) *Neurobiology of Mental Illness*. New York, NY: *Oxford University Press*; 2017. P. 879-889.

48. Rabbani K. Understanding the Role of Dialectical Behavior Therapy in Managing OCD/ Rabbani. *Minds Psychology*. 2023. URL: <https://www.mindspychology.com/post/dialectical-behavior-therapy-in-managing-ocd>

49. Price L. H., Rasmussen S. A., Mazure C., et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*. 2015. P. 154-170. URL: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

50. Rasmussen S. A., Tsuang M. T. Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014. P. 49-89 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3953865/>

51. Rosario-Campos M. C., Miguel E. C., Quatrano S., et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An Instrument for Assessing Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Molecular Psychiatry*. 2016. P.267-290 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16432526/>
52. Rosso G., Albert U., Asinari G. F., Bogetto F., Maina G. Stressful Life Events and Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Features and Symptom Dimensions. *Psychiatry Research*. 2014. P. 247-267 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22370150/>
53. Salkovskis P. M., Kirk J. Obsessional Disorders. In: Hawton K., Salkovskis P. M., Kirk J., et al. (eds.). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press; 2017. P. 129-168.
54. Serikova K. D., Mynbayeva A. K. Diagnostics of Stress and Development of Students' Stress Resistance by Creative Methods. *Journal of Psychological Science and Society*. 2019. P. 90. URL: <https://doi.org/10.26577/JPsS.2019.v69.i2.010>
55. Shafir H. Avoidance Coping: What It Is, Effectiveness, & Alternatives to Try / H. Shafir; medical reviewer: N. Saleh. *Choosing Therapy*. 2022, December 5. URL: <https://www.choosingtherapy.com/avoidance-coping/>
56. Sommer R. K. *Criminal Psychology and Forensic Psychopathology*. Germany: Publishing House of the Journal; 2015. 293 p.
57. Sónia Ferreira, Beatriz Couto, Mafalda Sousa, Rita Vieira, Nuno Sousa, Maria Picó-Pérez, Pedro Morgado. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Across the Lifespan: Current Diagnostic Challenges and the Search for Personalized Treatment. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2020.594541/full>
58. Steven Taylor, Abramowitz J. S., McKay D. Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder. In: *Psychological Treatment of OCD: Fundamentals and Beyond*. 2016. P 9-29. URL: <https://www.researchgate.net/>

publication/284828405_Cognitive-behavioral_models_of_obsessive-compulsive_disorder

59. Szeszko P. R., Robinson D., Ashtari M., Bogerts B. Heredity and Clinical Features of Multigenerational Families with Obsessive-Compulsive Disorder and Hoarding. 2017. P. 134-156. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205372>

60. Stuck A. Emotional Regulation: Skills to Help Regulate Your Emotions / A. Stuck; medical reviewer: T. Sookdeo. *Choosing Therapy*. 2023, October 31. URL: <https://www.choosingtherapy.com/emotional-regulation/>

61. Szeszko P. R., Robinson D., Alvir J. M. J., et al. Orbital Frontal and Amygdala Volume Reductions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2014. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205372>

62. Treanor M., Craske M. G., Conway C. C., Zbozinek T., Vervliet B. Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behaviour Research and Therapy*. 2014. P.1023.

63. Van Ameringen M., Patterson B., Simpson W. DSM-5 Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Clinical Implications of New Criteria. *Depression and Anxiety*. 2014. URL: <https://doi.org/10.1002/da.22259>

64. Wit S. J., Alonso P., Schweren L., et al. Multicenter Voxel-Based Morphometry Mega-Analysis of Structural Brain Scans in Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24220667>

65. Yochim B. P., Mueller A. E., June A., Segal D. L. Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Scale: Comparison to the Beck Anxiety Inventory and Geriatric Anxiety Inventory. *Clinical Gerontologist*. 2015. URL: <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.524600>

66. Zahavi A. The Handicap Principle: A Missing Piece of Darwin's Puzzle. Oxford University Press. 2014. URL: <https://global.oup.com>

67. Zhang H., Leckman J. F., King R. A., et al. Serotonin Transporter Availability in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Medicine*. 2014. P. 56-80.

68. Zbozinek T., Treanor M., Craske M. G., et al. Maximizing Exposure Therapy: The Inhibitory Learning Approach in Practice. *Behaviour Research and Therapy*. 2014. P. 10-23.

69. Zhuliano-Villani G. Mindful Breathing: Definition, Techniques, & Benefits. *Choosing Therapy*. 2023. URL: <https://www.choosingtherapy.com/mindful-breathing>

70. Zaun B., Kornhuber J. Carl Leonhard. *European Psychiatry*. 2015. Vol. 30, supplement 1. p. 28-31. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933815321246>

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ОКР-** обсессивно-компульсивний розлад
- МХК-** міжнародна класифікація хвороб
- ДСМ-** Довідник діагностичних критеріїв
- ВООЗ-** Всесвітня організація охорони здоров'я
- КТ-** комп'ютерна томографія
- МРТ-** магнітно-резонансну томографію
- МРС-** магнітно-резонансну спектроскопію
- ПЕТ-** позитронно-емісійну томографію
- КСТК-** кортико-стріато-таламо-кортикальна петля
- длПФК** –дорсолатеральна префронтальна кора
- влПФК** –вентролатеральна префронтальна кора
- ОФК** –орбітофронтальна кора
- ППК** –передня поясна кора
- зБК** –зовнішня біліда куля
- вБК** –внутрішня біліда куля
- ПЯ** –прилегле ядро
- БК** –біліда куля
- ПЯ** –прилегле ядро
- ЧС**–чорна субстанція
- СТЯ** –субталамічне ядро
- БГ** –базальні ганглії.
- ГАМК-** гамма-аміномасляна кислота
- ОГП-** організаційна громадська поведінка
- ПТСР-** посттравматичний стресовий розлад
- КПТ-** когнітивно-поведінкова терапія
- ЕЗР-** експозиційна терапія з запобіганням реакціям
- МОКПТ-** майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія
- ДПТ-** діалектична поведінкова терапія.

ДОДАТКИ

Додаток А**Опитувальник акцентуації характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека**

Для дослідження акцентуації особистості застосовується опитувальник, який являється реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості. Теоретичною основою опитувальника являється концепція "акцентуйованих особистостей" К. Леонгарда, який вважає, що властивості особистостей рис можуть бути розділені на основні і додаткові. Основні риси складають стержень, "ядро" особистості. У випадку яскравих виражень основні риси стають акцентуацією характеру. Відповідно, особистості, у яких основні риси яскраво виражені, названі Леонгардом "акцентуйованими". Опитувальник опублікований Г. Шмішеком в 1970 році і містить 10 шкал, відповідно до десяти виділяють Леонгардом типи акцентуйованих особистостей і складається з 88 питань, на який вимагати відповісти "та" або "ні". З його допомогою виявляються наступні десять типів акцентуації: гіпертимний, збудливий, емотивний, дистимічний (депресивність), невротичність (тривожно-боязкий), інтроєктивний (афективно-екзальтований), циклотимічний (афективно-лабільний) тип, застрягаючий (параноїдальний), педантичний (ригідний) і демонстративний типи.

Інструкція: Вам пропонується відповісти на 88 питання, що стосуються різних сторін вашої особистості. Поряд з номером питання поставте знак + (так), якщо згодні, або - (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтеся.

Тестовий матеріал

1. У Вас переважно веселий та безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Чи буває так, що у Вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, бесіді і т.д.?
4. Зробивши щось, Ви сумніваєтесь, чи все зроблено правильно, і не

заспокоїтесь доти, доки не переконаєтесь ще раз в тому, що все зроблено правильно?

5. В дитинстві Ви були таким же сміливим, як всі Ваші однолітки?

6. Чи часто у Вас різко змінюється настрій: від стану безпричинної радості до огиди до життя, до себе?

7. Звичайно Ви в центрі уваги компанії?

8. Чи буває так, що Ви безпричинно знаходитеся в такому поганому настрої, що з Вами краще не розмовляти?

9. Ви серйозна людина?

10. Здатні Ви захоплюватись, милуватися чим-небудь?

11. Чи завзяті Ви?

12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось образив?

13. Чи м'якосердий Ви?

14. Коли Ви кидаєте лист в поштову скриньку, чи перевіряєте Ви й проводите рукою по отвору скриньки, що лист потрапив до неї?

15. Чи прагнете Ви завжди бути в рядах кращих працівників?

16. Чи бувало Вам страшно в дитинстві під час грози або в разі зустрічі з незнайомою собакою (а можливо таке почуття буває й тепер, у зрілому віці)?

17. Чи прагнете Ви в усьому і всюди підтримувати порядок?

18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх обставин?

19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?

20. Чи часто у Вас буває почуття внутрішнього неспокою, почуття можливої біди, неприємностей?

21. У Вас часто дещо пригнічений настрій?

22. Чи бували у Вас хоча б один раз істерика або нервовий зрив?

23. Чи важко Вам довго всидіти на одному місці?

24. Якщо з Вами несправедливо поступили, чи будете енергійно відстоювати свої інтереси?

25. Чи можете Ви зарізати курку або вівцю?

26. Чи дратує Вас, якщо вдома занавіска або скатертина висять нерівно, і Ви

відразу намагаєтесь поправити їх?

27. У дитинстві Ви боялись залишатись одні вдома?

28. Часто у Вас бувають коливання настрою без причин?

29. Чи завжди Ви прагнули бути достатньо сильним працівником в своїй професії?

30. Чи швидко Ви починаєте сердитись чи гніватись?

31. Чи можете Ви бути абсолютно безтурботним, веселим?

32. Буває так, що почуття повного щастя буквально пронизує Вас?

33. Як Ви думаєте, вийшов би з Вас ведучий гумористичної вистави?

34. Ви звичайно викладаєте свою думку людям досить відверто й прямо без натяку?

35. Вам важко переносити вид крові? Чи не викликає це у Вас неприємних почуттів?

36. Чи любите Ви роботу з високою особистою відповідальністю?

37. Чи схильні Ви захистити людей, до яких виявляють несправедливість?

38. В темний підвал Вам важко й страшно спускатись?

39. Чи віддаєте Ви перевагу такій роботі, коли діяти потрібно швидко, а вимоги до якості виконання невисокі?

40. Чи товариський Ви?

41. В школі Ви охоче декламували вірші?

42. Чи втікали Ви в дитинстві з дому?

43. Чи здається Вам життя важким?

44. Буває так, що після конфлікту, образи Ви були до того вражені, що йти на роботу здавалось просто нестерпним?

45. Можна сказати, що в разі негараздів Ви не втрачаєте почуття гумору?

46. Зробили б Ви першим кроки до примирення, якщо Вас хто-небудь образив?

47. Ви дуже любите тварин?

48. Чи повертаєтесь Ви, щоб впевнитись, що залишили домівку чи робоче місце в такому стані, що там нічого не скоїться?

49. Чи переслідує Вас іноді неясна думка, що з Вами й Вашими близькими може скоїтись щось страшне?
50. Вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже змінний?
51. Вам Важко доповідати (виступати) на сцені перед великою кількістю людей?
52. Ви можете вдарити того, хто Вас образив?
53. У Вас дуже велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Ви належите до тих, хто при будь-яких розчаруваннях впадає у глибокий відчай?
55. Вам подобається робота, що потребує енергійної організаторської діяльності?
56. Чи наполегливо Ви добиватиметесь своєї мети, якщо на шляху до неї знадобиться долати безліч перешкод?
57. Чи може трагічний фільм зворушити Вас так, що на очах виступають сльози?
58. Часто Вам буває важко заснути через те, що проблеми минулого дня чи майбутнє весь час крутяться в думках?
59. В школі Ви іноді підказували своїм товаришам чи давали списати?
60. Чи потрібна Вам велика напруга волі, щоб пройти одному через кладовище?
61. Чи ретельно Ви слідкуєте за тим, щоб кожна річ у Вашій квартирі була тільки на одному й тому самому місці?
62. Чи буває так, що перед сном Ви в доброму настрої, а наступного дня встаєте в пригніченому на декілька годин стані?
63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?
64. Чи бувають у Вас головні болі?
65. Ви часто смієтесь?
66. Чи можете Ви бути ввічливим навіть з тим, кого Ви явно не цінуєте, не любите, не поважаєте?
67. Ви рухлива людина?

68. Ви дуже переживаєте через несправедливість?
69. Ви настільки любите природу, що можете називати її другом?
70. Виходячи з дому або лягаючи спати, перевіряєте Ви, чи закрили газ, вимкнули світло, закрили двері?
71. Ви дуже боязливі?
72. Чи змінюється Ваш настрій під впливом алкоголю?
73. У вашій молодості Ви з задоволенням приймали участь у художній самодіяльності?
74. Ви розцінюєте життя дещо песимістично, без передчуття радощів?
75. Чи часто Вас тягне подорожувати?
76. Чи може Ваш настрій змінитись так різко, що Ваш стан радощів раптово стане похмурим та пригніченим?
77. Чи легко Вам вдається підняти настрій друзям?
78. Чи довго Ви переживаєте образу?
79. Чи довгий час Ви переживаєте горе інших людей?
80. Чи часто, будучи школярем, Ви переписували сторінку в зошиті, якщо випадково ставили в ній пляму?
81. Чи ставитесь Ви до людей скоріше з недовірою й обережністю, ніж з добротою?
82. Чи часто Ви бачите жахливі сни?
83. Чи буває так, що Ви остерігаєтесь того, що кинетесь під поїзд або, коли стоїте біля вікна багатоповерхового будинку, раптово випадете?
84. У веселій компанії Ви звичайно веселі?
85. Здатні Ви відволікатись від важких проблем, які потребують рішень?
86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе вільніше коли приймаєте алкоголь?
87. В бесіді Ви скупі на слова?
88. Якщо Вам необхідно було б грати на сцені, Ви змогли б так увійти в роль, щоб забути про те, що це тільки гра?

Обробка результатів

При збігу відповідей на питання з ключем відповіді присвоюється один бал. Коли підраховуємо бали за кожною шкалою опитувальника, для стандартизації результатів значення кожної шкали множаться на визначене число. Акцентуйовані особи не є патологічними. Вони характеризуються проявом та виділенням яскравих рис характеру.

1. Гіпертимні x 3 (помножити значення шкали на 3):(+) 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77; (-) немає.
2. Застрягаючі x 2: (+) 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81; (-) 12, 46, 59.
3. Емотивні x 3: (+) 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79; (-) 25.
4. Педантичні x 2: (+) 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58. (-) 36.
5. Тривожні x 3: (+) 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82; (-) 5.
6. Циклотимічні x 3: (+) 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84; (-) немає.
7. Демонстративні x 2: (+) 7, 19, 22, 29, 41, 63, 66, 73, 85, 88; (-) 51.
8. Неврівноважені (збудливі): (+) 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86; (-) немає.
9. Дистимічні x 3: (+) 9, 21, 43, 75, 87; (-) немає.
10. Екзальтовані x 6: (+) 10, 32, 54, 76; (-) немає.

Інтерпретація

Максимальна сума балів після множення - 24. По деяких джерелах, ознакою акцентуації вважається величина, переважаючи 12 балів. Інші ж на основі практичного застосування опитувальника вважають, що сума балів в діапазоні від 15 до 19 говорить лише про тенденцію до цієї або іншого типу акцентуації. І лише у випадку перевищення 19 балів риса характеру являється акцентуованою. Отримані дані можуть бути представлені у виді "профіля особистостей акцентуації".

До акцентуації рис характеру Шмішек відносить демонстративний, педантичний, застрягаючий, збуджений типи особистості. Інші типи акцентуацій відносяться К. Леонгардом до акцентуацій темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязливий, циклотимічний, афективно-екзальтований та емотивний).

Акцентуації характеру

1.Демонстративний тип.

Характеризується підвищеною здатністю до витіснення, демонстративністю поведінки, жвавість, рухливість, легкість у встановленні контактів. Схильний до фантазування, брехливості і удаваності, спрямований на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, до позерства. Їх рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, жадання постійної уваги до своєї персони, жадання влада, похвали; перспектива бути непоміченим обтяжує його. Він демонструє високу пристосовуваність до людей, емоціональну лабільність (легку зміну настрою) при відсутності дійсно глибоких почуттів, схильність до інтриг (при зовнішній м'якій манері спілкуванні).

2.Застрігаючий тип.

Його характеризує помірна товариськість, занудливість, схильність до моральностей, неговіркий. Часто страждає від уявної несправедливості по відношенню до нього. У зв'язку з цим проявляє настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливий до образ і прикростей, уразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає те, що сталося, не здатний "легко відходити" від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, жорстка установка і погляд, сильно розвинене честолюбство часто призводить до наполегливому затвердженню своїх інтересів, яких він відстоює з особливою енергійністю.

3.Педантичний тип.

Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, тяжкістю на підйом, довгим переживанням травмуючих подій. У конфлікти вступає рідко, виступаючи швидше пасивною, чим активний стороною. У цей час дуже сильно реагує на будь-які прояви порушення порядку. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті і порядку, скрупульозний, добросовісний, схильний жорстко слідувати план.

4.Збудливий тип.

Недостатньо керований, послаблений контроль над потягами і спонукami поєднуються у людях такого типу з владою фізіологічних потягів. Йому характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і лайки, до конфліктів, в яких сам і являється активним, провокуюча сторона. Дратівливий, запальний, часто міняє місце роботи, незлагідних в колективі.

5.Гіпертимний тип.

Люди цього типу відрізняє велика рухливість, товариськість, балакучість, виражені жести, міміка, пантоміміка, надмірна самостійність, схильність до пустощів, недолік почуття дистанції у відношеннях з іншими. Часто спонтанно відхиляються від первинної теми в розмові. Скрізь вносять багато шуму, люблять компанії одноліток, прагнуть ними командувати.

6.Дистемічний тип.

Люди цього типу відрізняються серйозністю, наявністю пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю волевих зусиль. Для них характерні песимістичні відношення до майбутнього, занижена самооцінка, а також низька контактність, небагатослівність в бесіді, наявність мовчазності. Часто похмурі, загальмовані, схильні фіксуватися на тіньових сторонах життя. Вони добросовісні, цінують тих, хто з ними дружить і готовий їм підкорятися, мають загострені почуття справедливості, а також сповільненістю мислення.

7.Тривожний тип.

Людям даного типу властива низька контактність, мінорний настрій, боязкість, лякливість, невпевненість у себе. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, страшаються залишатися одні. Вони стороняться шумних і жвавих однолітків, не люблять надмірно шумних ігор, переживають почуття боязкості і соромливості, важко переживають контрольні, іспити, перевірки. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, висока мораль і етичні вимоги. Властива їм з дитинства образливість, чутливість, соромливість заважають зближуватися з тими, з ким хочеться, особливо слабкою рисою являється реакція на відношення до

тих, що оточують. Непереносимість кепкування, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих звинуваченнях. Рідко вступають в конфлікти з тими, що оточують, граючи в них в основному пасивну роль, в конфліктних ситуаціях вони шукають підтримки і опори. Вони володіють дружелюбністю, самокритичністю, стараністю. Внаслідок своєї беззахисності нерідко служать "козлами відпущення", мішеннями для жартів.

8.Екзальтований тип.

Яскравою рисою цього типу є здатність захоплюватися, а також - усмішливість, відчуття щастя, радості, насолоди. Ці почуття у них часто можуть виникати з причин, які у інших не викликають великого підйому, вони легко приходять в захоплення від радісних подій і в повному відчаї - від сумних. Їм властива висока контактність, балакучість, влюбливість. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справи до відкритого конфлікту. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною.

9.Емотивний тип.

Цей тип споріднений з екзальтованим, але вияви його не такі бурхливі. Для них характерна емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, боязнь, глибока реакція в області тонких почуттів. Найбільш сильно виражені риси - гуманність, співпереживання іншим людям або тваринам, чуйність, м'якосердні, співрадіють чужим успіхам. Вони вразливі, слізливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше, ніж інша людина. Рідко вступають у конфлікти, образи носять в собі, не "виплескується" назовні.

4. Циклотимний тип.

Характеризується зміною гіпертимних і дистимних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають у них картини гіпертимії: жадання діяльності, підвищена балакучість, скачки ідей; сумні - пригніченість, сповільненість реакцій і мислення, так і часто міняється у них манера спілкування з оточуючими людьми. У підлітковому віці можна виявити два варіанти

циклотимічних акцентуацій: типовий і лабільний циклоїди. Типовий циклоїд в дитинстві зазвичай справляють враження гіпертимних, але потім проявляється млявість, знесилення, ті, що раніше давалося легко, тепер вимагає непомірних зусиль.

Додаток Б**Тест на виявлення рівня стресу за В.Ю. Щербатих**

Тест на визначення рівня стресу. **Інструкція:** перед вами ознаки стресу - інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні. За наявності у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак - ставте собі 1 бал; емоційних - 1.5 бали, а фізіологічних - 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порушення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли «бачиться» менше можливих варіантів

дії

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій
3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, недоглянутість

9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності
11. порушення сну або безсоння
12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність
2. Підозрілість
3. Похмурий настрій
4. Відчуття постійної туги, депресія
5. Дратівливість, напади гніву
6. Емоційна «тупість», байдужість
7. Цинічний, недоречний гумор
8. Зменшення почуття впевненості в собі
9. Зменшення задоволеності життям
10. Почуття відчуженості, самотності
11. Втрата інтересу до життя
12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення

собою або своєю роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі
2. Підвищення або зниження артеріального тиску
3. Прискорений або неритмічний пульс
4. порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)
5. порушення свободи дихання
6. Відчуття напруги в м'язах
7. Підвищена стомлюваність
8. Тремтіння в руках, судом
9. Поява алергії чи інших шкірних висипань
10. Підвищена пітливість

11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла

12. Зниження імунітету, часті нездужання

Обробка результатів

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим - означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

Додаток В**Тест YBOCS на визначення наявності ОКР Йеля-Брауна**

Шкала Йеля-Брауна для obsесивно-компульсивного розладу (YBOCS) - це клінічний інструмент, який використовується для оцінки тяжкості симптомів obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Її розробили в 1970-х роках д-р Джеррі Марвін з Єльського університету та д-р Девід Вітлок з Університету Брауна. YBOCS оцінює 10 симптомів ОКР:

1) Нав'язливі думки (obsесії): ненав'язливі, легкі нав'язливі, чіткі нав'язливі, дуже сильні, нестерпні.

2) Нав'язливі дії (компульсії): незначні, легкі, помірні, сильні, дуже сильні.

3) Час, витрачений на нав'язливі думки та дії

4) Опір нав'язливим думкам та діям

5) Уникання ситуацій, які викликають нав'язливі думки та дії

6) Усвідомлення того, що нав'язливі думки та дії є нелогічними

7) Тривога та дискомфорт, пов'язані з нав'язливими думками та діями

8) Вплив симптомів ОКР на соціальне, професійне та особисте життя

9) Супутні симптоми (наприклад, депресія, тривога)

10) Глобальна оцінка тяжкості симптомів ОКР

Переваги YBOCS - це надійний та об'єктивний інструмент, який використовується дослідниками та клініцистами по всьому світу.

Стандартизація: YBOCS має чітку систему оцінювання, що дозволяє порівнювати результати різних людей.

Чутливість: YBOCS може виявляти зміни в тяжкості симптомів ОКР з часом, що робить її корисним інструментом для моніторингу ефективності лікування.

Обмеження YBOCS:

Час на проведення: Проведення YBOCS може зайняти значний час, що може бути обмеженням у деяких клінічних установах.

Суб'єктивність: Оцінка YBOCS дещо суб'єктивна і залежить від навичок та досвіду фахівця, який її проводить.

Необхідність професійної підготовки: YBOCS не призначена для самостійного використання і потребує спеціальної підготовки для правильного адміністрування та інтерпретації.

Запитання тесту

1. Загальна тривалість Ваших нав'язливих думок (обсесій) протягом доби становить

- не спостерігаються взагалі
- за сукупністю менше години
- за сукупністю 1-3 години протягом дня
- за сукупністю 3-8 годин протягом дня
- за сукупністю більше 8 годин протягом дня

2. Ступінь порушення повсякденного життя внаслідок наявності нав'язливих думок

- зовсім не порушена
- порушена слабо
- відчувається негативний вплив, але спосіб життя колишній
- сильно порушений повсякденний спосіб життя
- образ життя повністю порушений

3. Рівень психологічного дискомфорту внаслідок нав'язливих думок

- не відчуваю взагалі
- відчуваю слабкий дискомфорт
- відчуваю сильний дискомфорт, але в загальному, відчуваю себе добре
- відчуваю сильний дискомфорт і це позначається на моє самопочутті
- практично весь день відчуваю дуже сильний дискомфорт

4. Опір обсесії (нав'язливим думкам)

- в стані їм чинити опір практично завжди
- можу чинити опір більшій частині обсесій
- іноді я можу надати їм гарний опір

частіше за все я не можу опиратися їм
не в змозі чинити опір обсерсії

5.Ступінь контролю над обсерсіями (нав'язливими думками)

обсерсії повністю знаходяться під моїм контролем
в більшості випадків я контролюю їх
іноді мені вдається контролювати обсерсії
можу контролювати їх незначним чином
мої обсерсії неконтрольовані

6.Ваша тривалість нав'язливих дій, ритуалів (компульсії) протягом доби

не спостерігається взагалі
за сукупністю менше години
за сукупністю 1-3 години протягом дня
за сукупністю 3-8 годин протягом дня
за сукупністю більше 8 годин протягом дня

7.Ступінь порушення образу повсякденного життя

зовсім не порушений
чинять слабкий вплив
відчувається негативний вплив, але спосіб життя не змінився
сильно порушують повсякденний спосіб життя
спосіб життя повністю порушений

8.Рівень психологічного дискомфорту

не відчуваю взагалі
відчуваю слабкий дискомфорт
відчуваю сильний дискомфорт, але у загальному, відчуваю себе добре
відчуваю сильний дискомфорт і це позначається на моєму самопочутті
практично весь день відчуваю дуже сильний дискомфорт

9.Опір компульсії (нав'язливим діям, ритуалам)

в стані їм чинити опір практично завжди
можу чинити опір більшості компульсій

іноді я можу надати їм гарний опір
найчастіше я не можу опиратися їм
не в змозі чинити опір компульсії

10.Ступінь контролю над компульсіями

компульсії повністю знаходяться під моїм контролем
в більшості випадків я контролюю їх
іноді мені вдається контролювати компульсії
можу контролювати їх незначним чином
мої компульсії неконтрольовані

Результати опитування

-0-7- немає ознак ОКР;

-8-15- obsesивно-компульсивний розлад легкого ступеня вираженості;

-16-23- obsesивно-компульсивний розлад середнього ступеня тяжкості.

Рекомендується консультація лікаря;

-24-31- obsesивно-компульсивний розлад важкого ступеня тяжкості.

Рекомендується консультація лікаря;

-32-40- obsesивно-компульсивний розлад вкрай важкого ступеня тяжкості. Рекомендується консультація лікаря.

Додаток Г

Шкала Тривоги Бека

Шкала Тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) – це широко використовуваний психологічний інструмент, розроблений для вимірювання рівня тривоги у людини. Вона була створена американським психіатром Аароном Беком, який також відомий своїми дослідженнями в області когнітивної терапії та депресії.

Проходження опитувальника

Прізвище, ім'я _____ Вік _____

Дата дослідження _____

Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко. Час проходження тесту: ~10 хвилин

	0 балів Зовсім не турбує	1 бал Злегка турбує	2 бали Середньо турбує		3 бали Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі					
2.Відчуття жару					
3.Тремтіння в ногах					
4.Неможливість розслабитись					
5.Страх, що станеться найгірше					
6.Головокружіння					
7.Прискорене серцебиття					
8.Нестійкість, нестабільність					
9.Відчуття жаху, це кінець					
10.Дратівливість					
11.Тремтіння в руках					
12.Відчуття задухи					
13.Нерівна хода					
14.Страх втрати контролю					
15.Труднощі з диханням					
16.Страх смерті					
17.Переляк					
18.Шлунково-кишкові розлади					
19.Непритомність					
20.Прилив крові до обличчя					
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)					

Результати опитування

Робимо підрахунок набраних балів відповідно отриманих балів з таблиці:

- 0-5 норма;
- 6-8 легкий рівень тривоги;
- 9-18 середній рівень тривоги;
- Більше 19 балів – високий рівень тривоги.