МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ДОРОСЛОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

Виконала: студентка ІІІ курсу,
групи 6.0533-з-с2
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Писарєва Наталія Вікторівна
Керівник: в.о. зав. кафедри, д. пед. н.,
професор кафедри акторської
майстерності Локарєва Г. В.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент
кафедри психології Скрипаченко Т. В.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти бакалаврський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача кафедри психології

к.психол.н., доцент Н.О. Губа

_____

«___» _____ 2026 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Писарєвій Наталії Вікторівні

1. Тема роботи: Психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом

керівник роботи Локарєва Г. В., в.о. зав. кафедри, д. пед. н., професор кафедри акторської майстерності

затверджена наказом ЗНУ від «08» грудня 2025 року № 1780-с

2. Термін подання студентом роботи: _____

3. Вихідні дані до роботи: аналіз наукових джерел, матеріали практик

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: провести теоретичний аналіз наукових даних з визначення феномену обсесивно-компульсивного розладу, психологічних чинників та факторів його виникнення, особливостей прояву у жінок середнього дорослого віку; емпірично дослідити психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом; розробити і апробувати програму корекції психологічних порушень у жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом і проаналізувати її ефективність.

5. Перелік графічного матеріалу: 2 рисунка, 14 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Локарєва Г. В., професор		
Розділ 1	Локарєва Г. В., професор		
Розділ 2	Локарєва Г. В., професор		
Розділ 3	Локарєва Г. В., професор		
Висновки	Локарєва Г. В., професор		

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	грудень 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	січень 2026 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	лютий 2026 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	березень 2026 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	квітень 2026 р.	Виконано
6	Написання висновків	квітень 2026 р.	Виконано
7	Передзахист	травень 2026 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	травень 2026 р.	Виконано

Студент _____ Н. В. Писарєва

Керівник роботи _____ Г. В. Локарєва

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ І. І. Менсітов

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 93 сторінки, 2 рисунка, 14 таблиць, 30 джерел.

Об'єкт дослідження: обсесивно-компульсивний розлад у жінок.

Предмет дослідження: психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

Мета дослідження: визначити психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом та розробити програму корекції психологічних порушень.

Методи дослідження:

- теоретичний аналіз літературних джерел щодо визначення поняття обсесивно-компульсивного розладу, психологічних чинників та факторів його виникнення, особливостей прояву у жінок дорослого віку;

- емпіричні: тестування з використанням психодіагностичних методик: Шкала Єля-Брауна для обсесивно-компульсивного розладу, Шкала нервово-психічної напруги Т.А. Немчина, Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI - Life style index), Госпітальна шкала тривоги і депресії, Опитувальник FPI (Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник);

- методи математичної обробки результатів експериментальних досліджень.

ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД, НАВ'ЯЗЛИВІ СТАНИ, ЖІНКИ СЕРЕДНЬОГО ДОРОСЛОГО ВІКУ, ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВА СФЕРА, НЕРВОВО-ПСИХІЧНА НАПРУГА, МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ, КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА.

SUMMARY

Pysarieva N. V. Psychological Features of Middle-adulthood Women with Obsessive-Compulsive Disorder.

The qualifying work consists of Iintroduction, 3 Chapters, Conclusion, References (30 items, 8 of foreign origin). The qualifying work volume is 96 pages long, 93 of them – main text. There are 14 tables and 2 illustrations.

Purpose of study: to determine the psychological characteristics of middle-aged women with obsessive-compulsive disorder and to develop a program for the correction of psychological disorders.

The research tasks:

- to conduct a theoretical analysis of scientific data on the definition of the phenomenon of obsessive-compulsive disorder, psychological factors and factors of its occurrence, features of manifestation in middle-aged women;
- to empirically investigate the psychological features of middle-aged women with obsessive-compulsive disorder;
- to develop and test a program for the correction of psychological disorders in middle-aged women with obsessive-compulsive disorder and analyze its effectiveness.

Object of study: obsessive-compulsive disorder in women.

Subject of study: psychological characteristics of middle-aged women with obsessive-compulsive disorder.

Chapter 1 “Theoretical analysis of scientific sources on the problem of the occurrence of obsessive-compulsive disorder in adult women” the concept of obsessive-compulsive disorder in the scientific literature is analyzed, psychological factors and manifestations of obsessive-compulsive disorder are identified, psychological features of adulthood in women are considered.

Chapter 2 “Empirical study of the psychological characteristics of adult women with obsessive-compulsive disorder” research methods are disclosed and research results are analyzed.

Part 3 “The work of a psychologist on the correction of psychological disorders in women with obsessive-compulsive disorder” forms and methods of work on the prevention and correction of obsessive-compulsive disorder were determined, a psychocorrectional program was developed to alleviate psychological disorders in women with obsessive-compulsive disorder, and the results were analyzed.

Key words: obsessive-compulsive disorder, obsessive states, middle-aged women, emotional-volitional sphere, neuropsychic tension, psychological defense mechanisms, correctional program.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ ВИНИКНЕННЯ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ У ЖІНОК ДОРОСЛОГО ВІКУ 11
1.1. Поняття обсесивно-компульсивного розладу у науковій літературі 11
1.2. Психологічні чинники та прояви обсесивно-компульсивного розладу 20
1.3. Психологічні особливості дорослого віку у жінок 31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК ДОРОСЛОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ 39
2.1. Організація та методи дослідження психологічних особливостей жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом 39
2.2. Аналіз результатів дослідження 51
РОЗДІЛ 3 РОБОТА ПСИХОЛОГА З КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ 63
3.1. Форми і методи роботи із запобігання та корекції обсесивно-компульсивному розладу 63
3.2 Розробка та обґрунтування психокорекційної програми з полегшення психологічних порушень у жінок з обсесивно-компульсивним розладом 68
3.3. Аналіз отриманих результатів 84
ВИСНОВКИ 91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 94

ВСТУП

Актуальність дослідження. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним з найбільш поширених розладів сьогодення. ОКР характеризується настирливими думками (обсесіями) або настирливими діями (компульсіями), а найчастіше їх поєднанням (80%). Згідно з даними епідеміологічних досліджень, у середньому 2,5% осіб за життя мають ОКР, тобто кожна сорокова людина. Це

«молодий» розлад: його дебют припадає переважно на пізній підлітковий та молодий дорослий вік, втім, за відсутності належної допомоги ОКР може набувати хронічного, пожиттєвого перебігу та суттєво інвалідизувати життя людини. Медико-соціальні наслідки обсесивно-компульсивного розладу включають хронічний перебіг, виразність соціального дистресу, зниження працездатності та якості життя. Обсесивно-компульсивний розлад найчастіше спричинюється психологічними чинниками і потребує психотерапевтичного лікування. Більш поширеним обсесивно-компульсивний розлад є серед жінок, що обумовлено їх фізіологічними та психологічними особливостями.

Симптоми обсесивно-компульсивних розладів (ОКР) були вперше описані Ескіролем 1838 р.. Через 100 років про ці розлади як прояв настирливих станів напише З. Фрейд (1918 р). Найбільш вичерпно «обсесивну хворобу» описав А. Левіс (1935), який звернув увагу на те, що обсесивні думки виникають поза волею пацієнта і супроводжуються бажанням подолати їх; К. Шнайдер вказав на їх безсенсовність. Протягом багатьох років ОКР вважалися досить нечастим видом патології, і лише 1996 р. після публікації звіту Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) були зараховані до десяти найбільш інвалідизуючих патологій. Сучасні епідеміологічні дослідження демонструють, що у 10% пацієнтів ОКР витікають із ананкастичної структури особистості (С. Монтгомері, 1993). Останніми роками Е. Голандер (1993) активно розробляє концепцію спектру

розладів, близьких до ОКР. Е. Голандер вважає, що існує континуум перехідних форм між компульсивними та імпульсивними поведінковими синдромами. Тернер, Байдель і Натан (1985) дійшли висновку про наявність в обсесивно-компульсивних особистостей «хронічного стану загального збудження». Описи психопатологічної картини настирливих станів за останні 100 років не зазнали значних змін і відповідають класичним уявленням З. Фрейда, П. Жане та Е. Крепеліна.

Отже, аналізуючи наявні дослідження з проблеми психологічних особливостей пацієнтів з обсесивно-компульсивним розладом, приходимо до висновку про недостатню вивченість цієї проблеми, що й обумовило обрання теми даної дипломної роботи.

Об'єктом дослідження є обсесивно-компульсивний розлад у жінок.

Предметом дослідження є психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

Мета дослідження: визначити психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом та розробити програму корекції психологічних порушень.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз наукових даних з визначення феномену обсесивно-компульсивного розладу, психологічних чинників та факторів його виникнення, особливостей прояву у жінок середнього дорослого віку.

2. Емпірично дослідити психологічні особливості жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

3. Розробити і апробувати програму корекції психологічних порушень у жінок середнього дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом і проаналізувати її ефективність.

Нами були використані наступні методи дослідження:

- теоретичний аналіз літературних джерел щодо визначення поняття обсесивно-компульсивного розладу, психологічних чинників та факторів його виникнення, особливостей прояву у жінок дорослого віку;

- емпіричні: тестування з використанням психодіагностичних методик: Шкала Єля-Брауна для обсесивно-компульсивного розладу, Шкала нервово-психічної напруги Т.А. Немчина, Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI - Life style index), Госпітальна шкала тривоги і депресії, Опитувальник FPI (Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник);

- методи математичної обробки результатів експериментальних досліджень.

Дослідження проводилось протягом року на базі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в місті Києві. До дослідження залучено 52 жінки дорослого віку з проявами або встановленим діагнозом обсесивно-компульсивного розладу. У групі порівняння 50 жінок дорослого віку, відповідної освіти, соціального статусу, у яких не виявлено ознак обсесивно-компульсивних порушень.

Структура дипломної роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних літературних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 96 сторінок, містить 14 таблиць, 2 рисунки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ ВИНИКНЕННЯ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ У ЖІНОК ДОРОСЛОГО ВІКУ

1.1 Поняття обсесивно-компульсивного розладу у науковій літературі

Обсесивно-компульсивний розлад (від лат. Obsessio – «облога», «охоплення», лат. Obsessio – «одержимість ідеєю» і лат. Compello – «примушую», лат. Compulsio – «примус») (ОКР, невроз нав'язливих станів) – розлад, який може мати хронічний, прогресуючий або епізодичний характер.

Індивід з обсесивно-компульсивним розладом переживає нав'язливі думки, як правило, неприємні. Спровокувати обсесії здатні будь-які незначні події - такі, як сторонній кашель, зіткнення з предметом, який сприймається хворим як нестерильний (поручні, дверні ручки і т.д.), а також особисті побоювання, пов'язані з чистотою. Обсесії можуть носити страшний або непристойний характер, частіше чужий особистості хворого [23; 24].

Для боротьби з обсесіями хворі застосовують захисні дії. Дії являють собою ритуали, покликані запобігати або мінімізувати побоювання. Такі дії, як постійне миття рук і умивання, спльовування слини, багаторазове запобігання потенційної небезпеки (нескінченна перевірка електроприладів, закриття дверей), повторення слів, рахунок. Наприклад, з метою переконатися, що двері закриті, хворому необхідно смикати ручку певну кількість разів (при цьому рахувати рази).

Провівши ритуал, індивід відчуває тимчасове полегшення, переходячи в «ідеальний» постритуальний стан. Однак, через якийсь час все повторюється заново.

Виділення обсесивно-компульсивного розладу у групі невротичних розладів продиктовано його значною резистетністю до виключно

фармакологічного лікування. Саме тому відмічається необхідність психотерапії при лікуванні даного розладу (О. Чабан, О. Хаустова, В. Шебанова, та ін.) [20; 21].

Маніфестація клінічно виражених проявів обсесивно-компульсивного розладу припадає переважно на віковий інтервал від 10 до 24 років (Л. Айзен, С. Расмуссен). В цьому віці захворювання може різко обмежити хворого в соціальному плані – ускладнити навчання, надбання соціальних зв'язків і навичок, знизити або позбавити можливості опанування висококваліфікованими вміннями [26].

Крім того, розлад може стати причиною суїцидальної поведінки людини (Г. Фенске, Р. Швенк), що визначає потребу в дослідженні шляхів поліпшення психологічної адаптації до життя хворих на обсесивно-компульсивний розлад.

Історична довідка.

Нав'язливі явища відомі давно. З IV століття до н. е. нав'язливості входили в структуру меланхолії. Так, в її комплекс за Гіппократом входили:

«Страхи і смуток, існуючі тривалий час». У Середньовіччі таких людей вважали одержимими.

Перший клінічний опис розладу належить Феліксу Платеру (1614 рік). У 1621 Робертом Бартоном в книзі «Анатомія меланхолії» був описаний нав'язливий страх смерті. Аналогічні нав'язливі сумніви, побоювання описував в 1660 Джеремі Тейлор і Джон Мур, єпископ Ельскій. В Англії XVII століття нав'язливі стани також зараховували до «релігійної меланхолії», однак, навпаки, вважали, що відбуваються вони через надмірне посвячення себе Богу.

У XIX столітті вперше широко поширився термін «невроз», до якого і зарахували нав'язливості. Обсесії стали диференціювати від маячних ідей, а компульсії - від імпульсивних дій. Впливові спеціалісти дискутували, чи зараховувати ОКР до розладу емоцій, волі або інтелекту [29].

У 1827 році Жан-Етьєн Домінік Еськироль описав одну з форм неврозу нав'язливих станів - «хвороба сумнівів» (фр. Folie de doute). Він коливався між класифікацією її як розладу інтелекту чи волі.

І. М. Балинський в 1858 році відзначив, що у всіх нав’язливостей є спільна риса - чужість свідомості, і запропонував термін «нав'язливий стан».

Представник французької психіатричної школи Бенедикт Огюстен Морель в 1860 році вважав причиною нав'язливих станів порушення емоцій через хворобу автономної нервової системи, в той час як представники німецької, В. Грізінгер і його учень Карл-Фрідріх-Отто Вестфаль в 1877 році вказували, що вони виникають при збереженому в інших відношеннях інтелекті і не можуть їм бути вигнані зі свідомості, а в їх основі лежить розлад мислення, подібний параної. Сам термін належить останньому. Zwangsvorstellung, перекладений на англійську в Великобританії як англ. obsession, а в США - англ. compulsion дав сучасну назву хвороби [29].

В останній чверті XIX століття неврастенія включала в себе величезний список різних хвороб, в тому числі і ОКР, який все ще не вважався окремим захворюванням. У 1905 році П'єр Марія Фелікс Жане виділив цей невроз з неврастенії як окреме захворювання і назвав його психастенією у своїй праці фр. Les Obsessions et la Psychasthenie (Obsessions and Psychasthenia).

В цьому ж році дані про нього систематизував С. А. Суханов. Термін «психастенія» став широко застосовуватися у французькій науці, в той час як в німецькій та англійській використовувався термін «невроз нав'язливих станів». У США його стали називати обсесивно-компульсивним неврозом. Різниця тут не тільки в термінології. У вітчизняній психіатрії під неврозом нав'язливих станів розуміють не тільки обсесивно-компульсивний розлад, але і фобічно-тривожні розлади (F40), які як в МКБ-10, так і в DSM-IV-TR мають різні позначення [29].

П. Жане та інші автори розглядали ОКР як захворювання, причиною якого є вроджені особливості нервової системи.

На початку 1910-х Зигмунд Фрейд відносив обсесивно-компульсивну поведінку до несвідомих конфліктів, які проявляються у вигляді симптомів.

Е. Крепелін поміщав його не до психогенних, а до «конституційних душевних захворювань» поряд з маніакально-депресивним психозом і параноєю. Багато вчених відносили його до психопатії, а K. Kolle і деякі інші – до ендогенних психозів типу шизофренії, але на даний момент його відносять саме до неврозів [40].

З XIX ст., відколи обсесивно-компульсивний розлад став об’єктом спеціального дослідження (Б. Морель), наукові пошуки зарубіжних та вітчизняних дослідників спрямовані на визначення причин та механізмів розвитку обсесивно-компульсивного розладу: психодинамічних чинників (А. Адлер, С. Берман, А. Есман, Н. Маквільямс, Дж. МакКанн, Г. Фройд, З. Фройд), патофізіологічних чинників (М. Асатіані, В. Бєхтєрев, Л. Гаккель, О. Іванов-Смоленський, К. Лоренц, І. Павлов, Є. Попов, М. Середіна, М. Трунова, У. Яковлева), нейробіологічних чинників (К. Адлер, Л. Бієрг, Х. Брайтер, С. Вайтсайт, Дж. Вулі, І. Елькін, П. Жежко, Дж. Кім, К. Кобак, М. Мавісакаліан, М. Набеяма, С. Раух, К. Рідерінкоф, Д. Розенберг, К. Рубія, С. Саксена, Р. Тамімі, М. Фламент, Є. Фоа) [18; 22; 27].

Психологічні механізми розвитку нав'язливих станів і в тому числі нав'язливого мислення по-різному описуються різними авторами.

Тут в основному можна розрізняти два напрямки. Один напрямок розглядає нав'язливе явище як первинний розлад розумової діяльності, і інший напрямок бачить основу нав'язливого мислення в розладі афективної сфери. Висловлювалися також думки, що поєднують ці обидва напрямки.

Жане, засновник вчення про психастенію, вважав, що в основі нав'язливих ідей лежить первинна слабкість інтелекту з ослабленням здатності логічно міркувати. Циген говорив, що страх грає при нав'язливому мисленні лише вторинну роль. Верніке також вважав нав'язливе мислення первинним розладом інтелектуальної діяльності.

На противагу цим поглядам Ашаффенбург, Крепелін і Блейлер наполягали на тому, що первинну роль в ґенезі нав'язливого мислення відіграють афективні розлади. Так, Ашаффенбург вважав, що основну генетичну роль при нав'язливих думках грають почуття невпевненості в собі і страхи, що зв'язують мислення. Крепелін бачив основу нав'язливих ідей в тривожній напрузі і страху. Штеккер знайшов тісний зв'язок нав'язливого мислення з маніакально-депресивним психозом, причому вважав, що воно виникає на ґрунті змішаних станів, де грають роль маніакальні елементи скачки ідей разом з меланхолійним гальмуванням мислення. Керера, навпаки, схильний був відносити нав'язливість мислення до шизофренічного розщеплення афективності [86].

Ряд авторів – Бумка, К. Шнейдер, Фрідман – вважали, що в нав'язливому мисленні є як первинний розлад мислення, так і розлад афективності. Так, по Бумка, фобії, як афективний прояв тісно пов'язані з нав'язливим мисленням і що взагалі неможливо в психічній діяльності відокремлювати мислення від емоцій. У кожній фобії є крім афективної також і інтелектуальна частина [24].

Бумка визначає нав'язливі уявлення як домінуючі уявлення, які болісно сприймаються суб'єктом як непереборні шляхом нормального психологічного впливу.

К. Шнейдер, кажучи про психопатів-ананкастів, також вважає, що нав'язливі стани є змістом їх свідомості, що виникає з суб'єктивним переживанням нав'язливості і нездоланності. При спокійному міркуванні, виходячи з логічних підстав, хворі визнають безглуздість своїх нав'язливих думок.

Аналізуючи нав'язливі уявлення, Фрідман зазначив, що основним в них є нездатність хворого закінчувати певну думку, звідки і походить нав'язливість. При цьому, на його думку, важливу роль відіграє вроджена тенденція до «застрягання» на уявленнях і фантазіях, яка в подальшому призводить суб'єкта до нав'язливих уявлень. Поряд з

формальними первинними розладами мислення в формі нав'язливості, Фрідман надає тут велике значення аномаліям характеру у вигляді м'якості, слабкої опірності, з пасивним підпорядкуванням афектам і навіюванню, при наявності нестримної фантазії. Таким чином, в механізмі нав'язливих станів і, зокрема, нав'язливого мислення, поряд зі слабкістю афектів, грає роль слабкість мислення і волі. Звідси Фрідман розрізняє три групи нав'язливих станів [28]:

1) афективні нав'язливі думки з вторинними нав'язливими імпульсами,
2) нав'язливі форми з первинними інтелектуальними порушеннями,
3) форми з первинними імпульсивними розладами.

У першій групі - мислення пригнічується афектом і в марній боротьбі з афективною реакцією утворюється нав'язливість мислення.

У другій групі, куди, головним чином, відносяться нав'язливі сумніви, чужорідних продуктів не виявляється, але тут завершення розумового процесу гальмується і пригнічується боязким почуттям сумніву. Болісна боротьба і намагання суб'єкта завершити думку рішенням завдання і є предметом почуття нав'язливості.

Нарешті, в третій групі – воля особистості пригнічується не сильним афектом, як в першій групі, а ненормально виникаючими первинними нав'язливими враженнями.

Ми особливо докладно зупинилися на аналізі нав'язливих станів, проведеному Фрідманом, так як він всебічно і детально охопив питання нав'язливого мислення і нав'язливих станів і показав всю складність цієї проблеми.

Однак, як правильно вказує О. Романчук, поряд з окремими правильними думками (значення почуття страху, а також травматизуючих переживань для виникнення нав'язливих станів), Фрідман висловив ряд глибоко помилкових ідеалістичних поглядів. Це видно в його наведеній вище класифікації нав'язливих станів, а також в понятті про характерну для хворих з нав'язливими думками неможливість давати закінчений розумовий процес [15].

Слід згадати про погляди психоаналітичної школи на ґенез нав'язливих думок, страхів і дій. Основоположник цієї школи Фрейд вважав, що ґенез їх пов'язаний з витісненими в підсвідоме афективними, головним чином, сексуальними переживаннями («підсвідомі афективні комплекси»), причому нав'язливе мислення у хворого символічно відображає ці комплекси. Погляди школи Фрейда для нас неприйнятні через невірну ідеалістичну переоцінку нею підсвідомих переживань, нібито незалежних від свідомої діяльності людини, а також через неправильну переоцінку ролі сексуальних комплексів в ґенезі різних нервово-психічних розладів.

Резюмуючи дані, що стосуються психопатологічного аналізу механізмів нав'язливого мислення, слід зазначити, що найбільш правильним рішенням цього питання є погляд, що в основі нав'язливості мислення лежить своєрідний розлад розумової діяльності і що, разом з тим, тут чималу роль відіграють і афективні моменти при наявності відповідного психастенічного – тривожно-недовірливого характеру [13].

Формальний аналіз нав'язливих думок (особливо нав'язливих сумнівів) досить ясно дозволяє встановити, що тут має місце своєрідне порушення розумової діяльності. Це порушення в основному полягає в розладі течії думок з проривами їх цілеспрямованості. Поза волею суб'єкта, при нав'язливому мисленні, певна думка застоюється в свідомості суб'єкта, залишається ізольованою від решти думок і не створює подальшого завдання мислення. Завдяки застійності, у суб'єкта не виходить свідомого завершення думки – її закінченості. Тому суб'єкт змушений багаторазово повертатися до думки, яка застоялась, щоб домогтися впевненості в правильному вирішенні поставленого перед цією думкою завдання. Це і створює механізм нав'язливості цієї думки. Одночасно і разом з інтелектуальним механізмом нав'язливості суб'єкт переживає важкий афективний стан безпорадності і тривоги, пов'язаний з невпевненістю в завершенні нав'язливої думки, досягненні її мети. Тим самим суб'єкт не в змозі розрядити свою афективну напругу [13].

Обсесивно-компульсивний розлад неоднорідний і включає кілька взаємопов'язаних психопатологічних синдромів, які розрізняються між собою за типом і функціональним значенням нав’язливостей, виникненням і динамікою основних клінічних проявів, структурою когнітивного дефіциту, а також особливостями особистості і когнітивного особистісного стилю. Тільки малосимптомний варіант ОКР виражається неспецифічними з різнорідними і обмеженими за змістом нав’язливостями, які виникають переважно в структурі афективних і особистісних розладів [12].

Синдром нав’язливостей завершеності дій визначається переважанням в клінічній картині обсесій і компульсій симетрії і порядку, а також супроводжується компульсивними ритуалами повторення і компульсивним рахунком. Ключові переживання хворих при цьому варіанті ОКР характеризуються прагненням до почуття «завершеності» або «правильності» скоєних дій, що психопатологічно пов'язано з патологічною інтроверсією, що утруднює формування адекватного зворотного зв'язку.

Синдром нав’язливостей безпеки характеризується компульсивними перевірками, обсесіями забруднення, деякими видами обсесій релігійного змісту, а також обсесіями дисморфофобічного і / або іпохондричного змісту. Ключові переживання у хворих з цим синдромом ОКР відображають потребу в безпеці, яка пов'язана з незбалансованою оцінкою реальності, що психопатологічно пов'язано з вираженими тривожно-депресивними розладами і невротичною структурою особистості хворих.

Синдром нав’язливостей заборонених спонукань включає нав'язливості контрастного змісту, а також сексуальні обсесії. Ключові переживання хворих при даному варіанті ОКР пов'язані з соціальними заборонами, які визначають основи їх психологічної ідентичності. Психопатологічні механізми цього варіанту ОКР пов'язані з глибокими розладами особистості, порушенням процесів усвідомлення і реалізації спонукань, перцептивними розладами і загальною психічною дезорганізацією.

Синдром нав’язливостей володіння характеризується компульсивним збиранням, зберіганням і неможливістю розлучитися з матеріальними об'єктами. Ключові переживання володіння у хворих цієї категорії ототожнюються з відчуттям безпеки, сталості та цілісності власного «Я», що психопатологічно пов'язано з соціальними страхами, незрілою самосвідомістю і незбалансованою самооцінкою.

Синдром рухових нав'язливостей з тиками характеризується компульсіями, які взаємопов'язані з мимовільними руховими актами. Ключові переживання при даному варіанті ОКР ототожнюються з підсвідомою тривогою і тілесним дискомфортом, що психопатологічно пов'язано з низькою рефлексією і експресивністю довільної поведінки таких хворих.

Динаміка описаних синдромів ОКР має істотні відмінності, що виражається в різному віці виникнення нав'язливості, неоднаковою нозологічною приналежністю, формах перебігу та наслідках.

Для рухових компульсій з тиками, нав'язливості завершеності дій і, частково, нав'язливості заборонених спонукань характерний ранній вік виникнення, зв'язок з патохарактерологічними особистісними особливостями і порушеннями психічного розвитку, відкидаючим типом дитячо-батьківських відносин у дитинстві, а також органічними і ендогенно-процесуальними захворюваннями.

Для нав’язливостей безпеки і володіння характерний більш пізній вік появи, зв'язок з невротичною структурою особистості, контролюючим характером дитячо-батьківських відносин, тривожними і афективними психічними розладами.

Форми перебігу та наслідки різних варіантів ОКР в великій мірі визначаються нозологічною природою симптоматики, в першу чергу, органічними захворюваннями, шизофренією або афективними розладами.

Обсесивно-компульсивні синдроми супроводжуються різними варіантами когнітивних порушень. Так, при нав'язливості заборонених

спонукань відзначаються порушення виконавчих функцій, при нав'язливості безпеки – функції контролю, а при компульсії з тиками - порушення і виконавчих, і контролюючих функцій. Для хворих з обсесіями володіння більшою мірою характерні когнітивно-стильові порушення у вигляді низької здатності до категоризації явищ дійсності, що вказує на низьку диференціацію властивих хворим емоційних оцінок.

Диференційована терапія синдромів ОКР повинна проводитися з урахуванням їх психопатологічної структури та нозологічної приналежності, а також враховувати їх динаміку. Поряд з фармакотерапією велике значення має розвиток у хворих адекватних комунікативних навичок, способів емоційного відреагування, компенсації когнітивного дефіциту, гармонізації особистості і когнітивно-стильових особливостей [12].

1.2 Психологічні чинники та прояви обсесивно-компульсивного розладу

Обсесивно-компульсивний розлад характеризується розвитком нав'язливих думок, спогадів, рухів і дій, а також різноманітними патологічними страхами (фобіями).

При ОКР у хворого мимоволі з'являються нав'язливі або лякаючі думки (так звані обсесії). Він постійно і безуспішно намагається позбутися від тривоги за допомогою настільки нав'язливих і утомлюючих дій (компульсій).

Симптоми захворювання включають повторювані дії, ритуали, циклічність, різнопланових думок, постійні перевірки своїх дій, заклопотаність інтимними думками, думками про насильство, про релігію тощо.

Симптоми ОКР часто лякають як найближче оточення людини, так і її саму. Дії людей, які страждають ОКР, оцінюються як неадекватні, такі, що зачіпають психічну діяльність і здаються параноїдальними. Самі вони зізнаються, що їх дії ірраціональні і це викликає в подальшому занепокоєння.

Нав'язливі думки включають:

- сумніви, побоювання з якогось приводу, наприклад, так званий «невроз домогосподарки», що виявляється в сумнівах після відходу з будинку: чи закриті двері, чи виключені побутові прилади і т. д.;

- нерішучість, сумніви щодо прийняття того чи іншого рішення, проблема вибору;

- сексуальні фантазії, що носять непристойний, насильницький або збочений характер;

- релігійні думки можуть проявлятися як боротьба між старанною, суворою побожністю і блюзнірськими думками;

- заклопотаність своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом;

- страхи зараження, мікробів, забруднень, одержимість чистотою і порядком.

Нав'язливі спонукання до дій:

1) агресивні бажання вчинити насильство стосовно себе або інших;

2) імпульси образити когось;

3) імпульси здійснити сексуальні дії, що носять непристойний, насильницький або збочений характер.

Нав'язливі дії:

1) прибирання, мийка, миття, одержимість чистотою, що далеко виходять за рамки розумної охайності, наприклад, постійне миття рук, що призводить до екземи;

2) перевірка, приведення в певний порядок, класифікація, розставляння предметів певним чином;

3) запасання і складування різних предметів;

4) самоушкодження, таке як: гризіння нігтів, кусання губ, розчісування шкіри, роздирання ранок, виривання волосся;

5) дрібні одноманітні ритуали, на зразок відкривання-закривання дверей, постукувань, поплескування, демонстрація певних жестів, одноманітні дії, наприклад, несвідоме почісування носа, вуха;

6) виконання розумових ритуалів, таких як нав'язливий рахунок;

7) різного роду химерні дивні ритуали і церемоніали, наприклад, усунення з кімнати перед сном всіх годинників і вкладання подушок строго під певним кутом, наливання води в чайник певним способом, на вулиці запам'ятовування номерів машин певного кольору, уникнення наступати на плитку тротуару певної форми і т. д [15].

Загострення можуть статися в місцях великого скупчення людей, наприклад, в громадському транспорті.

Для виявлення обсесивно-компульсивного розладу використовують так звану шкалу Єля-Брауна.

Особи з обсесивно-компульсивним розладом зазвичай недовірливі, схильні до рідкісних максимально-рішучих дій, що відразу помітні на тлі їх домінуючого спокою.

Основними ознаками розладу є тяжкі стереотипні, нав'язливі (обсесивні) думки, образи чи потяги, що сприймаються як безглузді, які в стереотипній формі знову і знову приходять на розум хворому і викликають безуспішну спробу опору. До їх характерних тем відносяться [89]:

- страх зараження або забруднення;
- страх заподіяння шкоди собі чи іншим;
- сексуально відверті або жорстокі думки і образи;
- релігійні або моральні ідеї;
- страх втратити або не мати якісь речі, які можуть знадобитися;
- порядок і симетрія: ідея, що все повинно бути побудовано «правильно»;
- забобони, надмірна увага до чогось, що розглядається як везіння або невезіння.

Компульсивні дії або ритуали представляють собою повторювані знову і знову стереотипні вчинки, сенс яких полягає в запобіганні будь-яких об'єктивно малоймовірних подій. Обсесії і компульсії частіше переживаються як чужорідні, абсурдні та ірраціональні. Пацієнт страждає від них і їм пручається.

Наступні симптоми є показниками обсесивно-компульсивного розладу:

- нав'язливі думки, які весь час повторюються;
- тривога, наступна за цими думками;
- певні і, з метою усунення тривоги, часто повторювані однакові дії.

Класичним прикладом цієї хвороби вважається страх забруднення, при якому у хворого кожне зіткнення з брудними, на його думку, предметами викликає дискомфорт і, як наслідок, нав'язливі думки. Щоб позбутися від цих думок, він починає мити руки. Але навіть якщо йому в якийсь момент здається, що він досить вимив руки, будь-яке зіткнення з «брудним» предметом змушує його почати свій ритуал заново. Ці ритуали дозволяють пацієнтові досягти тимчасового полегшення стану. Незважаючи на те, що хворий усвідомлює безглуздість цих дій, боротися з ними він не в змозі.

Численні психологічні, а також біологічні фактори призводять до причин розвитку ОКР. Оцінювання тяжкості симптомів здійснюється шкалою Єля-Брауна. Ослаблення організму через соматичні та інфекційні хвороби у комплексі з фобіями провокує появу неврозу, і у людей з'являються нав'язливі думки, сумніви, спогади, дії, потяги [9].

Існує фактор схильності обсесивно-компульсивного розладу, що видно з сімейного накопичення, кореляцій між ананкастною особистістю (особистості, схильні до сумнівів) і симптоматикою навязливостей, а також між високими показниками конкордантності у близнюків (ступінь відповідності фізичних та клінічних показників). Ананкастність – це ґрунт, в якому симптоматика навязливостей може виникнути, але не обов'язково. До того ж є й інші умови виникнення ОКР: з одного боку, психодинамічні, а з іншого – органічно-мозкові. Іноді вказують на мінімальну мозкову недостатність, яка оцінюється як причина часткової слабкості діяльності психіки і створює людині труднощі розрізнення між «важливим» і «неважливим». Органічний мозковий фактор в ряду умов зустрічається при обсесивно-компульсивному розладі частіше, ніж при інших неврозах.

Структура особистості людини з неврозом нав'язливих станів визначається вираженим контрастом між Воно та Над-Я: сфера мотивів і совісті істотно різняться, внаслідок чого виникає протиріччя, що створює особливі труднощі протікання нормальної життєдіяльності [9].

На даний момент конкретний етіологічний фактор невідомий. Існує кілька обгрунтованих гіпотез. Можна виділити 3 основні групи етіологічних факторів:

Біологічні:

- захворювання і функціонально-анатомічні особливості головного мозку;
- особливості функціонування вегетативної нервової системи;
- порушення в обміні нейромедіаторів - в першу чергу, серотоніну і дофаміну, а також - норадреналіну і ГАМК.

Генетичні - підвищена генетична конкордантность. Можливо, сприяють ОКР генетичні мутації. Вони були виявлені в людському гені переносника серотоніна, hSERT, у неспоріднених сімей з ОКР. Дані однояйцевих близнюків також підтверджують існування «спадкових чинників невротичної тривоги». Крім того, особи з ОКР частіше мають членів сім'ї першого ступеня споріднення з цим розладом, ніж здорові представники контрольної групи. У випадках, коли ОКР розвивається в дитинстві, спадковий фактор набагато сильніше, ніж при розвитку ОКР в дорослому віці (на генетичні чинники може припадати 45-65% випадків ОКР у дітей з цим діагнозом). Однак очевидно, що на експресивність генів впливають фактори зовнішнього середовища. Зараз ведуться активні дослідження в цьому напрямку.

Психологічні.

Психоаналітична теорія. У 1909 році Зигмунд Фрейд опублікував роботу 1907 г. «Нотатки про один випадок неврозу нав'язливості», з описом випадку, який увійшов в історію як «Випадок людини з щуром», опис психоаналізу неврозу нав'язливих станів.

Теорія І. Павлова і його послідовників. За І. Павловим, невроз нав'язливих станів виникає у людей з різними типами вищої нервової діяльності, але частіше - розумового «істинно людського типу».

Павлов вважав, що у нав'язливостей механізм спільний з маренням. В основі обох лежить патологічна інертність збудження, утворення ізольованих «великих пунктів» вогнищ незвичайної інертності, посилена концентрованість, надзвичайна тонічність збудження з розвитком негативної індукції. Інертний осередок збудження при нав'язливості не пригнічує збудження конкуруючих вогнищ, як при маренні.

Надалі І. Павлов припускав, що суть патофізіології порушення не в інертному порушенні, а в лабільності гальмування.

Збереження критики до нав'язливості зберігається через маленьку, в порівнянні з маренням, інтенсивність патологічного збудження і, отже, меншу силу і поширеність негативної індукції.

С. Давиденков пояснював нав'язливі сумніви інертністю і гальмування, і збудження. Одночасно існують кілька конкуруючих пунктів збудження, тобто заперечуючі одне одного спонукання до дії [5, 211].

При цьому заспокійлива роль компульсії полягає в тому, що виникає нове вогнище концентрації збудження, яке за механізмом негативної індукції пригнічує домінування першої і обсесії зникають або слабшають. Надалі між осередками утворюється міцний зв'язок. Розвинув цю теорію Жоузе де Кастро.

В. Коростій пов'язував нав'язливі думки, контрастні потяги з ультрапарадоксальним гальмуванням, коли порушуються центри, що відповідають за протилежні поняття. Він же вважав, що нав'язливі сумніви про вдало виконані дії пов'язані з наявністю 2 пунктів збудження, і пункт сумніву, будучи «великим», пригнічує «менший» пункт, який відповідає за впевненість [6].

Примітно, що теорія І. Павлова і його послідовників узгоджується з нейромедіаторною, однак перша описує ураження мозку на рівні організму, в той час як друга - на субклітинному і молекулярному. Це природно, якщо

врахувати, що в першій половині XX століття дані про нейротрансмітери були дуже мізерними і стосувалися в основному адреналіну і ацетилхоліну.

Механізм, пов'язаний з серотоніном. В рамках нейрофізіологічного підходу, дослідники висувають теорію про зв'язок ОКР з порушеннями комунікації між очноямково-лобовою корою мозку і базальними гангліями. Ці структури мозку використовують нейротрансмітер серотонін для взаємодії. Вважається, що між ОКР і недостатнім рівнем серотоніну є зв'язок. Процес передачі інформації між нейронами регулюється, зокрема, зворотним захопленням нейротрансмітерів в нейрони - нейротрансмітер частково повертається у випускаючий нейрон, де ліквідується моноаміноксидазою, що контролює його рівень в синапсі. Передбачається, що у хворих ОКР відбувається підвищене зворотне захоплення серотоніну, і імпульс не доходить до наступного нейрона. На користь цієї теорії виступає те, що хворі відчувають користь від прийому антидепресантів класу селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну [86].

Теорія PANDAS-синдрому. Існує також теорія, яка пояснює появу або погіршення симптомів ОКР при стрептококової інфекції. Ці бактерії викликають, наприклад, ангіну. Відповідно до цієї теорії, в процесі боротьби з бактеріями антитіла в тілі пацієнта «випадково» руйнують інші тканини тіла, а не бактерій. Це може викликати артрит, а також ОКР, якщо руйнується, наприклад, тканина базальних гангліїв. Хоча ця причина ОКР є досить рідкісною, вона тим не менше пояснює деякі випадки флуктуації симптомів, незалежних від зовнішніх впливів (стресу). Так, ще в 1905 році було відмічено погіршення стану при неврозі нав'язливих станів у дорослих в залежності від екзогенних умов: «При виснаженні нав'язливі стани посилюються. Загострення їх ви зустрінете після інфлуенца (грипу), після пологів, при годуванні, після якої-небудь фізичної хвороби».

Конституційно-типологічні. Різні акцентуації особистості або характеру. В основі особистості людей з ОКР часто виступають ананкастні риси.

Екзогенно-психотравмуючі - сімейні, статеві або виробничі.

Соціологічні (мікро- і макросоціальні) і когнітивні теорії (суворе релігійне виховання, моделювання навколишнього оточення, неадекватна відповідь на специфічні ситуації).

За дослідженнями української вченої К. Лах, специфіка захисних механізмів хворих на обсесивно-компульсивний розлад свідчить про те, що основними захисними механізмами людей, що страждають на обсесивно-компульсивний розлад є регресія та заміщення [7].

Таким чином, для людей, з обсесивно-компульсивним розладом характерним способом психологічного захисту є перехід на більш ранні стадії розвитку в умовах загрози й з метою зняття психологічної напруги, та зміщення як певних дій так і афектів з реальної цілі на іншу, що покликано знизити травмуючий зміст ситуації.

Розглядаючи такий захистний механізм як заміщення, виявляються наступні особливості поведінки, пов’язані із даним захистом:

- Заміщення однієї дії іншою.
- Заміщення дії словом.
- Заміщення слова дією.
- Заміщення однієї квазі-потреби іншою.
- Заміщення одного об’єкту на інший у випадку коли первинний об’єкт викликає тривогу та у випадку відсутності первинного об’єкту.
- Заміщення одного почуття іншим, звичайно протилежним.

У випадку наявності обсесивно-компульсивних симптомів можна виділити певні специфічні види заміщення. Спираючись на наявні дані, найменш характерним проявом заміщення в умовах наявності обсесивно-компульсивного розладу є заміщення дії словом. Так, саме нав’язливі думки й так звана розумова жуйка є результатом замінених дій.

Нав'язливі думки займають людину поза її волею. Це можуть бути цілком незначні, безглузді і не цікаві для суб'єкта роздуми. Однак неможливо протистояти їх напливу, вони викликають розумову напругу,

доводячи до знемоги. Людина проти своєї волі змушена копатися у своїй душі і розмірковувати на нецікаві для неї теми, ніби мова йде про найважливіші життєві завдання.

Думки можуть виникати з байдужих приводів, але за ними криються сексуальні і агресивні бажання.

Спонукання до дій можуть здаватися дитячими, безглуздими, безглуздими, але частіше вони мають страхітливий зміст. Наприклад, скоїти убивство або інші тяжкі злочини, нанести каліцтва собі або комусь іншому. Ці імпульси відчуваються як чужі, нав'язані ззовні, вони викликають страх і змушують людину захищатися від їх виконання шляхом накладення на себе заборон і самообмежень. При цьому ніколи не доходить до реалізації цих мотивів, але обережність і ритуальні самообмеження стають основною рисою характеру.

Нав'язливі дії – це постійні церемоніали, через які звичайні щоденні відправлення, такі як: відхід до сну, умивання, туалет, прогулянки, прийом їжі, вихід з дому перетворюються на тривалі виснажливі майже нездійсненні завдання.

Спроба умовити людину, що страждає на ОКР, полишити свої ритуали, не займати голову «дурними» думками або зробити щось корисне замість цього, ні до чого не приводять. Людина і сама б хотіла цього, її уявлення про нав'язливі симптоми точно такі ж, вона і сама про це розповідає. Але тільки вона не може інакше. Думки і дії прориваються з такою силою, з якою не може зрівнятися жодне явище нормального душевного життя. Можливо тільки замінити одну нав'язливу ідею іншою, перейти від однієї заборони або ритуалу до іншого.

Спроба перервати нав'язливі ритуали призводить до інтенсивної тривоги і страху.

Обсесії і компульсії при ОКР характеризуються деякими специфічними ознаками. Ці обсесії тільки тоді мають медичне значення, коли є повторюваними і стійкими нав'язливими думками, прагненнями, або

уявними образами і викликають занепокоєння і страждання. Пацієнт може їх ігнорувати або придушувати, або нейтралізувати іншою думкою або дією, і схиляється до того, що вони психологічно несумісні або ірраціональні.

Компульсії мають значення, коли пацієнт відчуває перевтому від їх виконання у відповідь на обсесії, або згідно з жорсткими правилами, і відповідно страждає. Хоча багато людей, які не хворіють ОКР, можуть виконувати подібні дії (наприклад, розставляти речі тільки по висоті), медична значимість з'явиться тоді, коли вона буде змушена вести себе не інакше, психологічно страждаючи. Мета цих дій - попередження негативних пригод; проте вони з нею логічно не пов'язані або надмірні, причому це має розуміти сам пацієнт. Обсесії і компульсії повинні займати більше години в день або викликати труднощі в соціумі, роботі чи навчанні. Корисно встановити ступінь розладів перед лікуванням ОКР. Крім часу, витраченого на них пацієнтом, можна використовувати різні шкали для стандартизації, особливо Y-BOCS (обсесивно-компульсивна шкала Єля-Брауна).

Обсесивно-компульсивний розлад часто виникає в осіб, схильних до активної розумової діяльності (люди розумового типу), частіше у людей з перфекціоністськими рисами особистості. Для людей з даним розладом характерна надмірна увага до деталей, ретельне планування, уникнення ризику, загострене почуття відповідальності, а також нерішучість і повільність в ухваленні рішень.

Для тих, хто страждає на даний розлад властиві всілякі фобії. До них належать: канцерофобія (страх захворіти на рак), ліссофобія (нав'язлива страх божевілля), кардіофобія (боязнь смерті від серцевого захворювання), оксіфобія (страх гострих предметів), клаустрофобія (страх замкнутого простору), агорафобія (боязнь страх відкритого простору), акрофобія (боязнь висоти) та інше.

Невроз нав'язливих станів проявляється у підвищеній дратівливості, порушенні сну, стомлюваності, труднощі концентрації уваги.

Для виявлення розладу необхідно, щоб обсесії і / або компульсії виявлялися в більш 50% днів протягом принаймні двох тижнів поспіль і бути джерелом дистресу і порушення активності. Обсесивні симптоми повинні мати такі характеристики:

а) Вони повинні бути розцінені як власні думки чи імпульси.

б) Повинна бути хоча б одна думка або дія, якій особа безуспішно пручається, навіть якщо наявні інші думки і / або дії, яким вона більше не чинить опір.

в) Думка про виконання нав'язливої дії не повинна бути сама по собі приємна (просте зменшення напруженості або тривоги не вважається в цьому сенсі приємним).

г) Думки, образи чи імпульси повинні бути неприємно повторюваними.

Слід зазначити, що виконання компульсивних дій не у всіх випадках обов'язково співвідноситься з конкретними нав'язливими побоюваннями або думками, а може бути направлене на позбавлення від спонтанно виникаючого відчуття внутрішнього дискомфорту і / або тривоги.

У нього включаються:

- обсесивно-компульсивний невроз;
- обсесивний невроз;
- ананкастний невроз.

Для виявлення обсесивно-компульсивного розладу необхідно попередньо виключити ананкастний розлад особистості.

Необхідно розрізняти обсесивно-компульсивний розлад і депресивний розлад. Це може викликати труднощі, оскільки ці два типи симптомів часто виникають разом. У гострому епізоді перевага віддається розладу, симптоми якого виникли першими. Коли представлені обидва, але жоден з них не домінує, рекомендується припускати, що депресія була первинною. При хронічних розладах рекомендується віддавати перевагу тому з розладів, симптоми якого зберігаються найбільш часто при відсутності симптомів іншого.

Випадкові панічні атаки або легкі фобічні симптоми не вважаються перешкодою для постановки діагнозу ОКР. Однак, обсесивні симптоми, що розвиваються при наявності шизофренії, синдрому Жилля де ла Туретта, або органічного психічного розладу, розцінюються як частина цих станів.

Відзначається, що хоча обсесії і компульсії зазвичай співіснують, доцільно встановлювати один з цих типів симптоматики як домінуючий, оскільки від цього може залежати те, як проходитиме терапія.

1.3 Психологічні особливості дорослого віку у жінок

Зрілий дорослий вік є своєрідним проміжним етапом, що охоплює період життя людини приблизно від 40 до 60 років. Однак, ці межі досить умовні, адже людина може себе відносити чи не відносити до цієї категорії залежно від особливостей свого життя: віку дітей, самопочуття, професійних досягнень тощо. Тому тривалість зрілого дорослого віку в кожної людини буває різною [54].

В зрілому віці, як і в ранній дорослості, головними аспектами життя залишаються професійна діяльність і сімейні стосунки. Однак, соціальна ситуація розвитку суттєво змінюється: якщо в молодості вона включала оволодіння вибраною професією і створення сім'ї, тобто була ситуацією організації, створення відповідних сторін життя, то в зрілому віці це ситуація реалізації себе, повного розкриття свого потенціалу в професійній діяльності і сімейних стосунках.

Дослідники відзначають неповторність і широке різноманіття особистісних проявів у зрілому дорослому віці: відкритість і замкнутість у вузькому колі особистих відносин; активність і пасивність, бездіяльність; альтруїзм і егоїзм; самостійність і залежність; творчість чи руйнація тощо.

На думку О. Старовойтенко, міжособистісні відмінності в цей період визначаються такими чинниками:

- повнота, глибина і різнобічність зв'язків особистості з суспільством;

- активність людини при оволодінні різними формами суспільної діяльності;

- ефективність розвитку особистості як суб'єкта суспільної діяльності та відносин;

- рівень свідомої організації людиною свого суспільного життя;

- міра опосередкування прогресивних і регресивних суспільних тенденцій особистісними властивостями;

- стійкість і обсяг соціально значущих позицій особистості;

- рівень продуктивності діяльності та масштаб змін, які здійснює людина в суспільних відносинах і власному житті [9].

О. Старовойтенко пропонує розгорнуту структурну характеристику соціально зрілої особистості, яка повноцінно інтегрована в процес розвитку суспільства. На його думку, зріла особистість відзначається інтелектуальним, діяльнісно- продуктивним, професійним, соціально-активним і свідомим ставленням до навколишнього світу та власного «Я». Визначальною ознакою зрілості є усвідомлення людиною відповідальності та прагнення до неї. Психологічно відповідальна особа - це особистість, яка відповідає за зміст свого життя перед собою та іншими людьми [9].

Період зрілості - вершина життєвого шляху особистості, особливо тоді, коли людина здорова, сповнена сил, знань та значного досвіду. Людина до цього часу досягає професійної майстерності та визначеного становища в суспільстві.

Як правило, сила та енергійність зменшуються, порівняно з попередніми віковими періодами, але професійні завдання людина вирішує успішно за рахунок великого досвіду, вміння організувати свою роботу, правильно обрати помічників. У цьому віці людина досягає вершини своєї професійної кар'єри, в її руках зосереджені функції управління різноманітними сферами життя.

О. Толстих стверджує, що на сьогоднішній день зріла людина посідає центральне місце в суспільній і віковій структурі соціуму, в неї зосереджені

основні важелі державного, суспільного і господарського механізму [5].

Люди зрілого віку стають поколінням, яке повинно вести справи. Ця нова відповідальність зумовлює необхідність підбиття підсумків попередніх етапів життя. Аналіз власного життєвого шляху може бути пов'язаний з негативними переживаннями через усвідомлення того, що якісь цілі не досягнуті, багато справ залишилися незавершеними. Для людей зрілого віку необхідність жити в теперішньому часі набагато важливіша, порівняно з іншими віковими групами. Молоді можуть дивитися вперед, старі - озиратися назад, але зрілі люди, які мають багато обов'язків відносно обох поколінь та самих себе, повинні жити «тут і зараз». Вони беруть на себе роль хранителів сім'ї, зберігаючи сімейні традиції та сімейну історію.

Зрілість – серединний період, своєрідний міст між двома поколіннями. Зріла людина займає проміжне положення між своїми батьками, які вступили в період старості та своїми власними дітьми, що готуються до самостійного життя.

В період зрілості змінюється сімейне життя людини. Діти, які виросли, як правило, залишають сім'ю, це вимагає побудови нових подружніх стосунків. О. Толстих стверджує, що часто подружня пара, яка прожила разом десятки років, виховала дітей, починає з подивом вдивлятися одне в одного і, з'ясувавши, що стали чужими людьми, може розлучитися. В інших випадках спостерігається ренесанс почуттів, другий пік кохання [5].

Більшість дослідників схиляється до думки, що характерними властивостями особистості у зрілому віці є реалістичність прагнень, підвищена увага до процесу самореалізації в професійній, сімейній і особистій сферах, боротьба за простір свого розвитку, уважне ставлення до свого здоров'я, емоційна гнучкість і потяг до стабільності.

В період зрілості після переоцінки цінностей починається новий розквіт творчої діяльності, причому не за рахунок кількісних її показників, а за рахунок поглиблення її якості. В цей період доросла людина сприймає життя у більш широкому контексті. Картина світу, сенс життя стають для неї

глибшими і диференційованішими, переживання майбутніх втрат можуть компенсуватися зростаючою мудрістю та терпимістю.

Для людини зрілого віку дуже складним виявляється перехід від стану максимальної активності, бурхливої діяльності до її поступового зниження, у зв'язку з погіршенням загального стану здоров'я. Виникає об'єктивна необхідність поступитися місцем новим поколінням при суб'єктивному небажанні цього робити, оскільки на сьогоднішній день людина в 50-60 років не почуває себе старою. Однак, навіть у таких складних життєвих ситуаціях життя не втрачає сенс і цінність при розвинутих здібностях керування емоціями, самоаналізу і саморегуляції поведінки.

Надзвичайно важливим у зрілому віці є збереження емоційної стабільності в будь-яких стресових ситуаціях, можливість зваженого осмислення змін, які відбуваються (фізичних, фізіологічних, психологічних). В такому випадку, і чоловікам і жінкам буде легше впоратися з причинами і наслідками «збоїв» організму та особистості, які підстерігають людину в цьому віці.

К. Кричун виокремлює особливі життєві завдання, що стоять перед людиною в період зрілості і потребують особливих здібностей для їх вирішення. Завдання, що стоять перед жінкою, пов'язані з оцінкою взятих життєвих зобов'язань стосовно себе та близьких людей. До цього її спонукає значна кількість потужних чинників - зміна фізіологічного стану, зміна складу сім'ї та ролі в ній, досягнення високого професійного статусу. Жінці необхідно піднятися над буденністю, по-іншому осмислити власне життя, заново здобути впевненість в собі та своїй цінності. Період зрілості - час, коли жінка може знайти в собі сили для досягнення певного становища в суспільстві, в сім'ї та у власних очах завдяки оновленню меж власного «Я», здобуття повноти сенсу свого життя [8].

За словами К. Кричун: «Період зрілості для людини - це відкрита боротьба зі смертю, яка ознаками власного старіння і старіння близької людини присутня в конкретних проявах. До середини періоду зрілості

нормальний чоловік неначе заново відкриває дня себе життєві радощі, може прийняти рішення про зміну способу життя і наполегливо здійснювати задумане. Якщо для жінки надзвичайно значимими є сім'я і робота, то для чоловіка не меншого значення мають друзі і суспільство в цілому» [8].

Таким чином, у зрілому віці людина стає «керманичем» практично всіх своїх психічних сил; тепер вони можуть бути свідомо реалізовані, утворюючи повноту реального життя у всіх проявах: в діяльності, відносинах, світорозумінні.

Особливості дорослого віку у жінок.

Молода жінка пізнає навколишній світ, шукає своє місце в ньому, приймає рішення, що дозволяють їй самоствердитися і визначиться в життя. З біологічної точки зору вона вже досягла зрілості , але це зовсім не означає, що у неї вже склалися кар'єра, робочі відносини і сім'я. Психологічно вона чекає завершення підліткових змін, виходу з-під батьківської опіки, емоційної та сексуальної стабільності, повного формування особистості, здатності брати на себе різні зобов'язання.

Що стосується соціального розвитку, можливо, найбільші відмінності молодої жінки від зрілої полягають не стільки в будові тіла і свідомості, скільки в способі життя: робота, створення сімейної пари з партнером, народження дітей, побудова нових відносин і т.д. На початку періоду зрілості, фізичний розвиток жінки досягає свого максимуму. Її реакції, гострота органів чуття і робота серця, наприклад, досягають свого піку у віці близько 25 років.

Можна сказати, що зрілість визначається двома факторами : потребою в емоційних взаєминах і успішністю в роботі . У більшості зрілих жінок емоційні складові сфокусовані на створенні сім'ї з одним партнером, батьків і дітей. Робота, включаючи професійну кар'єру, є іншим напрямком діяльності жінки. В наші дні для багатьох жінок доросле життя починається саме з роботи, а не з заміжжя.

Останнім часом уявлення про сім'ю сильно змінилися. Сім'ї можуть бути влаштовані абсолютно по-різному, але, незважаючи на це, більшість дорослих людей успішно їх формують. Вони одружуються і виходять заміж або продовжують пошук партнера. Початок сімейного життя має на увазі під собою велику відповідальність і здатність до постійного навчання, що включає розподіл ролей і завдань. Це далеко не завжди дається просто.

Як і подружжя, материнство зазвичай щаслива подія, досвід якого робить жінку по-справжньому зрілою. Вагітність, пологи і турботи материнства, безперечно, є призначенням жінки [12].

У наші дні жінка займає активну позицію в сім'ї , і розподіл обов'язків в парі зазвичай підлаштовується під ритм роботи кожного з партнерів. Материнство, як правило, є однією з головних задач дорослої жінки, воно приносить задоволення і приносить задоволення подружжю. Однак у наш час багато жінок скаржаться або турбуються про те, що з-за інших обов'язків у них немає часу, щоб присвятити себе материнству. Лише деякі сьогодні обмежують себе роллю дружини-матері-домогосподарки, абсолютна більшість жінок крім цього працюють, навчаються або займаються іншою діяльністю і внаслідок цього у них залишається менше сил на те, щоб присвячувати себе сім'ї.

У сучасному суспільстві, рисами якого є прискорення темпів науково-технічного прогресу і постійне суперництво, у жінки поступово починає розвиватися так званий синдром над-жінки. Вона намагається стати одночасно хорошою дружиною, матір'ю і професіоналом, а в більшості випадків і хорошою дочкою старіючих батьків. Тому не дивно, що жінки часто страждають від стресу [15 32].

Для більшості дорослих жінок характерні сила, енергія і витривалість.

З 20 років, коли тіло остаточно сформувалося, до 50 років відбувається поступове, практично непомітне зниження фізичних здібностей.

Як правило, зростання жінки буває більше зростання її матері, завдяки правильній дієті і турботі про здоров'я. У віці 30-45 років зростання залишається стабільним, але згодом починає зменшуватися.

М'язова сила досягає максимуму в 25-30 років. У період з 30 до 60 років вона поступово знижується приблизно на 10%. Найбільш сильні зміни відбуваються з мускулатурою спини і ніг. Зменшення м'язової маси рук менш помітно

Ручна праця найкраще вдається молодим жінкам. Рухливість пальців і кистей починають зменшуватися з 35-річного віку.

Гострота реакції всіх п'яти почуттів досягає піку у віці 25 років.

Як правило, ще до 30 років починається поступове випадання волосся.

Після досягнення цього віку воно стає більш помітним.

Смакова і больова чутливість, нюх і температура тіло зазвичай починають знижуватися тільки в віці 45-50 років.

Зміна свідомості, що супроводжує ранню стадію зрілості, - це роки підвищеного інтересу до навчання різним речам і тренування пам'яті. Чи не встановлено, що з віком відбувається зниження творчих задатків і здібностей до вирішення важких ситуацій. Тут на перший план виходять такі чинники, як передача знань, придбання особистого досвіду і здатність зберігати присутність духу [20].

Висновки до розділу 1

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним з найбільш поширених розладів сьогодення. ОКР характеризується настирливими думками (обсесіями) або настирливими діями (компульсіями), а найчастіше їх поєднанням.

Медико-соціальні наслідки обсесивно-компульсивного розладу включають хронічний перебіг, виразність соціального дистресу, зниження працездатності та якості життя.

Основними ознаками розладу є тяжкі стереотипні, нав'язливі (обсесивні) думки, образи чи потяги, що сприймаються як безглузді, які в стереотипній формі знову і знову приходять на розум і викликають безуспішну спробу опору. Компульсивні дії або ритуали представляють

собою повторювані знову і знову стереотипні вчинки, сенс яких полягає в запобіганні будь-яких об'єктивно малоймовірних подій. Обсесії і компульсії частіше переживаються як чужорідні, абсурдні та ірраціональні.

Резюмуючи дані, що стосуються психопатологічного аналізу механізмів нав'язливого мислення, слід зазначити, що найбільш правильним рішенням цього питання є погляд, що в основі нав'язливості мислення лежить своєрідний розлад розумової діяльності і що, разом з тим, тут чималу роль відіграють і афективні моменти при наявності відповідного психастенічного – тривожно-недовірливого характеру.

Можна виділити 3 основні групи етіологічних факторів обсесивно-компульсивного розладу: біологічні, генетичні, психологічні.

Психологічні механізми розвитку нав'язливих станів і в тому числі нав'язливого мислення по-різному описуються різними авторами. Психологи пояснюють виникнення обсесивно-компульсивного розладу як невроз нав'язливих станів, як патологічну інертність збудження у головному мозку, як акцентуацію особистості по ананкастному типу та ін.

Серед соціальних факторів обсесивно-компульсивного розладу виділяють суворе релігійне виховання, неадекватну відповідь на специфічні ситуації.

Обсесивно-компульсивні прояви частіше зустрічаються серед жінок і можуть загострюватись у зрілому віці. Визначальною ознакою зрілості є усвідомлення людиною відповідальності та прагнення до неї. У сучасному суспільстві, рисами якого є прискорення темпів науково-технічного прогресу і постійне суперництво, у жінок поступово починає розвиватися так званий синдром над-жінки. Жінка намагається стати одночасно хорошою дружиною, матір'ю і професіоналом, а в більшості випадків і хорошою дочкою старіючих батьків. Це все спричинює підвищення рівня тривоги, появу або загострення обсесивно-компульсивних рис.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК ДОРОСЛОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

2.1 Організація та методи дослідження психологічних особливостей жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом

Протягом року проводилось дослідження, метою якого було вивчення психологічних особливостей жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

Дослідження проводилось протягом року на базі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в місті Києві.

Констатувальним етапом дослідження було охоплено 102 особи. У дослідженні брали участь 52 жінки дорослого віку з проявами або встановленим діагнозом обсесивно-компульсивного розладу. Групу порівняння склали 50 жінок дорослого віку, відповідної освіти, соціального статусу, у яких не виявлено ознак обсесивно-компульсивних порушень.

Харакреристика дослідницьких груп наведена у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Характеристика дослідницьких груп

№	Показники	Група 1	Група 2
1	наявність обсесивно-компульсивного розладу	у всіх досліджуваних	-
2	кількість досліджуваних	52	50
3	стать досліджуваних	жіноча	жіноча
4	вік досліджуваних	39,5±5,6	42,2±4,3
5	соціальний статус досліджуваних	у 8% високий статус, у 88% середній статус, у 4% низький статус	у 10% високий статус, у 82% середній статус, у 8% низький статус

Продовження таблиці 2.1

6	сімейний стан досліджуваних	62% - заміжні жінки, 25% - розлучені жінки, 13% - незаміжні жінки	52% - заміжні жінки, 30% - розлучені жінки, 18% - незаміжні жінки
7	освіта досліджуваних	90% - вища освіта 10% - середня освіта	88% - вища освіта 6% - середня освіта , 6% - немає освіти

Дослідження проводилося в три етапи:

На першому етапі здійснено теоретичний аналіз наукової літератури щодо змісту поняття «обсесивно-компульсивний розлад», причин виникнення обсесивно-компульсивного розладу у жінок, методів психологічної корекції та психотерапії; здійснена систематизація наукових літературних джерел, порівняння та узагальнення даних.

На другому етапі проводилось емпіричне дослідження спрямоване на виявлення психологічних особливостей обсесивно-компульсивного розладу у жінок дорослого віку за допомогою тестування, в процесі якого здійснено: 1) підбір діагностичних методик для емпіричного дослідження; 2) проведено констатуючий експеримент, в ході якого виявлено психологічні особливості жінок з обсесивно-компульсивним розладом.

На третьому етапі розроблено та обгрунтовано корекційну програму зі зменшення прояву обсесивно-компульсивного розладу у жінок, розроблені рекомендації.

Обґрунтування та зміст методик дослідження.

Систематизувавши вітчизняні та зарубіжні підходи до вивчення проблеми обсесивно-компульсивного розладу у жінок було висунуто наступне положення, яке піддавалось дослідній перевірці: обсесивно-компульсивний розлад супроводжується порушенням емоційно-вольової сфери: високим рівнем емоційного напруження, тривожності, а також незрілими механізмами психологічного захисту та дисгармонійними рисами особистості.

Діагностичний блок дослідження склали: Шкала Єля-Брауна для обсесивно-компульсивного розладу, Шкала нервово-психічної напруги Т. А. Немчина, Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI - Life style index), Госпітальна шкала тривоги і депресії, Опитувальник FPI (Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник).

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики: критерій Колмагорова-Смірнова, t-критерій Стьюдента, коефіцієнт кореляції Спірмена.

Отримані дані аналізувалися методом контент-аналізу.

Шкала Єля-Брауна для обсесивно-компульсивного розладу – Y-BOCS (англ. Yele - Braun obsessive - compulsive scale).

Опис методики.

Шкала Єля-Брауна для обсесивно-компульсивного розладу – Y-BOCS (англ. Yele - Braun obsessive - compulsive scale) – клінічна тестова методика, призначена для кількісного визначення складових синдрому нав'язливих станів, а саме – нав'язливих думок (обсесій) і нав'язливих дій (компульсій).

Теоретичні основи

При створенні цієї шкали автори виходили з припущення, що тяжкість ОКР визначається тривалістю нав’язливих проявів (обсесій і компульсій), їх впливом на психологічний стан і повсякденну активність індивідуума, а також здатністю індивіда їх контролювати і чинити їм опір.

Історія створення.

Шкала була розроблена Вейном Гудманом (англ. Wayne Goodman) і його колегами в Єльському та Браунівському університетах в 1989 році.

Внутрішня структура.

Шкала складається з 10 запитань і 2 підшкал «обсессії» та «компульсії», по 5 запитань в кожній. Кожне запитання оцінюється від 0 до 4 балів, в залежності від вираженості розладу. Для підрахунку балів за шкалою потрібно підсумувати бали її запитань. Для отримання загального показника – підсумувати бали всіх запитань.

До шкали додається перелік з 58 найбільш поширених видів нав'язливої поведінки: пацієнтові пропонується відзначити ті, які він зазначає у себе, особливо виділивши найбільш турбують; при об'єктивному спостереженні лікуючий лікар або інший персонал може робити позначки на іншому бланку.

Клінічне значення.

Шкала призначена для заповнення фахівцем в динаміці лікування обсесивно-компульсивних розладів. Незважаючи на прозору структуру, шкала проста для заповнення і незалежна від змістовної частини розладів. Шкала також може використовуватися для проведення структурного інтерв'ю з пацієнтом. Загалом, шкала є простим і дійсним інструментом для оцінки симптомів ОКР незалежно від етіології та змісту розладу.

Інтерпретація.

Загальний бал за шкалою:

- до 7 балів – незначний обсесивно-компульсивний розлад;
- від 8 до 15 балів – слабкий ОКР;
- від 16 до 23 балів – середній ОКР;
- від 24 до 31 балів – сильний ОКР;
- від 32 до 40 балів – надзвичайно сильне ОКР.

Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI - Life style index).

Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI - Life style index) була описана в 1979 році на основі психоеволюційної теорії R. Plutchik та структурної теорії особистості H. Kellerman (Додаток 1).

У нашій країні методика адаптована в лабораторії клінічної психології та відділенні наркології психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, під керівництвом д.м.н. професора Л. І. Вассермана.

Незаперечними плюсами цієї методики є її теоретична обгрунтованість і валідність, цілеспрямована багатовимірність і конструктивна простота. В якості системоутворюючого фактора розглядається зв'язок окремих видів психологічних захистів (ПЗ) з різними ефективними станами і діагностичними концепціями.

До безперечних переваг даної методики слід віднести також теоретичну обґрунтованість вибору саме даних восьми МПЗ і можливість їх кількісного оцінювання.

Опитувальник, з яким ми будемо працювати, складається з 97 питань, що вимірюють 8 видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсацію, реактивні утворення, проекцію, інтелектуалізацію і регресію.

Спосіб роботи з опитувальником викладається в інструкції для досліджуваного.

Відповіді заносяться на спеціальний реєстраційний бланк, а потім обраховуються.

Інструкція: «Перед вами ряд питань. Вам потрібно на кожне питання в бланку для відповідей відповісти «так» або «ні». Тут не може бути відповідей правильних або помилкових. Намагайтеся відповіати щиро і точно».

Обробка результатів: підраховується кількість балів по кожному виду захисних механізмів. Сирі оцінки переводяться в процентилі і на спеціальному профільному бланку будується профіль захисної структури індивіда.

Бланк для реєстрації відповідей являє собою таблицю, у якої вертикалям відповідають номери тверджень, а горизонталям - шкали, відповідні 8 вимірюваним захисним механізмам:

A - заперечення, B - витіснення, C - регресія,

D - компенсація, E - проекція,

F - заміщення,

G - інтелектуалізація,

H - реактивне утворення.

Відповіді в ньому фіксуються наступним чином:

Ні - навпроти відповідного номера твердження робиться відмітка в крайній лівій графі;

Так - відмітка робиться в одну з колонок праворуч у круглі дужки. Час заповнення опитувальника становить від 15 до 20 хвилин.

Підрахунок результатів здійснюється по бланку відповідей, який є одночасно і ключем. При цьому підраховуються тільки позитивні відповіді по кожній шкалі, що представляють собою «сирі» бали, які надалі можуть бути порівняні зі средньонормативними показниками по вибірці стандартизації, або переведені в Процентальні показники.

Останні показують умовне розташування досліджуваного у вибірці стандартизації відповідно до її відсоткового розподілу.

Процентальні показники запропоновані авторами методики, з їх допомогою можна отримати відображення отриманих результатів у зручній графічній моделі. Вона демонструє одне з основних теоретичних положень, що лежать в основі методики - попарну полярність вимірюваних механізмів.

В якості додаткового може використовуватися також запропонований авторами вторинний показник, який представляє собою суму «сирих» балів за всіма шкалами. Він був створений відповідно з припущенням, що в основі своїй всі захисні механізми, незважаючи на їх полярність або додатковість один одному, виконують одну і ту ж функцію (в більшості своїй - зниження рівня тривоги) і таким чином відповідно з цим «спільним знаменником» можуть бути об'єднані.

Таким чином, сумарна оцінка шкальних оцінок може відображати рівень її виразності, який був названий Ступінь Напруженості Захисту (СНЗ).

За даними В.Г. Каменської (1999), нормативні значення цієї величини для міського населення рівні 40 - 50%. ОНЗ, що перевищує 50-відсотковий рубіж, відображає реально існуючі, але невирішені зовнішні і внутрішні конфлікти.

Методика для діагностики механізмів психологічного захисту (МПЗ), яка представлена нижче, сконструйована на основі теоретичних досліджень Г.Келлермана і Р. Плутчика.

Психоеволюційна теорія емоцій Роберта Плутчика і структурна теорія особистості Генрі Келлермана пропонують специфічну мережу взаємозв'язків між різними рівнями особистості: рівнем емоцій, захистом і диспозицією (спадкові схильності до психічних захворювань).

Р. Плутчик пропонує 5 постулатів теоретичної моделі захисту:

Постулат 1. Специфічні захисти утворюються для того, щоб впоратись зі специфічними емоціями.

Постулат 2. Існують вісім основних механізмів захисту, які розвиваються для того, щоб впоратись з восьмома основними емоціями.

Постулат 3. Вісім основних захисних механізмів мають властивості, як подібності, так і полярності.

Постулат 4. Певні типи особистісних діагнозів мають у своїй основі характерні захисні стилі.

Постулат 5. Індивід може використати будь-яку комбінацію механізмів захисту.

Перший постулат дозволяє розкрити психологічну сутність процесу організації захисту в онтогенезі як конфлікту між первинною емоцією (сполученням емоцій) і емоцією страху (його соціалізованих форм). Ця позиція ілюструється в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Утворення механізмів захисту

Емоції, спонтанне виявлення	**Результат**	**Страхи і його соціалізовані форми**	**Механізми захисту**	**Переоцінка стимулів**
Страх	Знецінювання	Сором	Придушення	«Мені це не знайомо»
Гнів	Помста, покарання, знецінювання	Страх, сором	Заміщення	«От хто у всьому винуватий»
Радість	Покарання, відкидання	Страх, сором	Реактивне утворення	«Все, пов'язане із цим, огидно»
Сум	Результат відсутній. Відкидання	Страх, почуття неповноцінності	Компенсація	«Зате я... Однаково я...»

Продовження таблиці 2.2

Прийняття	Байдужість, відкидання	Почуття неповноцінності	Заперечення	Оцінка відсутня
Відкидання	Відкидання	Страх самонеприйняття	Проекція	«Всі люди порочні»
Очікування	Знецінювання	Розгубленість, паніка, почуття провини	Інтелектуалізація	«Всі люди порочні»
Подив	Знецінювання	Почуття провини, страх ініціативи	Регресія	«Ви зобов'язані мені допомогти»

У процесі дорослішання кожний індивід зіштовхується з більшою розмаїтістю ситуацій, що викликають такі емоційні стани, як гнів, страх, відраза, обурення або сум. Дуже часто вияв емоційного стану викликає подальший конфлікт і додаткову небезпеку. У результаті дитина розвиває захисні стратегії, що представляють із себе непрямі шляхи переживання емоційного конфлікту й впорання з ним.

Таким чином, переваги структурної теорії захисних механізмів Р. Плутчика складається з її універсальності, інтегративності й наочності запропонованої моделі. Як недоліки можна вказати недостатній опис аспектів генезису й функціонування механізмів психологічного захисту.

Р. Плутчик виділяє 8 захисних механізмів, що становлять сферу психологічного захисту. З них же були синтезовані загальні визначення кожного механізму. Кожне визначення використовується для позначення універсального змісту кожного захисту.

Заперечення – відсутність усвідомлення певних подій, елементів життєвого досвіду або почуттів, хворобливих у випадку їхнього усвідомлення.

Компенсація – інтенсивна спроба виправити або знайти підходящу заміну реальної або мнимої, фізичної або психологічної неспроможності.

Раціоналізація – знаходження правдоподібних причин для виправдання дій, викликаних подавленими, неприйнятними почуттями.

Регресія – повернення в стані стресу до ранніх або до більш незрілих паттернів поводження й задоволення.

Заміщення – вивільнення схованих емоцій, зазвичай гніву, на предметах, тваринах або людях, що сприймаються як менш небезпечні для індивіда, ніж ті, які дійсно викликали емоції.

Проекція – несвідоме відбиття власних емоційно неприйнятних думок, властивостей або бажань і приписування їх іншим людям.

Утворення реакції – попередження вираження неприйнятних бажань, особливо сексуальних або агресивних, шляхом розвитку або підкреслення протилежного відношення й поводження.

Придушення – виключення зі свідомості змісту й пов'язаних з ним емоцій, або досвіду й пов'язаних з ним емоцій.

Зв'язок між особистісними рисами, розладами особистості та механізмами психологічного захисту представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Взаємозв'язок особистісних рис, розладів особистості і механізмів захисту

Особистісні риси	**Розлади особистості**	**Механізми**
Боязкий	Пасивно-агресивний Пасивний тип	Витіснення
Агресивний	Пасивно-агресивний	Заміщення
Комунікабельний	Агресивний тип	Реактивні утворення
Сумовитий	Маніакальний тип	Компенсація
Довіряє	Депресивний тип	Заперечення
Підозрілий	Істероїдний тип	Проекція
Контролюючий	Параноїдний тип Обсесивно-компульсив ний тип	Інтелектуалізація
Безконтрольний	Психопатичний тип	Регресія

Таблиця 2.4 – Нормативні значення ступеня напруженості захисту

Значення	**Інтерпретація**
<40%	слабо виражений захист
40-50%	нормативне значення захисту
>50%	реально існуючі, але невирішені зовнішні і внутрішні конфлікти, виражене напруження захисту

Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН) Т. А. Немчина.

Шкала нервово-психічної напруги, або опитувальник НПН, розроблений в 1981 році Т. А. Немчіним. Методика призначена для вимірювання ступеня вираженості стану нервово-психічної напруги.

Нервово-психічна напруга є особливим видом психічного стану, що розвивається у людини в складних умовах її життя і діяльності. Він протікає як системний процес, який включає в себе різні рівні нервово-психічної і соматофізіологічної організації людини, супроводжується як позитивно, так і негативно забарвленими переживаннями, істотними зрушеннями в організмі людини і змінами його працездатності. Автор методики під нервово-психічною напругою розуміє психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, який супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, страху і включає в себе готовність опанувати ситуацію, діяти в ній певним чином.

Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН), запропонований Т. А. Немчиним, являє собою перелік ознак нервово-психічної напруги, складений за даними клініко – психологічного спостереження, і містить 30 основних характеристик цього стану, розділених на три ступені вираженості: слабкий, помірний, надмірний.

Підрахунок балів здійснюється за допомогою розрахункової таблиці. Мінімальна кількість балів, що може набрати досліджуваний, дорівнює 30, а максимальна – 90.

Діапазон слабкої, чи детензивної, нервово-психічної напруги знаходиться у проміжку від 30 до 50 балів, помірної, чи інтенсивної, – від 51 до 70 балів і надмірної, чи екстенсивної, – від 71 до 90 балів [19].

Порядок роботи. Дослідження проводиться індивідуально в окремому, добре освітленому і ізольованому від сторонніх звуків і шумів приміщенні.

Обробка результатів.

Після заповнення бланку проводиться підрахунок набраних випробуваним балів шляхом їх підсумовування. При цьому за позначку «+»,

поставлену випробуваним навпроти пункту «а», нараховується 1 бал, навпроти пункту «б» – 2 бали і проти пункту «в» – 3 бали.

Опитувальник складається з 30 тверджень. Приблизний час тестування 15-20 хвилин.

Госпітальна шкала тривоги і депресії.

Шкала розроблена Zigmond A.S. і Snaith R.P. в 1983 р для виявлення та оцінки тяжкості депресії і тривоги в умовах загальної медичної практики. Переваги обговорюваної шкали полягають у простоті застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загальносоматичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу). Опитувальник має високу дискримінантну валідність щодо двох розладів: тривоги і депресії.

При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головні болі та ін.). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку найбільш часто зустрічаються скарг і симптомів і відображають переважно агедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination і особистого клінічного досвіду авторів і відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Процедура проведення.

Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики. Бланк шкали видається для самостійного заповнення досліджуваному і супроводжується інструкцією такого змісту:

Інструкція.

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо Ваш доктор більше дізнається про

Ваші переживання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і в порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде більш вірною».

Обробка результатів.

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують 2 підшкали:

«Тривога» (непарні пункти - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13).

«Депресія» (парні пункти - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються по наростанню тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

Інтерпретація результатів

При інтерпретації результатів враховується сумарний показник по кожній підшкалі, при цьому виділяються три області його значень:

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії),

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія, 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Таблиця 2.5 – Шкала оцінки вираженості тривоги і депресії за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії»

Інтерпритація	Бали
норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії)	0-7
субклінічно виражена тривога/депресія	8-10
клінічно виражена тривога/депресія	11-21

Опитувальник FPI.

Опитувальник FPI (Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник) призначений для діагностики якостей особистості, які мають головне значення для процесу адаптації в суспільстві. Шкали опитувальника сформовані на основі результатів факторного аналізу і відтворюють сукупність взаємних факторів.

Опитувальник FPI вміщає 12 шкал. Загальна кількість запитань 114. Перше запитання ні до однієї із шкал не входить, оскільки потрібне для перевірки; 1-9 є основними (невротичність, спонтанна агресивність, репресивність, роздратованість, комунікабельність врівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість); 10-12 похідними, інтегруючими (екстраверсія-інтраверсія, емоційна лабільність, маскулізм-фемінізм).

2.2 Аналіз результатів дослідження

Для виявлення ступеня вираженості обсесивно-компульсивного розладу була використана Шкала Єля-Брауна (англ. Yele - Braun obsessive - compulsive scale). За результатами розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за шкалою Єля-Брауна виявлено нормальний розподіл даних.

Результати дослідження за методикою представлені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Порівняльний аналіз вираженості обсесивно-компульсивного розладу у досліджуваних групах

Показник	Група 1	Група 2	t-критерій Стьюдента
Вираженість обсесивно-компульсивного розладу	27±4,2	5±2,6	3,64**

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Результати дослідження показали, що існують значимі відмінності між

досліджуваними першої та другої групи у рівнях вираженості обсесивно-компульсивного розладу.

У більшості жінок, у яких встановлений діагноз ОКР (73 %) вираженість розладу має сильний ступінь, у 21% - середній ступінь, у 6% виявлений надзвичайно сильний ОКР. Загалом вираженість обсесивно-компульсивного розладу у першій групі досліджуваних складає 23±4,2 бали.

У групі порівняння, серед жінок, які не мають діагнозу ОКР, 90% показали відсутність обсесивно-компульсивних порушень, лише10% виявили незначний обсесивно-компульсивний розлад. Виявлено статистично значимі відмінності на між двома групами на рівні $p<0,01$.

Було зроблено висновок про те, що значна частина жінок, у яких встановлений діагноз ОКР, виявила сильний ступінь обсесивно-компульсивних порушень, що вказує на постійні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, які здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і можуть в результаті приводити до соціально-психологічної дезадаптації.

Для виявлення ступеня нервово-психічної напруги був використаний опитувальник Т.А. Немчина. За результатами розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за шкалою нервово-психічної напруги виявлено нормальний розподіл даних.

Результати дослідження за методикою представлені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Порівняльний аналіз рівнів нервово-психічної напруги залежно від наявності обсесивно-компульсивного розладу у жінок дорослого віку

Показник	Група 1	Група 2	t-критерій Стьюдента
Рівень нервово-психічної напруги	76±5,3	37±4,9	3,64**

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Наступним у процесі констатувального дослідження було визначення рівня нервово-психічної напруги у жінок з обсесивно-компульсивним розладом. Загальновідомо, що нервово-психічна напруга супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, страху та найбільш різко проявляється при уявній або реальній загрозі життю або здоров'ю. Небезпека нервово-психічної напруги для особистості полягає в тому, що вона проявляється в дезорганізації поведінки, гальмуванні раніше напрацьованих навичок, неадекватних реакціях на зовнішні роздратування, труднощі в розподілі уваги, звуженні об'єму уваги та пам'яті, імпульсивних діях. Такі зміни в психічній сфері безумовно негативно позначаються на рівні працездатності та безпечної діяльності.

Результати дослідження показали, що існують значимі відмінності між досліджуваними першої та другої групи у рівнях нервово-психічної напруги.

Жінки з обсесивно-компульсивним розладом в переважній більшості (93%) виявили надмірну нервово-психічну напругу, яка по групі 1 складає 76±5,3, лише 7% досліджуваних групи виявили помірний рівень нервово-психічної напруги.

У групі порівняння 76% жінок, які не мають обсесивно-компульсивного розладу, виявили слабку нервово-психічну напругу, 20% з них виявили помірну нервово-психічну напругу і 4% виявили надмірну нервово-психічну напругу. Середнє значення у групі становить 37±4,9 балів, що у два рази більше, ніж в групі жінок з обсесивно-компульсивним розладом. Виявлено статистично значимі відмінності на між двома групами на рівні $p<0,01$.

Було зроблено висновок про те, що обсесивно-компульсивний розлад у жінок дорослого віку супроводжується надмірним рівнем нервово-психічної напруги.

Для визначення механізмів психологічного захисту у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом був застосований тест Плутчика-Келлермана-Конте «Індекс життєвого стилю». За результатами

розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за всіма шкалами методики «Індекс життєвого стилю» виявлено нормальний розподіл даних.

Результати дослідження за методикою «Індекс життєвого стилю» представлені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 – Порівняльний аналіз механізмів психологічного захисту залежно від наявності обсесивно-компульсивного розладу у жінок дорослого віку

Механізм психологічного захисту	Група 1	Група 2	t-критерій Стьюдента
Заперечення	42,9±3,3	9,9±1,8	8,78**
Витіснення	16,5±6,3	52,8±3,3	5,1**
Регресія	66±2,8	6,6±2,5	15,8**
Компенсація	19,8±5,2	56,1±6,6	4,32**
Проекція	33±3,3	13,2±3,2	4,31**
Заміщення	23,1±2,7	16,5±1,8	2,03*
Інтелектуалізація	82,5±9,5	46,1±13,2	2,24*
Реактивне утворення	39,6±1,8	19,8±4,3	4,25**
СНЗ	40,4	28,9	

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; СНЗ – ступінь напруження захистів

За методикою «Індекс життєвого стилю» при дослідженні жінок з обсесивно-компульсивним розладом найбільш напруженими виявились механізми інтелектуалізації та регресії:

- регресія (66±2,8),
- інтелектуалізація (82,5±9,5).

Було зроблено висновок про те, що, маючи обсесивно-компульсивний розлад, людина відчуває виражену невпевненість в собі, в майбутньому, в своїх можливостях впоратися з ситуацією; вираженість особистістного конфлікту стає найбільш значною; особистість замінює рішення суб'єктивно більш складних задач на відносно більш прості і доступні в сформованих ситуаціях при зміні, тобто активно використовує регресію.

Механізм регресії може передбачати застосування механізмів комунікації маніпулятивного типу, що відображає повернення до інфантильного реагування.

Механізм інтелектуалізації забезпечує спотворення думок, почуттів, поведінки. Інтелектуалізація є таким механізмом, який сприяє зменшенню внутрішнього дискомфорту, що викликається конфліктною або суб'єктивно неприйнятною ситуацією, за допомогою логічних установок, розумового подолання хворими фруструючої ситуації без переживань, що свідчить про схильність до придушення емоцій. Значне напруження даного механізму психологічного захисту у жінок з обсесивно-компульсивним розладом, можливо, пов'язано з особливостями виховання, позитивною оцінкою в суспільстві якостей характеру, коли заохочуються розважливе, беземоційне ставлення до різних ситуацій і пошук рішення проблем за допомогою логічних умовиводів без емоційного реагування.

Жінки з обсесивно-компульсивним розладом достовірно рідше використовували такий механізм психологічного захисту, як заміщення, що виявляється перенесенням негативних емоцій з їх первинного об'єкта на більш прийнятний замінник.

Найменше в групі жінок з обсесивно-компульсивним розладом виражені вторинні механізми психологічного захисту, такі, як витіснення (16,5±6,3), компенсація (19,8±5,2).

У контрольній групі жінок домінуючими механізмами психологічного захисту виявились вторинні механізми: інтелектуалізація (46,1±13,2), компенсація (56,1±6,6), витіснення (52,8±3,3).

Найменше в групі порівняння виражені примітивні механізми психологічного захисту, такі, як: регресія (6,6±2,5), заперечення (9,9±1,8).

Виявлено статистично значимі відмінності між двома групами: за шкалами заміщення та інтелектуалізації на рівні $p<0,05$, за рештою шкал на рівні $p<0,01$.

Таким чином, зроблено наступні висновки: у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом домінують як примітивні, так і більш досконалі механізми психологічного захисту, провідними серед яких є інтелектуалізація та регресія. Жінки з обсесивно-компульсивним розладом схильні до спотворення реальності. Дана категорія жінок прагне контролювати свої емоції та імпульси на основі раціональної інтерпретації ситуації, але підсвідомо обирає легковажні, дитячі моделі поведінки.

В групі порівняння представлені насамперед зрілі захисні механізми, які є адаптивними, краще пристосовують до реальності та не спотворюють її. В контрольній групі добре виражений конструктивний механізм компенсації, який представляє собою досягнення людиною альтернативних успіхів у іншій сфері для збереження позитивної оцінки себе. Цей механізм, єдиний з представлених, не вирішує проблему, але й не ускладнює її.

Загалом ступінь напруженості захисних механізмів у жінок з обсесивно-компульсивним розладом нормативний, що означає наявність зонішніх і внутрішніх конфліктів, які в переважній мірі долаються захисними механізмами. У групі порівняння ступінь напруженості захисних механізмів низька, що свідчить про відсутність складних зовнішніх і внутрішніх конфліктів і адаптивну роботу захисних механізмів.

Механізми психологічного захисту, на думку Н. Мак-Вільямс є глобальними, закономірними, здоровими, адаптивними способами переживання світу. Вони з’являються як здорова, творча адаптація і продовжують діяти протягом усього життя. У тих випадках, коли їх дія спрямована на захист власного Я від будь-якої загрози, їх можна розглядати як захист. Вони починають створювати особистості проблеми тоді, коли вони не справляються зі своєю функцією; стоять на шляху певних позитивних аспектів життя; діють при ігноруванні інших, більш вдалих способів подолання труднощів.

Рівень тривоги та депресії жінок з обсесивно-компульсивним розладом визначався за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії». За результатами

розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за шкалою тривоги і за шкалою депресії виявлено нормальний розподіл даних.

У таблиці 2.9. представлені отримані результати за даною методикою та представлений статистичний аналіз отриманих результатів.

Таблиця 2.9 – Порівняльний аналіз рівнів тривоги і депресії залежно від наявності обсесивно-компульсивного розладу у жінок дорослого віку

Шкала	Група 1	Група 2	t-критерій Стьюдента
Тривога	13,7±1,5	5,3±1,2	4,37**
Депресія	7,3±0,6	4,1±0,9	2,96**

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Отже, з таблиці 2.9. видно, що в групі жінок з обсесивно-компульсивним розладом виявився високий рівень показників за шкалою тривожності (13,7±1,5) та середній рівень показників за шкалою депресії (7,3±0,6).

Зробимо висновок, що жінки з обсесивно-компульсивним розладом мають клінічно виражену тривогу та субклінічно виражену депресію.

У групі порівняння виявились низькі показники за шкалою тривоги (5,3±1,2) та низькі показники за шкалою депресії (4,1±0,9). Виявлено статистично значимі відмінності між двома групами за шкалами тривоги та депресії рівні $p<0,01$.

Зробимо висновок, що у жінок, які не мають обсесивно-компульсивного розладу, відсутні достовірно виражені симптоми тривоги і депресії.

Комунікативні особливості жінок з обсесивно-компульсивним розладом досліджували за допомогою Фрайбургського багатофакторного особистісного опитувальника.

Аналізуючи результати за методикою FPI у жінок з основної групи ми прослідкували високі показники за такими шкалами, як

сором'язливість (98,6%), депресивність (68,5%), емоційна лабільність (45,5%). Проявились низькі показники за наступними шкалами: маскулінність, роздратованість, врівноваженість.

У жінок з групи порівняння спостерігаються високі показники за такими шкалами, як: врівноваженість (83,4%), товариськість (68,5%), відвертість (56,3%). Проявились низькі показники за наступними шкал: роздратованість, невротичність, сором'язливість та емоційна лабільність.

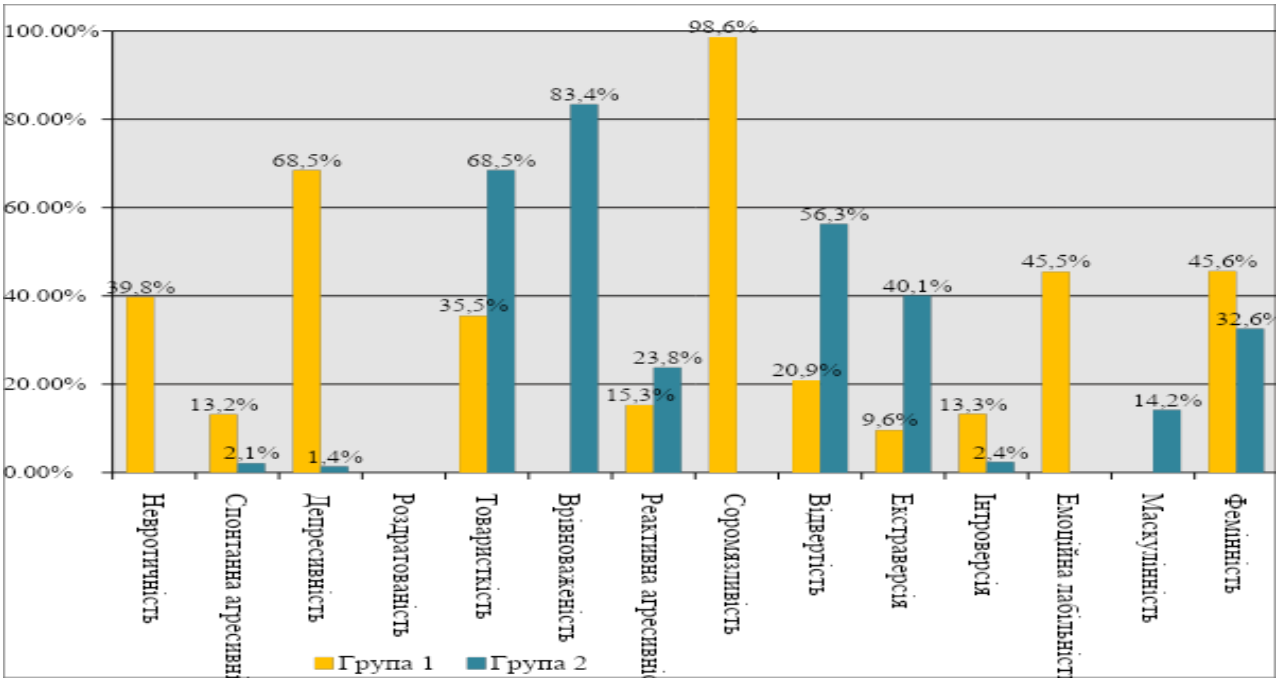


Рисунок 2.1 – Порівняльний аналіз особистісних особливостей жінок залежно від наявності обсесивно-компульсивного розладу

Аналізуючи результати за методикою FPI (таб. 2.10) робимо висновок, що у жінок з основної групи з обсесивно-компульсивним розладом, відмічається: постійна пильність і надчутливість; в міжособовому спілкуванні з'являється дратівливість, збудливість, схильність до вибухових агресивних реакцій; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах психотравмуючих подій; відхід від реальності.

Таблиця 2.10 – Порівняльний аналіз особистісних особливостей жінок залежно від наявності обсесивно-компульсивного розладу

Шкали	Група 1 %	Група 2 %	p
Невротичність	39,8	0	0,001
Спонтанна агресивність	13,2	2,1	-
Депресивність	68,5	1,4	0,001
Роздратованість	0	0	-
Товариськість	35,5	68,5	-
Врівноваженість	0	83,4	0,001
Реактивна агресивність	15,3	23,8	-
Сором'язливість	98,6	0	0,001
Відвертість	20,9	56,3	0,05
Екстраверсія	9,6	40,1	0,05
Інтроверсія	13,3	2,4	-
Емоційна лабільність	45,5	0	-
Маскулінність	0	14,2	0,05
Фемінність	45,6	32,6	-
Невротичність	39,8	0	0,001
Спонтанна агресивність	13,2	2,1	-
Депресивність	68,5	1,4	0,001
Роздратованість	0	0	-
Товариськість	35,5	68,5	-

Високі оцінки за шкалою сором'язливість віддзеркалюють схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, які виражаються в пасивно-захисному характері.

Високі показники за шкалою емоційна лабільність свідчать про нестійкість емоційного стану, труднощі в оцінці значущості зовнішніх стимулів, вибуховість агресивних реакцій, наявність сильних негативних емоцій, роздратованість, недостатність саморегуляції.

Результати дослідження за методикою FPI дають змогу стверджувати, що жінкам з групи порівняння притаманні наступні психологічні характеристики: комунікабельність, бажання будувати довірчі, відкриті стосунки з іншими при високому рівні самокритичності, стійкість до стресів, оптимістичність, активність, впевненість у собі.

Аналіз таблиці 2.1. показав, що статистично достовірна різниця спостерігається за шкалами: з p=0,001 – невротичність, депресивність, сором’язливість, врівноваженість; з p=0,05 – маскулінність, відвертість, екстраверсія.

Оскільки різниця за шкалами фімінність та маскулінність між жінками з основної групи та групи порівняння незначна, то можна стверджувати, що зазначений показник не залежить від наявності обсесивно-компульсивного розладу.

Отже, на основі результатів дослідження за методикою FPI можна зробити висновки, що жінкам з обсесивно-компульсивним розладом притаманні: тривожність; скованість та невпевненість внаслідок чого є труднощі в соціальних контактах; загальмованість; порушення концентрації уваги; нав'язливі спогади; порушення сну; прагнення уникати психотравмуючих ситуацій.

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження свічать про необхідність розробки корекційної програми для зниження рівня нервово-психічної напруги, зменшення рівня тривожності, зниження напруженості механізмів психологічного захисту, покращення комунікативних показників особистості у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

Висновок до розділу 2

Протягом року проводилось дослідження, метою якого було вивчення психологічних особливостей жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

Систематизувавши вітчизняні та зарубіжні підходи до вивчення проблеми обсесивно-компульсивного розладу у жінок було висунуто наступне положення, яке піддавалось дослідній перевірці: обсесивно-компульсивний розлад супроводжується порушенням емоційно-вольової сфери: високим рівнем емоційного напруження, тривожності, а також незрілими механізмами психологічного захисту та дисгармонійними рисами особистості.

Дослідження проводилось на базі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в місті Києві.

Констатувальним етапом дослідження було охоплено 102 особи. У дослідженні брали участь 52 жінки дорослого віку з проявами або встановленим діагнозом обсесивно-компульсивного розладу. Групу порівняння склали 50 жінок дорослого віку, відповідної освіти, соціального статусу, у яких не виявлено ознак обсесивно-компульсивних порушень.

Діагностичний блок дослідження склали: Шкала Єля-Брауна для обсесивно-компульсивного розладу, Шкала нервово-психічної напруги Т.А. Немчина, Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI - Life style index), Госпітальна шкала тривоги і депресії, Опитувальник FPI (Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник).

За результатами діагностики за шкалою Єля-Брауна було зроблено висновок про те, що значна частина жінок, у яких встановлений діагноз ОКР, виявила сильний ступінь обсесивно-компульсивних порушень, що вказує на постійні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і можуть в результаті приводити до соціально-психологічної дезадаптації.

За шкалою нервово-психічної напруги Т.А. Немчина було зроблено висновок про те, що обсесивно-компульсивний розлад у жінок дорослого віку супроводжується надмірним рівнем нервово-психічної напруги.

За методикою «Індекс життєвого стилю» зроблено наступні висновки: у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом домінують як примітивні, так і більш досконалі механізми психологічного захисту, провідними серед яких є інтелектуалізація та регресія. Жінки з обсесивно-компульсивним розладом схильні до спотворення реальності. Дана категорія жінок прагне контролювати свої емоції та імпульси на основі раціональної інтерпретації ситуації, але підсвідомо обирає легковажні, дитячі моделі поведінки.

За Госпітальною шкалою тривоги і депресії зроблено висновок, що жінки з обсесивно-компульсивним розладом мають клінічно виражену тривогу та субклінічно виражену депресію.

На основі результатів дослідження за методикою FPI можна зробити висновки, що жінкам з обсесивно-компульсивним розладом притаманні: тривожність; скованість та невпевненість внаслідок чого є труднощі в соціальних контактах; загальмованість; порушення концентрації уваги; нав'язливі спогади; порушення сну; прагнення уникати психотравмуючих ситуацій.

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження свічать про необхідність розробки корекційної програми для зниження рівня нервово-психічної напруги, зменшення рівня тривожності, зниження напруженості механізмів психологічного захисту, покращення комунікативних показників особистості у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

РОЗДІЛ 3
РОБОТА ПСИХОЛОГА З КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

3.1 Форми і методи роботи із запобігання та корекції обсесивно-компульсивному розладу

Психосоціальна терапія та психосоціальна реабілітація хворих на ОКР

Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація являють собою необхідні і доповнюючі одна одну стратегії [15].

Психосоціальна терапія і реабілітація – формування або відновлення недостатніх або втрачених (в умовах порушених в результаті хвороби когнітивних, мотиваційних, емоційних ресурсів особистості), навичок, знань, умінь взаємодіяти, вирішувати проблеми, використовувати стратегії опанування у осіб з ОКР з вадами соціальної адаптації, що забезпечують їх інтеграцію в суспільство.

З цією метою застосовується комплекс психосоціальних впливів, спрямованих на відновлення потенціалу самого пацієнта, участь в реабілітаційному процесі з постійним освоєнням колишніх соціальних, в тому числі рольових функцій, в умовах соціального контексту, що ускладнюється, для досягнення можливо більш повного або рівного з іншими положенням в суспільстві.

Етапи психосоціальної реабілітації:

1. Етап активних психосоціальних впливів (психосоціальна терапія).

Початок психосоціальної роботи з хворим не обов'язково збігається з перебуванням його в лікарні. Він може початися в будь-якому періоді надання психологічної допомоги. Необхідно, перш за все, визначення характеру і ступеня соціальної дезадаптації, потреби в тій чи іншій конкретній формі психосоціального впливу. Це зазвичай етап найбільш

активних заходів в порівнянні з подальшими – за допомогою участі в групі (групах), навчання, тренінгу – в тому числі в якості підготовки до наступного етапу. При цьому пацієнт може брати участь в двох групах паралельно, а тим більш послідовно.

Що стосується методик, то це частіше групові, а також індивідуальні (при неможливості включення пацієнта в групу, наприклад, в разі його відмови і ін.) форми роботи, засновані на різних численних програмах («модулях»). Сюди відносяться тренінги соціальних навичок, спілкування, впевненої поведінки, психоосвітні програми, навчання стратегії подолання із залишковими розладами, сімейна терапія, яка використовує проблемно-орієнтовану, поведінкову, псіхоосвітню техніки і т. п. Психосоціальний вплив не переривається до кінця процесу реабілітації; навпаки, він може бути найбільш інтенсивним, можливо ближче до початку надання допомоги, все в більшій мірі стаючи майже паралельним процесом біологічного лікування.

2. Етапи практичного освоєння наближених до колишніх або нових для пацієнта рольових функцій і соціальний позицій. В основному, це функція всього комплексу «проміжних» (між психіатричними установами і суспільством) ланок реабілітаційної спрямованості, які наближують пацієнта (за допомогою ступеневого практичного освоєння соціальних ролей і позицій) до життя безпосередньо серед населення. Одночасно це процес «генералізації» відновлюваних навичок, умінь, знань (отриманих за допомогою різних форм психосоціальних впливів і використання, природно, більш вузького кола моделей) стосовно все більш складних соціальних відносин і вимог, тобто до того, що очікує пацієнта при поверненні у життя.

3. Етап закріплення і підтримка в тій чи іншій мірі неповного або повного соціального відновлення. Системи соціальної підтримки і продовження соціальної роботи в співтоваристві значна частина пацієнтів потребує постійно. Крім того, ефект психосоціальних впливів зберігається лише певний час, після чого потрібно їх повторення. До заходів цього етапу відноситься також соціальна (інструментальна і емоційна) підтримка; багато хворих мають потребу в ній постійно.

Крім такої підтримки проводиться робота щодо активізації соціальної мережі. Часто виявляється важливим заохочення включення хворих в групи самодопомоги – громадські організації хворих та їхніх родичів. У значній частці випадків III етап є безпосереднім продовженням I етапу. Так само, як і при біологічній терапії після купірування нападів або загострень переходять до підтримуючої фармакотерапії, так і після інтенсивних психосоціальних впливів переходять до підтримуючої психосоціальної терапії та інших непсихосоціальних заходів, спрямованих на підтримку і закріплення досягнутих результатів.

При проведенні психосоціальних заходів необхідно враховувати ряд принципових положень.

1. Процесс психосоціальної реабілітації може бути розпочато на будь-якому етапі надання психіатричної допомоги – поза гострих станів (загострень), але можливо більш рано після купірування гострих проявів психічного розладу. Чим раніше по відношенню до початку захворювання починаються психосоціальні заходи, тим швидше можна розраховувати на успішний результат.

2. Необхідно формулювати мету кожного втручання з визначенням тимчасового періоду, протягом якого зазначену мету передбачається досягти. Психосоціальне втручання повинно бути, по-перше, диференційованим і спрямованим на досягнення певної мети, і, по-друге, обмеженим в часі.

3. Вибір форми втручання для конкретного хворого повинен здійснюватися відповідно до особливостей його психосоціального дефіциту (соціальної дезадаптації).

4. Послідовність психосоціальних впливів здійснюється з урахуванням все більшого наближення до звичайних життєвих вимог і досягнення соціальної компетентності.

5. При завершенні кожного етапу чи всієї програми психосоціальної реабілітації необхідні підтримуючі психосоціальні впливи.

Етапність і закріплення досягнутих результатів шляхом неодноразових повторень – стандартна вимога до психосоціальної реабілітації.

Вибір методики залежить від особливостей стану і соціальної дезадаптації, етапу психіатричної допомоги та завдань, які ставляться на даному етапі його соціального відновлення. Кращим є використання психоосвітнього методу, когнітивно-біхевіоральної терапії, індивідуальної підтримуючої терапії, методів системної сімейної терапії.

Когнітивно-поведінкова терапія при ОКР.

Когнітивно-поведінкова терапія являє собою практичну методику, по своїй суті нагадує тренінг, розроблений для конкретного хворого.

На початковому етапі використовуються спеціальні шкали і тести для виявлення симптомів і оцінки їх тяжкості. В результаті складається список симптомів, який і стає основою для подальшої спільної роботи лікаря і пацієнта. Потім зазвичай застосовується метод, який носить назву ескпозиційна психотерапія або «Експозиція запобігання реакцій (ЕПР)».

Суть методу полягає в наступному: використовуючи список симптомів, під час сеансу психотерапії піддає пацієнта впливу певного страху. При цьому вплив здійснюється екологічно, поступово, починаючи з менш страшних пунктів до більш страшних. Лікар постійно стежить за тим, щоб вплив був стерпним для хворого і «працював» на кінцеву мету – порятунок від симптому. У проміжках між сесіями пацієнт обов'язково виконує домашні завдання, які також розробляються індивідуально і являють собою роботу з певним симптомом.

Ще однією методикою, яка широко використовується в процесі когнітивно-поведінкової терапії, є «Уявні представлення». Психотерапевт спільно з клієнтом створює короткі історії, в основі яких лежать нав'язливі ідеї або думки пацієнта. Потім ці історії записуються на аудіоносій і використовуються пацієнтом для повторного дозованого переживання певних ситуацій. Цей метод особливо корисний у випадках, коли застосування експозиційної психотерапії утруднено (наприклад, якщо хворий

страждає від нав'язливих думок про вбивство близької людини, розтління малолітніх і т. д.).

В ході терапії хворий навчається більш спокійно реагувати на нав'язливі думки, не вдаючись до ритуалів або уникнення. Результатом такого лікування стає тривала, стійка ремісія. Однак слід враховувати, що навіть при дбайливому професійному підході хворий може відчувати неприємні відчуття – адже йому доводиться впритул стикатися з власними симптомами і вчитися протистояти ім.

Інші психотерапевтичні методики при ОКР.

Інші психотерапевтичні методи можна віднести до категорії доповнюючих, оскільки без когнітивно-поведінкової терапії вони не забезпечують необхідного ефекту. Проте, значимість цих методів не варто недооцінювати.

На початковому етапі лікування можуть бути дуже корисні підтримуючі бесіди, які зміцнюють віру пацієнта в одужання. Сімейна терапія допомагає хворому поліпшити відносини з близькими, які вчаться розуміти його розлад, правильно сприймати симптоми хвороби і надавати підтримку в процесі лікування [45].

Соціальна реабілітація і робота в групах підтримки дає можливість навчитися навичкам правильної взаємодії з оточуючими, позбутися почуття власної неповноцінності, відновити або здобути навички, корисні в повсякденному житті.

Методи первинної та вторинної профілактики ОКР. Первинна профілактика ОКР спрямована на запобігання:

- психотравмуючих впливів;
- ятрогеній (не прищеплювати думки про неповноцінність або перевагу, не породжувати почуття глибокого страху і провини при здійсненні «брудних» вчинків, здорові відносини між шлюбниими партнерами);
- сімейних конфліктів,

- формування неправильного (байдужого) ставлення до появи окремих симптомів ОКР, що досягають або не досягають клінічної значущості – запізнілого звернення за допомогою при появі перших симптомів ОКР.

Вторинна профілактика ОКР повинна сприяти запобіганню рецидивів, зменшення ризику ускладнення симптоматики, вживання ПАР, суїцидальної поведінки, що передбачає регулярне диспансерне спостереження.

3.2 Розробка та обґрунтування психокорекційної програми з полегшення психологічних порушень у жінок з обсесивно-компульсивним розладом

Було розроблено та апробовано психокорекційну програму для корекції проявів обсесивно-компульсивного розладу за допомогою технік когнітивно-поведінкової психотерапії. Курс включає як психокорекційні заняття, так і домашні завдання. Психокорекційні заняття базуються на методиці Джеффрі Шварца.

Метою психокорекційної програми було закріплення знань і відпрацювання практичних умінь та навичок подолання навязливих думок та ритуалів, розвиток навичок стійкості до обсесій та компульсій з метою подолання обсесивно-компульсивного розладу, а також пропрацювання отриманих умінь за допомогою домашніх завдань.

Програма тренінгу включала наступні блоки: мотиваційний блок, який передбачав розвиток позитивного ставлення досліджуваних до роботи з нав’язливими думками та ритуалами; особистісно-рефлексивний блок, що включав техніки спрямовані на розвиток навичок самопізнання, самоаналізу та самоконтролю, розвиток навичок зняття психоемоційного напруження, формування психологічної стійкості до обсесій та компульсій.

В рамках психокорекційних занять застосовувалися праці А.Бандури, А.Бека, Д.Вольпе, А.Елліса, Д.Роттера, А.Сальтера, Б.Скіннера, Дж.Уотсона, К.Халла.

Зміст психокорекційної програми.

Метод відомого психіатра Джеффрі Шварца «4 кроки» до подолання неврозу нав'язливості підходить абсолютно для всіх його різновидів.

Дані кроки розраховані на щоденне застосування.

1 крок. Зміна назви.

2 крок. Зміна ставлення до нав'язливих думок. Зниження їх значимості.

3 крок. Перефокусування.

4 крок. Переоцінка.

Представимо дані кроки докладніше.

1 крок. зміна назви.

По-перше, Вам потрібно розуміти, чому з'являються нав'язливі думки і дії.

І, по-друге, потрібно навчитися дивитися на них як би з боку, як би з позиції третьої особи.

Якщо ви страждаєте обсесивно-компульсивним розладом, то ви, безсумнівно, маєте в своєму багажі психологічні травми. Ви можете і не усвідомлювати цього. Адже численні стресові ситуації вибили Вас із колії. І привели до того, що Ви відчуваєте постійну тривогу і занепокоєння, які і викликають нав'язливі думки.

Психологічні травми активізують діяльність двох структур головного мозку. А саме – фронтальної частки і хвостатого ядра. Ці зони беруть участь в процесі перетворення інформації з зовнішнього світу в думки і дії. Їх гіперактивність і викликає безперервний потік думок і дій.

Відзначте про себе, що певна думка є обсесивною, або, що певний потяг – компульсивний. Розвивайте в собі позицію стороннього спостерігача. Це допоможе розрізняти, що має реальне значення, а що – всього лише симптом нав'язливості.

Тренуйте себе, говоріть: «Це не я думаю або відчуваю, що мої руки брудні. Це обсесія, що вони брудні».

Або: «Ні, це не я відчуваю, що повинен / повинна вимити руки. Це компульсивний потяг виконати цей ритуал».

Ви повинні зрозуміти, що почуття тривоги, що супроводжує такі думки – помилкова тривога. Вона не пов'язана з реальністю. Її причина – психологічна травма.

Тому ваші нав'язливі думки і вчинки – це не справжні думки, а помилкові повідомлення, що приходять з мозку.

І зрозумійте, що назвавши нав'язливість нав'язливістю, Ви не виженете її від себе. Але що Ви можете, так це – контролювати Ваші дії.

2 крок. Зміна ставлення до нав'язливих думок. Зниження їх значимості.

Нав'язливі думки не проганяйте – це марна справа. Але Ви не зобов'язані виконувати їх вимоги. Просто не ставтесь до них, як до важливих! Не слухайте їх!

Пробуйте відкидати накази нав'язливих думок. Найправильніше – залишайте ці думки без уваги і переключайтеся на якусь іншу поведінку. Ось він, засіб – змініть поведінку!

Напевно Ви хочете відчути, що «все в порядку» – тим більше цьому сприяє виконання ритуалу. Але Ви вже знаєте, що це – тимчасове полегшення. Згадайте, що прагнення до відчуття, що «все в порядку» викликане всього лише неусвідомленим бажанням знизити рівень тривоги, яка поки Вас не покидає.

Але зате Ви можете навчитися ігнорувати це прагнення і рухатися далі.

Лише сказавши собі: «Це не я – це моя нав'язливість!».

Перші два кроки проходьте одночасно.

І ось крок 3. Перефокусування.

Перейдіть на якесь інше, бажано, приємне, позитивне, корисне заняття хоча б на кілька хвилин. Наприклад, почитайте, послухайте музику, пограйте на комп'ютері тощо.

Отже, в мозок увірвалася нав'язлива думка або компульсивне бажання:

1. Відразу називайте їх як обсесію або компульсію і як наслідок психологічних травм;

2. І тут же переключіться на якесь заздалегідь вибране приємне заняття на кілька хвилин;

3. Станьте в позицію стороннього спостерігача, кажучи собі: «Те, що я зараз відчуваю – це симптом нав'язливості. Мені ж потрібно зайнятися справою».

Неприємні думки, проте, можуть турбувати Вас. Прийміть їх, але дистанціюйтеся. І відчуєте, що нав'язливе почуття десь поруч, але вже не контролює Вашу поведінку, адже Ви просто «поруч» з ним, і прийняли рішення зайнятися чимось іншим.

Чим частіше Ви будете використовувати такий метод, тим швидше відновите свою здатність приймати самостійні рішення. Але ми розуміємо, що важко не звертати увагу на нав'язливу думку, це навіть може приносити страждання і біль.

Правило 15 хвилин.

Якщо Вас відвідало нав'язливе бажання що-небудь зробити:

1. Дайте собі відстрочку здійснити нав'язливу дію – 15 хвилин (якщо 15 хвилин багато, хай буде для початку хоч 5 хвилин);

2. Тут же переключіться на якесь інше, приємне заняття;

3. І знову, вже зараз вирішіть, чи хочете Ви слідувати нав'язливій дії чи ні;

4. По закінченню 15 хвилин прислухайтеся до себе і оцініть, наскільки сильним був нав'язливий потяг. Якщо він був ну хоч трохи меншим, ніж зазвичай, дайте собі ще трішки часу.

Правило 15 хвилин таке: ніколи не виконуйте нав'язливу дію без тимчасової затримки. Вона Вам потрібна, щоб виконати 1, 2 і 3 крок методу.

Ви зможете помітити, що чим більше ви тренуєтеся затримувати час, тим менше стане потяг. І ось так поступово Ви зможете збільшувати час затримки.

Зрозумійте, головне не те, що Ви думаєте, а те, що Ви робите. Ваша головна мета – відкинути накази нав'язливої дії.

Цілком досяжна мета – просто витримати паузу перед виконанням нав'язливої дії.

Якщо Ви все ж виконали ритуал після паузи, то не лайте себе! Поліпшення буде відбуватися поступово! Згадайте крок 1, і прийміть, що на цей раз нав'язливість виявилася сильнішою.

Скажіть собі: «Що ж, я вимив / ла руки не тому, що вони дійсно брудні, а тому, що цього вимагала нав'язливість. Цей раунд вона виграла, але наступного разу я буду чекати довше».

Корисно і потрібно вести щоденник!

Заведіть щоденник і записуйте в нього тільки вдалі спроби зміни поведінки.

Порада: Записуйте тільки успіхи. І це додасть вам упевненості, що все вийде! І завжди заохочуйте себе за добре зроблену роботу!

Крок 4. Переоцінка.

Нагадайте собі знову, що було метою трьох перших кроків:

1. Ваше розуміння, що нав'язливість – наслідок численних травматичних подій. І що тривога, яку Ви відчуваєте – помилкова. Вона не пов'язана з реальністю.

2. Ви відмовляєтеся розглядати нав’язливі думки і бажання як надзвичайно важливі, щоб не виконувати компульсивні ритуали.

3. Ви застосовуєте правило 15 хвилин.

4. Ви перемикаєтеся на конструктивну поведінку.

5. Ви пригадуєте позицію «стороннього спостерігача», тобто коли Ви дивитеся на себе як би з боку. Хоча іноді це буде складно.

Якщо всі три кроки працюють разом, то їх сукупний ефект набагато сильніше, ніж ефект від кожного окремо. Постійно тренуючись, Ви з часом обов'язково зможете приділяти значно менше уваги нав'язливим думкам і бажанням.

Говоріть собі: «Хто тут командує – я чи моя нав'язливість?». І навіть якщо напад нав'язливості переможе, і змусить Вас виконати нав'язливі дії, в наступний раз тримайтеся міцніше. У боротьбі з нав'язливими головне - наполегливість, не дивлячись ні на що!

Ви помітите, що виконуючи постійно і методично кроки 1-3, у Вас почне виходити 4 крок.

І цей 4 крок – Ваше глибинне розуміння того, що те, що з Вами сталося в цей раз, є, по суті, черговим проявом нав'язливості. А думки і бажання, викликані нею, не становлять реальної цінності.

Ви прекрасно знаєте, що нав'язливі думки з'являються тисячу разів в день. І яким би не був їх зміст, не зважайте на них.

Ще одна підказка!

Вам стане набагато легше, якщо Ви додасте до кроку 2 «Зміна ставлення до нав'язливих думок» ще дві сходинки.

Це два «П» - «Передбачати», і «Прийняти».

1. «Передбачати» - коли Ви відчули початок атаки нав'язливих думок, будьте до неї готові, будьте напоготові.

2. «Прийняти» - не коріть, не лайте себе за ці думки, не витрачайте марно свою енергію.

Ви вже знаєте їх характер, тому можете на самому ранньому етапі їх появи відразу звернутися до кроку 1. Думка, залишена без уваги, згасає сама по собі. Просто зробіть крок в сторону і переключіться на улюблене заняття, навіть якщо думки будуть поруч з Вами. Постарайтеся бути холоднокровними. І згадайте правило 15 хвилин.

Вправи для подолання обсесивно-компульсивного розладу.

Вправа №1 «Подолання тривоги» (по гештальт-терапевтичній техніці).

Крок 1. Задати собі і головне – чесно відповісти на наступні запитання:

- «Чи не знищую я своє теперішнє, турбуючись і переживаючи за майбутнє?»;

- «Я відчуваю тривогу тому, що моя проблема «величезна і нерозв'язна» або просто відтягаю час, щоб її вирішити?»;

- «Чи є можливість зробити зараз те, що мене так турбує?» Наприклад, призначити коханому зустріч, почати серйозну розмову, скласти план і т.п.

Крок 2. Після того, як Ви відповіли на запитання, спробуйте уявити і перенести свої переживання на сьогоднішній день і пережити їх прямо зараз. Ви переконаєтеся в тому, що тривожитися і переживати про те, що вже відбувається «тут, в даний момент часу» досить важко.

Крок 3. Концентруємо увагу на теперішньому:

Постарайтеся зосередитися на органах почуттів, тобто прислухайтеся до звуків, запахів і зверніть увагу на кольори;

На аркуші паперу: «Я усвідомлюю, що...» запишіть все те, що відчули.

Крок 4. Концентруємо увагу на внутрішньому світі:

Прислухаємося до серцебиття, дихання, до відчуттів шкіри, до м'язів і т.п.;

Беремо той же листок і пишемо «Я усвідомлюю, що...» свої відчуття. Після цього подумайте: «Чи всі частини тіла Ви відчули?». Якщо «ні», тоді зробіть четвертий пункт кілька разів, щоб не залишити без уваги жодну частину свого тіла.

Під час виконання вправи тривога почне відступати, Ви заспокоїтеся, бо перенесете свою увагу на іншу діяльність. Наступного разу, тільки Ви почнете відчувати тривогу виконуйте поетапно 4 пункту цієї вправи.

Вправа №2 «Подолання страху» (по Еллісу).

Якщо Ваш страх є наслідком нераціонального уявлення (помилкового, що не має реальну основу) тоді необхідно зробити наступне:

- Постарайтеся посміятися над своїм страхом, а також над страхом перед страхом;

Наприклад, навіщо Вам потрібно схвалення Ваших рідних щодо приготовленого обіду? Думаєте раціонально: якби блюдо було несмачним (пересоленим, недовареним, занадто жирним і т. п.), то вони точно б про це

сказали, а раз мовчки їдять, значить їм все подобається. Посмійтеся над тим, що Ви чекаєте схвалення там, де його не слід чекати?

Чесно і відверто розкажіть про свій страх довіреній особі і покажіть свої емоції, які Ви при цьому відчуваєте;

- Постарайтеся знайти першопричину Вашого страху, тобто ірраціональне (неправильне, помилкове) уявлення і замінити його на раціональне (розумне);

- Спостерігайте за своїми страхами, признавайтесь собі, що вони дріб'язкові та нікчемні й знайдіть «правильні» уявлення щодо цього, заперечуйте і поступово долайте їх.

Наприклад, Ви відчуваєте страх через те, що боїтеся показати іншим, як Ви турбуєтеся за когось або щось. Немає нічого ганебного і страшного в тому, що інші побачать, що Ви стурбовані. Зізнайтеся собі в тому, що Ваш страх перед проявом своїх емоцій – безпідставний і необґрунтований. Запам’ятайте, що кожна людина має право на емоції і переживання.

Вправа №3 «Підвищення творчої активності» (по Д. Скотту).

Цю вправу ще називають «Мозковим штурмом».

Крок 1. Записуємо ідеї і рішення проблеми – без особливих роздумів взяти аркуш паперу і написати перші, які спали на думку рішення даної проблеми. Це необхідно для того, щоб виключити всі Ваші можливі страхи і переживання за подальшу невдачу, виключити всі «гальма» і вплив механізмів Вашої свідомості, які можуть, а найстрашніше, що напевно виникнуть при тривалих роздумах.

Крок 2. Самооцінка рішень – це критико-аналітична частина вправи, яка дозволить виявити придатні і непридатні рішення. Оцінювати свої рішення потрібно за 5-ти бальною системою, від більшого розумного і вірного рішення (оцінка «5»), до найменш раціональних (оцінка «2»).

Крок 3. Відбір кращого рішення. Це може бути якийсь один найкращий варіант, а може бути комбінація з кількох, які приведуть до позитивного вирішення проблеми.

Вправа №4 «Зняття стресу» (по К. Шрайнер)

Це є своєрідне «очищення мозку» від «непотрібних» думок.

Крок 1. Прислухайтеся до своїх почуттів, які Ви відчуваєте під час стресу. Наприклад, можливо Вас «пробиває піт» або Ви напружені від очікування.

Крок 2. Тепер спеціально зробіть так, щоб відчути той момент, коли Ви сильно напружені. Запитайте і дайте відповідь на нього: «Заради чого і навіщо я так напружуюся?».

Крок 3. Тепер задайте собі наступне питання: «А що мені потрібно для того, щоб я відчув (-ла) себе краще?».

Крок 4. На 2-3 хвилини перебільшіть свої відчуття, нехай Вас на цей час «проб'є піт» або наступить колосальна напруга. Нічого не роблячи просто відчуйте цей стан і переконайтеся в тому, що він займає дуже багато енергії і сил, і що ця енергія витрачається даремно.

Крок 5. Після проведеного експерименту-спостереження дайте собі відповідь: «Чи потрібно мені таке напруження? Чи добре це для мене? Чи хочу я позбутися він нього?».

Крок 6. Наступним кроком буде усвідомлення того, що Ваші вимоги викликають відчуття розпачу.

Крок 7. Приступаємо безпосередньо до релаксації. Для цього потрібно уявити, що всі Ваші м'язи стали подобою податливого тіста або поролону. Постарайтеся вловити стан рівноваги.

Крок 8. «Очищаємо свій мозок від непотрібного» і робимо щось конструктивне і потрібне замість того, щоб даремно витрачати свої сили і енергію для марного напруження.

Крок 9. Останнім кроком буде усвідомлена заміна Ваших вимог на Ваші переваги.

Вправа №5 «Вирішення стресової ситуації методом «помаху» (по Р. Бендлер)

Встаньте зручно або сядьте і закрийте очі. Тепер уявіть собі, що у Вас в обох руках по одній фотографії:

- В одній руці фотокартка, де сфотографована Ваша проблема або негативна ситуація, яку Ви не бажаєте бачити. Вона похмура, все негативне і розмите;

- В іншій руці картка, де сфотографована приємна ситуація в яскравих різнокольорових барвах, дивлячись на яку Ви відчуваєте позитивні емоції, такі як радість, заспокоєння, щастя і т. п.

Тепер одним помахом, тобто блискавично опускайте негативну фотографію на коліно, щоб Ви її перестали бачити, а позитивну піднімайте до рівня очей.

Цю вправу необхідно робити в той момент, коли стресова ситуація проявляється і у Вас виникає напруження. Подібну блискавичну заміну фотографій потрібно робити до тих пір, поки позитивний образ остаточно не витіснить негативний.

Вправа №6 «Корекція негативної поведінки шляхом самоаналізу» (по Д. Рейуортеру)

Бути байдужим стороннім спостерігачем – це головна умова при виконанні даної вправи. Ви повинні прислухатися, концентрувати свою увагу, усвідомлювати свої почуття, відчути їх і запам'ятати, але при цьому нічого не змінювати. Робляться подібні вправи на самоті, щоб Вам не заважали і не відволікали.

Крок 1. Концентруємося на своєму фізичному тілі:

- Неважливо, чи сидите Ви, чи лежите, чи стоїте, зверніть увагу на те як розташовані ноги, руки, опущена або закинута голова, згорблена спина і т.п;

- Сконцентруйтеся на тому, де зараз Вам боляче або відчувається напруження і т. п.;

- Прислухайтесь до дихання і серцебиття. Переконайте себе: «Це моє тіло, але я не є тіло». Крок 2. Концентруємося на своїх почуттях:

- Прислухаємося до своїх почуттів, які Ви зараз відчуваєте;

- Знайдіть і відокремте у цих почуттів позитивну сторону від негативної.

Переконати себе: «Це мої почуття, але я не є ці почуття».

Крок 3. Концентруємося на своїх бажаннях:

- Перелічіть наявні бажання і прагнення, якщо вони є у Вас;

- Не замислюючись над їх важливістю і не ставлячи пріоритетів перелічуйте їх одне за іншим.

Переконайте себе: «Це мої бажання, але я не є ці бажання».

Крок 4. Концентруємося на своїх думках:

- Впіймайте думку, яку Ви зараз думаєте. Навіть якщо Ви думаєте, що у Вас в даний момент немає ніяких думок – це і є думка і за нею потрібно поспостерігати;

- Якщо думок багато, то поспостерігайте як одна думка змінює іншу. Зовсім не важливо чи правильні вони і раціональні, просто сконцентруйтеся на них.

Переконати себе: «Це мої думки, але я не є ці думки».

Подібна вправа «самокорекції» відноситься до технік психосинтезу і дозволить поспостерігати і побачити своє тіло, почуття, бажання і думки немов зі сторони.

Вправа №7 «Хто я?» (По Т. Йоуменс)

Дана вправа також належить до технік психосинтезу і полягає в сторонньому спостереженні за собою. Мета вправи – допомогти розвинути в собі самосвідомість та виявити своє справжнє «Я».

Кожна людина подібна до багатошарової цибулині, де шар за шаром заховано наше справжнє «Я».

Такими шарами можуть бути маски, які ми кожен день «вибираємо» під слушну нагоду і «одягаємо» на себе, щоб люди не побачили наших справжніх почуттів або тих якостей, яких ми соромимося або яких не любимо в собі. Але є шари і позитивні, які ми ігноруємо і не визнаємо себе, що вони

«хороші». Побачити за всіма цими шарами свою справжню сутність, своє живе ядро, свою особистість – це те, що завдяки цій вправі Вам поступово, крок за кроком вдасться зробити.

Необхідно щоб під час вправи Вас не відволікали.

Крок 1. У зошиті на першій сторінці напишіть питання-заголовок «Хто я?». Тепер поставте час і запишіть гранично чесну відповідь. Відкиньте думку оточуючих або що говорять про Вас рідні, запишіть саме те, як думаєте Ви. Цей крок можна робити по кілька разів на день або щодня, кожного разу проставляючи дату і відповідаючи відверто: хто Ви, на Вашу думку?.

Крок 2. Зручно сядьте і закрийте очі. Задайте собі це ж питання і уявіть відповідь у вигляді образу. Не змінюйте його і не міркуйте, а вловіть саме той образ, який виник у Вас відразу ж після запитання. Розплющивши очі відразу ж опишіть це образ, згадайте, які почуття Ви відчули, побачивши його і що цей образ означає для Вас.

Крок 3. Встаньте по середині кімнати і закрийте очі. Задайте собі те ж питання і відчуйте ті рухи, які почне робити Ваше тіло. Не контролюйте їх, не заважайте, не вносьте корективи, а довіртеся тілу. Обов'язково запам'ятайте цей рух, адже саме таким чином тіло відповідає на поставлене запитання.

Вправа №8 «Діалог з самим собою з метою екстреної самодопомоги» (по М. Є. Сандомирському)

Головна мета діалогу – терміново допомогти собі зняти тілесний емоційний дискомфорт, що виник. Вправу потрібно робити на самоті, щоб не заважали.

Крок 1. Закрийте очі і уявіть перед собою дзеркало, а в ньому Ваше відображення. Придивіться: як Ви виглядаєте в даний момент, коли настав дискомфорт, як це відбивається на виразі Вашого обличчя, на поставі.

Крок 2. Сконцентруйтеся на фізичних відчуттях і знайдіть місця, де саме відчуваються найбільш неприємні відчуття.

Крок 3. Суть цього кроку полягає в наступному: Ви повинні самі собі (тобто уявному співрозмовнику, своєму відображенню) сказати всі ті слова, які, на Вашу думку, заспокоять Вас в даній ситуації, підбадьорять, зупинять нав'язливу тривогу, саможаління, самобичування, самозвинувачення і відновлять Вашу самоповагу і гідність. Вкладіть у ці слова стільки емоційності і почуттів, скільки, на Вашу думку, потрібно буде для досягнення поставленої мети. Ваш уявний «дзеркальний» співрозмовник буде реагувати на Ваші слова і його відповідна реакція стане Вам сигналом – потрапили Ваші слова в ціль чи вони були вимовлені даремно.

Крок 4. Перейдіть на свої фізичні відчуття. Якщо слова дійшли до мети, то фізичні страждання будуть вщухати і дискомфорт з часом зникне. Якщо ж цього не відбулося, повторіть крок 3 ще раз. При необхідності дану вправу можна повторювати кілька разів, головне – це змусити стихнути фізичній емоційний дискомфорт – це і є термінова миттєва екстрена самодопомога.

Домашні завдання (робота з автоматичними думками)

Автоматичні думки (АД) – це думки, що виникають у людини спонтанно, вони є внутрішніми «висловлюваннями» або думкою людини про саму себе. АД є у будь-якої людини, це свого роду «система координат» цінностей людини, її стиль життя і світогляд. Деякі автоматичні думки стають неадаптивними (негативними) і зациклюють людину на чомусь негативному, перетворюючись на подобу «розумової жуйки», викликаючи у людини дискомфорт і страждання, які супроводжують хворобливими емоційними реакціями.

Завдання:

- виявити справжні неадаптивні автоматичні думки, які не дозволяють клієнту повноцінно жити в соціумі;
- зробити так, щоб клієнт відмовився від своєї руйнівної АД;
- повністю реконструювати поведінку клієнта.

Для вирішення цих завдань були розроблені спеціальні техніки:

Техніка виявлення автоматичних думок. Насамперед необхідно виявити неадаптивні автоматичні думки у людини. Це можна зробити шляхом діалогу-розпитування. Якщо під час розпитування виникнуть труднощі в тому плані, що людина не зможе згадати ці думки, тоді необхідно буде шукати негативні візуальні образи або скористатися технікою програвання ролей.

Покрокове виявлення автоматичних думок:

1 крок. Спонукати клієнта відстежити свої автоматичні думки, які стоять за хворобливими емоціями і які не усвідомлюються, але керують ним формуючи поведінку;

2 крок. Виявити автоматичні думки і домогтися, щоб клієнт «чітко описав» їх вголос;

3 крок. Психолог уважно стежить за клієнтом і виявляє систематичні помилки, які робить його клієнт і які відповідальні за його психологічне порушення, що призводить до того, що людина втрачає здатність пристосовуватися до середовища, в якому живе.

Отже, автоматичні неадаптивні думки виявлені. Тепер психолог шукає відповідь на запитання: «Чи дійсно виявлені АД реальні і мають місце в житті клієнта і саме вони є «містком» між травматичною ситуацією і емоційною психопатологічною реакцією або ж ці АД – міфологеми?». З'ясовується це шляхом логічного аналізу, або порівнянням думок пацієнта з поведінковими фактами.

Важливо: Психолог не повинен нав'язувати знайдене «узагальнення» і інтерпретувати поведінку клієнта, він повинен тактовно перевіряти чи згоден з ним клієнт і як сам клієнт бачить свою проблему, а головне – щоб клієнт не боявся висловити свою незгоду і зміг самостійно дати точне формулювання.

Отже, під час консультації неадаптивна автоматична думка клієнта була виявлена і визначена як справжня. Тепер психолог повинен домогтися того, щоб клієнт рішуче відмовився від своєї неадаптивної автоматичної

думки. Були розроблені когнітивні техніки, які дозволять перевірити обґрунтованість цих думок і розробити когнітивне реконструювання.

Техніки перевірки обґрунтованості неадаптивної автоматичної думки, когнітивне реконструювання

Відмова від неадаптивної автоматичної думки може відбутися тільки в тому випадку, коли людина буде дійсно переконана в тому, що думка «дурна» і чітко усвідомлювати, що вона невірна. Спочатку людина ніби дисоціюється від своєї думки, вигукнувши подумки: «Боже, невже я настільки дурна, що стільки років жила з цим?», А потім повністю відмовляється від неї. Для того, щоб людина змогла відмовитися від АД через які страждала, психолог користується когнітивними техніками, які підбираються індивідуально для кожного клієнта.

Варіанти технік:

Техніка 1. Перевірка обґрунтованості неадаптивної автоматичної думки шляхом декатастрофізації.

Перевірку на обґрунтованість АД можна провести наступним чином: переглянути можливі наслідки і відповісти на питання: «Чи настільки дійсно катастрофічними будуть наслідки?». Подібну техніку ще називають технікою

«А що буде, якщо...». Іншими словами, необхідно ставити питання таким чином, щоб людина відчула «нікчемність» своєї думки і зрозуміла, що дарма страждала.

Техніка 2. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД шляхом втілення її в реальність.

Мета техніки полягає в наступному: спонукати клієнта домагатися спочатку незначних «перемог», а потім поступово переходити до більш значущих. Наприклад, жінка знаходиться в депресії і страждає від того, що нічого не може робити, що вона така непристосована, її неадаптивна АД: «Я нічого не можу». Психолог задає їй домашнє завдання: «Помити підлогу», після його виконання наступне: «Приготувати сніданок» і так підвищуючи

складність завдання довести клієнтку до повної впевненості, що вона все це може робити.

Техніка 3. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД шляхом порівняння.

Досить часто людина порівнюючи свої досягнення в житті з досягненнями інших людей впадає в депресію від того, що вона нічого не досягла, що її життя марне і вона «повний нуль». Психолог повинен навести ряд прикладів, коли люди, нічого не досягнувши у професії були цілком щасливі, наприклад, в сімейному житті.

Техніка 4. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД шляхом записування подій.

Суть даної техніки полягає в тому, щоб клієнт протягом дня уважно спостерігав і записував те, що скаже психолог. Наприклад, у жінки на консультації була виявлена неадаптивная АД: «Я погана мати, я не можу впоратися з дітьми», психолог дає домашнє завдання: «Ставити «плюси» в тому випадку, коли її слухаються діти і «мінуси», коли ігнорують» .

Техніка 5. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД методом уяви.

Психолог спонукає клієнта уявити то що він (клієнт), на його власну думку, «ніяк не може зробити» і спробувати зробити це подумки.

Техніка 6. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД методом 3-х колонок.

Психолог дає домашнє завдання клієнту: «Розділити лист на три колонки. У лівому стовпчику описати дану ситуацію, в середньому – записувати негативні думки, а в правому – свої «коректівні» думки». Таким чином людина, щоб сформулювати свої негативні АД і «викласти» їх на папір буде займатися їх дослідженням, що в кінцевому підсумку приведе до формування адаптивних думок.

Техніка 7. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД перевизначенням.

Дана техніка дозволить поглянути на проблему під іншим «кутом» і знайти більш адаптивне пояснення того, що відбувається. Наприклад, у клієнта була виявлена неадаптивна АД: «Мені ніхто не приділяє увагу», а техніка перевизначення дозволить переформулювати цю ідею в більш позитивну: «Мені хочеться, щоб про мене піклувалися, я потребую допомоги».

Техніка 8. Перевірка обґрунтованості неадаптивної АД децентрації.

Ця техніка особливо ефективна при лікуванні тривожних клієнтів, які впевнені, що вони постійно перебувають в центрі уваги. Неадаптивна АД у таких людей приблизно наступна: «На мене всі дивляться і сміються з мене». Такі люди не можуть виступати перед аудиторією, відповідати на уроках, іспитах і взагалі говорити в приміщенні де багато людей. Психолог своєму тривожному клієнту дає домашнє завдання: «Поспостерігати за людьми, коли він буде говорити, і постаратися абсолютно не думати про свої емоції». Клієнт спостерігав за оточуючими його людьми протягом деякого часу і перестав вірити своїй неадаптивній АД.

3.3 Аналіз отриманих результатів

При конструюванні формувальних впливів ми спиралися на результати констатувального дослідження, і в першу чергу на показники тривожності та психоемоційного напруження.

Для реалізації експериментальної процедури застосовано план для однієї групи із попереднім і підсумковим тестуванням, тобто план «претест – вплив – посттест».

Для реалізації експериментальної процедури була сформована експериментальна група досліджуваних, до якої увійшли 52 жінки дорослого віку з проявами або встановленим діагнозом обсесивно-компульсивного розладу.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики: критерія Колмагорова-Смірнова, t-критерій Стьюдента.

Формувальний експеримент призвів до покращення характеристик, що відображають психоемоційний стан досліджуваних.

Для виявлення змін ступеня вираженості обсесивно-компульсивного розладу була повторно використана Шкала Єля-Брауна (англ. Yele - Braun obsessive - compulsive scale). За результатами розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за шкалою Єля-Брауна виявлено нормальний розподіл даних.

Результати дослідження за методикою представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Порівняльний аналіз вираженості обсесивно-компульсивного розладу у жінок при початковому та заключному зрізі

Показник	**Група 1 початковий зріз**	**Група 1 заключний зріз**	**t-критерій Стьюдента**
Вираженість обсесивно-компульсивного розладу	27±4,2	18±1,2	2,06*

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Результати заключного зрізу показали, що вираженість обсесивно-компульсивного розладу у експериментальній групі знизилась.

У більшості жінок, у яких встановлений діагноз ОКР (68%) вираженість розладу знизилась з сильної до середньої. Загалом вираженість обсесивно-компульсивного розладу у групі досліджуваних складає 18±1,2 бали.

Виявлено статистично значимі відмінності між початковим та заключним зрізом на рівні $p<0,05$.

Було зроблено висновок про те, що психокорекційна програма мала сприятливий вплив на зменшення проявів обсесивно-компульсивного розладу у жінок дорослого віку.

Для виявлення змін нервово-психічної напруги був повторно використаний опитувальник Т.А. Немчина. За результатами розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за шкалою нервово-психічної напруги виявлено нормальний розподіл даних.

Результати дослідження за методикою представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Порівняльний аналіз рівнів нервово-психічної напруги у жінок з обсесивно-компульсивним розладом при початковому та заключному зрізі

Показник	Група 1 початковий зріз	Група 1 заключний зріз	t-критерій Стьюдента
Рівень нервово-психічної напруги	76±5,3	59±2,5	2,9**

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Результати заключного зрізу показали, що рівень нервово-психічної напруги у 93% досліджуваних знизився до помірного (59±2,5). Виявлено статистично значимі відмінності на між початковим і заключним зрізом на рівні $p<0,01$.

Було зроблено висновок про те, що психокорекційна програма сприяла зниженню нервово-психічної напруги у жінок дорослого віку.

Для визначення змін у механізмах психологічного захисту у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом був повторно застосований тест Плутчика-Келлермана-Конте «Індекс життєвого стилю». За результатами розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за всіма шкалами методики «Індекс життєвого стилю» виявлено нормальний розподіл даних.

Результати дослідження за методикою «Індекс життєвого стилю» представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Порівняльний аналіз механізмів психологічного захисту у жінок з обсесивно-компульсивним розладом при початковому та заключному зрізі

Механізм психологічного захисту	Група 1 початковий зріз	Група 1 заключний зріз	t-критерій Стьюдента
Заперечення	42,9±3,3	40,3±1,5	0,72
Витіснення	16,5±6,3	15,1±0,8	0,22
Регресія	66±2,8	29±2,4	20.3**
Компенсація	19,8±5,2	16,4±3,8	0,53
Проекція	33±3,3	18±2,5	3.62**
Заміщення	23,1±2,7	20,4±1,8	0,83
Інтелектуалізація	82,5±9,5	60,1±4,3	2,15*
Реактивне утворення	39,6±1,8	35±2,2	1.62
СНЗ	40,4	29,3	

Умовні позначення: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; СНЗ – ступінь напруження захистів

При заключному зрізі за методикою «Індекс життєвого стилю» виявлено статистично значиме зниження вираженості механізмів регресії до 29±2,4, проекції до 18±2,5 та іетелектуалізації до 60,1±4,3.

Було зроблено висновок про те, що у жінок з обсесивно-компульсивним розладом після проведення психокорекційної програми зменшилась схильність до повернення в стані стресу до ранніх або до більш незрілих паттернів поводження й задоволення, до несвідомого відбиття власних емоційно неприйнятних думок, властивостей або бажань і приписування їх іншим людям, до знаходження правдоподібних причин для виправдання дій, викликаних подавленими, неприйнятними почуттями.

Таким чином, психокорекційна програма сприяла зменшенню ступеню напруженості механізмів психологічного захисту.

Проаналізовано зміну рівня тривоги та депресії жінок з обсесивно-компульсивним розладом за допомогою повторного застосування «Госпітальної шкали тривоги і депресії». За результатами розрахунку критерія Колмогорова-Смірнова за шкалою тривоги і за шкалою депресії виявлено нормальний розподіл даних.

У таблиці 3.4. представлені отримані результати за даною методикою та представлений статистичний аналіз отриманих результатів.

Таблиця 3.4 – Порівняльний аналіз рівнів тривоги і депресії у жінок з обсесивно-компульсивним розладом при початковому і заключному зрізі

Шкала	Група 1 початковий зріз	Група 1 заключний зріз	t-критерій Стьюдента
Тривога	13,7±1,5	10,1±0,8	2,12*
Депресія	7,3±0,6	5,5±0,7	1,95

Умовні позначення: * - p<0,05; ** - p<0,01

Отже, з таблиці 3.4. видно, що в групі жінок з обсесивно-компульсивним розладом при заключному зрізі виявлено статистично значиме зниження рівня тривоги до 10,1±0,8 (p<0,05).

Зробимо висновок, що психокорекційна програма сприяла суттєвому зниженнюрівня тривоги у жінок з обсесивно-компульсивним розладом.

Аналізуючи результати повторного обстеження за методикою FPI, можна зробити висновок, що у жінок з основної групи знизились показники за такими шкалами, як сором'язливість (на 43,2%), депресивність (на 33%), емоційна лабільність (на 28%). За іншими шкалами показники також дещо покращились (рис. 3.1.).

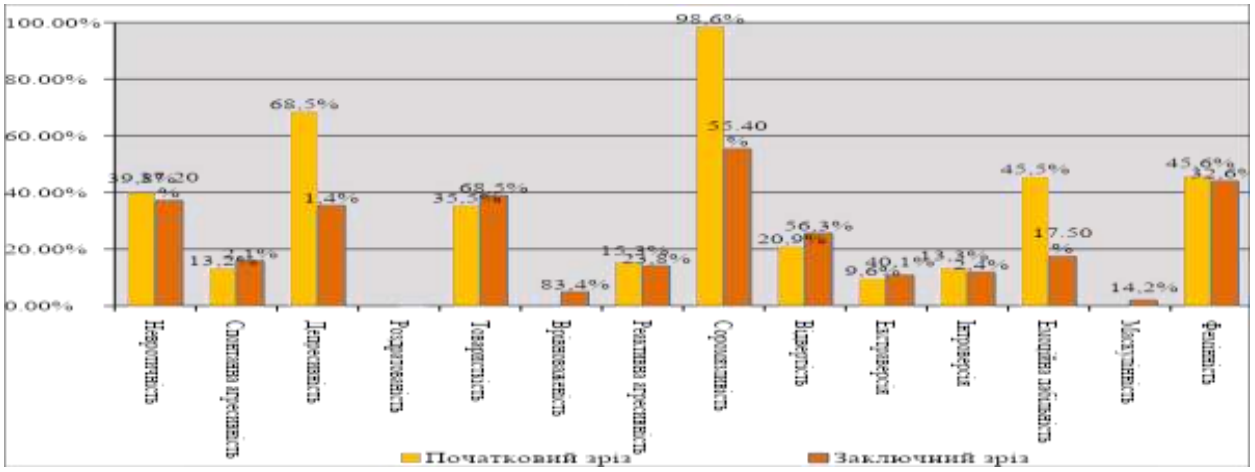


Рисунок 3.1 – Порівняльний аналіз особистісних особливостей жінок з обсесивно-компульсивним розладом при початковому та заключному зрізі

Було зроблено загальний висновок про те, що психокорекційна програма сприяла зниженюю нервово-психологічної напруги, зменшенню напруженості механізмів психологічного захисту, зменшенню рівня тривожності та загальному зниженню проявів обсесивно-компульсивного розладу.

Висновок до розділу 3

Було розроблено та апробовано психокорекційну програму для корекції проявів обсесивно-компульсивного розладу за допомогою технік когнітивно-поведінкової психотерапії. Курс включає як психокорекційні заняття, так і домашні завдання. Психокорекційні заняття базуються на методиці Джеффрі Шварца та вправах когнітивно-поведінкового напрямку.

Метою психокорекційної програми було закріплення знань і відпрацювання практичних умінь та навичок подолання навязливих думок та ритуалів, розвиток навичок стійкості до обсесій та компульсій з метою подолання обсесивно-компульсивного розладу, а також пропрацювання отриманих умінь за допомогою домашніх завдань.

Програма тренінгу включала наступні блоки: мотиваційний блок, який передбачав розвиток позитивного ставлення досліджуваних до роботи з нав’язливими думками та ритуалами; особистісно-рефлексивний блок, що включав техніки спрямовані на розвиток навичок самопізнання, самоаналізу та самоконтролю, розвиток навичок зняття психоемоційного напруження, формування психологічної стійкості до обсесій та компульсій.

В рамках психокорекційних занять застосовувалися праці А.Бандури, А.Бека, Д.Вольпе, А.Елліса, Д.Роттера, А.Сальтера, Б.Скіннера, Дж.Уотсона, К.Халла.

При конструюванні формувальних впливів ми спиралися на результати констатувального дослідження, і в першу чергу на показники тривожності та психоемоційного напруження.

Для реалізації експериментальної процедури застосовано план для однієї групи із попереднім і підсумковим тестуванням, тобто план «претест – вплив – посттест».

Для реалізації експериментальної процедури була сформована експериментальна група досліджуваних, до якої увійшли 52 жінки дорослого віку з проявами або встановленим діагнозом обсесивно-компульсивного розладу.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики.

Результативність впровадженої психокорекційної програми доведена динамікою як кількісних, так і якісних показників досліджуваних.

Було зроблено загальний висновок про те, що психокорекційна програма сприяла зниженюю нервово-психологічної напруги, зменшенню напруженості механізмів психологічного захисту, зменшенню рівня тривожності та загальному зниженню проявів обсесивно-компульсивного розладу, тож може застосовуватись у роботі з жінками з обсесивно-компульсивним розладом.

ВИСНОВКИ

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним з найбільш поширених розладів сьогодення. ОКР характеризується настирливими думками (обсесіями) або настирливими діями (компульсіями), а найчастіше їх поєднанням. Медико-соціальні наслідки обсесивно-компульсивного розладу включають хронічний перебіг, виразність соціального дистресу, зниження працездатності та якості життя.

Основними ознаками розладу є тяжкі стереотипні, нав'язливі (обсесивні) думки, образи чи потяги, що сприймаються як безглузді, які в стереотипній формі знову і знову приходять на розум і викликають безуспішну спробу опору. Компульсивні дії або ритуали представляють собою повторювані знову і знову стереотипні вчинки, сенс яких полягає в запобіганні будь-яких об'єктивно малоймовірних подій. Обсесії і компульсії частіше переживаються як чужорідні, абсурдні та ірраціональні.

Можна виділити 3 основні групи етіологічних факторів обсесивно-компульсивного розладу: біологічні, генетичні, психологічні.

Психологічні механізми розвитку нав'язливих станів і в тому числі нав'язливого мислення по-різному описуються різними авторами. Психологи пояснюють виникнення обсесивно-компульсивного розладу як невроз нав'язливих станів, як патологічну інертність збудження у головному мозку, як акцентуацію особистості по ананкастному типу та ін.

Серед соціальних факторів обсесивно-компульсивного розладу виділяють суворе релігійне виховання, неадекватну відповідь на специфічні ситуації.

Обсесивно-компульсивні прояви частіше зустрічаються серед жінок і можуть загострюватись у зрілому віці. Визначальною ознакою зрілості є усвідомлення людиною відповідальності та прагнення до неї. У сучасному суспільстві, рисами якого є прискорення темпів науково-технічного прогресу і постійне суперництво, у жінок поступово починає розвиватися так

званий синдром над-жінки. Жінка намагається стати одночасно хорошою дружиною, матір'ю і професіоналом, а в більшості випадків і хорошою дочкою старіючих батьків. Це все спричинює підвищення рівня тривоги, появу або загострення обсесивно-компульсивних рис.

Проведено дослідження, метою якого було вивчення психологічних особливостей жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом.

Зроблено висновок про те, що значна частина жінок, у яких встановлений діагноз ОКР, виявила сильний ступінь вираженості обсесивно-компульсивних порушень, що вказує на постійні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і можуть в результаті приводити до соціально-психологічної дезадаптації.

Виявлено, що обсесивно-компульсивний розлад у жінок середнього дорослого віку супроводжується надмірною нервово-психічною напругою.

Досліджено, що у жінок дорослого віку з обсесивно-компульсивним розладом домінують як примітивні, так і більш досконалі механізми психологічного захисту, провідними серед яких є інтелектуалізація та регресія. Жінки з обсесивно-компульсивним розладом схильні до спотворення реальності. Дана категорія жінок прагне контролювати свої емоції та імпульси на основі раціональної інтерпретації ситуації, але підсвідомо обирає легковажні, дитячі моделі поведінки.

Відзначено, що жінки з обсесивно-компульсивним розладом мають клінічно виражену тривогу та субклінічно виражену депресію.

Виявлено, що жінкам з обсесивно-компульсивним розладом притаманні: тривожність; скованість та невпевненість внаслідок чого є труднощі в соціальних контактах; загальмованість; порушення концентрації уваги; нав'язливі спогади; порушення сну; прагнення уникати психотравмуючих ситуацій.

Було розроблено та апробовано психокорекційну програму для корекції проявів обсесивно-компульсивного розладу за допомогою технік

когнітивно-поведінкової психотерапії. Курс включає як психокорекційні заняття, так і домашні завдання. Психокорекційні заняття базуються на методиці Джеффрі Шварца.

Метою психокорекційної програми було закріплення знань і відпрацювання практичних умінь та навичок подолання навязливих думок та ритуалів, розвиток навичок стійкості до обсесій та компульсій з метою подолання обсесивно-компульсивного розладу, а також пропрацювання отриманих умінь за допомогою домашніх завдань.

Програма тренінгу включала наступні блоки: мотиваційний блок, який передбачав розвиток позитивного ставлення досліджуваних до роботи з нав’язливими думками та ритуалами; особистісно-рефлексивний блок, що включав техніки спрямовані на розвиток навичок самопізнання, самоаналізу та самоконтролю, розвиток навичок зняття психоемоційного напруження, формування психологічної стійкості до обсесій та компульсій.

Було зроблено загальний висновок про те, що психокорекційна програма сприяла зниженюю нервово-психологічної напруги, зменшенню напруженості механізмів психологічного захисту, зменшенню рівня тривожності та загальному зниженню проявів обсесивно-компульсивного розладу, тож може застосовуватись у роботі з жінками з обсесивно-компульсивним розладом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бек, Дж. Когнітивно-поведінкова терапія: від основ до просунутих технік. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля. 2018. 326 с.

2. Варій М. Й. Психологія особистості : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.

3. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. 2015. № 23. С. 5-11.

4. Животовська Л. В., Скрипнікова А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1, т. 1. С. 32-35.

5. Коваль І. А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загально медичній практиці. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 27. С. 210-219.

6. Коростій В. І., Кожина Г. М. Можливості досягнення стійкої ремісії при лікуванні тривожно-депресивних розладів, коморбідних психосоматичним захворюванням. *Діагностика та лікування психічних розладів.* 2011. № 3 (68). С. 42-45.

7. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клінічний посібник / під ред. П. В. Волошина. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.

8. Кричун (Челядин) Ю. Я. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з обсесивно-компульсивним розладом (огляд літератури). *Психічне здоров'я*. 2013. № 4 (41). С. 25-31.

9. Кричун (Челядин) Ю. Я. Сучасні патогенетичні підходи до терапії обсесивно-компульсивного розладу. *Психічне здоров'я*. 2014. № 4 (45). С. 39-45.

10. Маквільямс Н. Психоаналітична діагностика. Розуміння структури особистості в клінічному процесі. Київ : Вид-во Ростислава Бурлаки, 2025, 672 с.

11. Максименко С. Д. Психологія особистості. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2015. 232 с.

12. Мироненко О. І., Долішня Н. І., Мироненко Д. О. Обсесивно-компульсивний розлад, синдром і особистість. *НейроNEWS*. 2012. № 2(37). С. 17-21.

13. Обсесивно-компульсивні переживання / за ред. Дж. Франчесетті, Е. Каллі-Рід. Київ : Вид-во Ростислава Бурлаки, 2025. 512 с.

14. Психологія особистості : навчальний посібник / за заг. ред. М. Заброцького. Житомир : Видавництво ЖДУ ім. І. Франка, 2006. 206 с.

15. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії обсесивно-компульсивного розладу. *НейроNews*. 2011. № 8 (35). С. 30-37.

16. Теорії особистості : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / укл. Р. Т. Сімко. Кам’янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. 128 с.

17. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах хронічного стресу. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2018. 489 с.

18. Франкль В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2016. 312 с.

19. Хаустова О. О. Гендерні особливості тривожних та обсесивно-компульсивних розладів у сучасній клінічній практиці. *Український медичний часопис*. 2018. № 3 (125). С. 45-51.

20. Чабан О. С., Хаустова О. О. Нейропсихіатрія: інтегративний підхід до тривожних розладів. Київ : Медкнига, 2019. 467 с.

21. Шебанова В. І. Феноменологія кризових станів жінок середнього дорослого віку. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2019. № 60. С. 112-128.

22. Ялом І. Екзистенційна психотерапія. Київ : Миронівська друкарня, 2020. 318 с.

23. Aardema, F., O'Connor. The menace within: obsessions and the self . *International Journal of Cognitive Therapy*. 2007. № 21. С. 182-197.

24. Abramowitz, Jonathan; et al, Steven; McKay, Dean. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 2009. № 9688. P. 491-499

25. Federici A., Summerfeldt L. J. Consistency between self-report and clinician-administered versions of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010. Vol. 24, №. 7. P. 29-33.

26. Fireman B., Koran L. M., Leventhal J. L., Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive–compulsive disorder in a large health maintenance organization. *The American journal of psychiatry*. 2001. Vol. 158, № 11. P. 1904-1910.

27. Martha Davis, Elizabeth Robbins Eshelman, Matthew McKay. The relaxation & stress reduction workbook. Oakland, USA : New Harbiner Publications Inc., 2008. 294 с.

28. Ozaki N., Goldman D., W. H. Kaye, K. Plotnicov, B. D. Greenberg, J. Lappalainen, G. Rudnick and D. L. Murphy Serotonin transporter missense mutation associated with a complex neuropsychiatric phenotype. *Molecular Psychiatry*. 2003. № 8. P. 933-936.

29. Rasmussen S. A. Genetic Studies of Obsessive Compulsive Disorder. *Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder* Chichester : John Wiley & Sons, 1994. P. 105-114.

30. Van Amerigen M., Mancini C. et al. Potential use of Internet-based screening for anxiety disorders: a pilot study. *Depression and Anxiety*. 2010. Vol. 27, № 11. P. 1006-1010.