

ВИНИКНЕННЯ КОНТРАСТНИХ ОБСЕСІЙ ЯК ПРОЯВ СТРЕСУ

THE EMERGENCE OF CONTRASTING OBSESSIONS AS A MANIFESTATION OF STRESS

У статті досліджується особливості виникнення контрастних obsесій у неклінічних випадках як відповідь психіки на стрес за допомогою теоретико-методологічного аналізу. Розглядаються теоретичні роботи вчених, які досліджували даний феномен у різних напрямках. Окреслюються основні діагностичні критерії за МКХ-10 та клінічні ознаки нав'язливих думок. Особлива увага приділяється типології контрастних obsесій за темами прояву (класифікація А. Бартолетті). Наголошується, що наявність контрастних obsесій може зустрічатися у повсякденному житті без компульсій. Причинами цього явища найчастіше буває стрес, де нав'язливі думки виступають в ролі деструктивного виходу напруження. Показані результати дослідження респондентів у період ранньої зрілості (18-25 років) за допомогою анонімного опитування в Google Form. Участь брали 30 респондентів віком від 19 до 25 років. Для виміру показників були обрані такі методики, як тест «Клінічний опитувальник невротичних станів» (шкала obsесивно-фобічних порушень), тест «Шкала психологічного стресу, PSM-25», «Інтегративний тест тривожності» (фобічний компонент) та «Intrusive Thoughts Test» (Elaine Ryan) (адаптація). За методикою «Клінічний опитувальник невротичних станів» (представлена шкала obsесивно-фобічних порушень), у 53 % респондентів показники шкали знаходяться в зоні розладу, що свідчить про вираженість obsесій та фобій. За результатами методики «Інтегративний тест тривожності» (представлений фобічний компонент) високий рівень фобічного компоненту ситуативно та особистісно спостерігається у 63 % досліджуваних. Дані по методиці «Шкала психологічного стресу, PSM-25» засвідчують, що 43 % респондентів стикаються з високим рівнем стресу, що акцентує стан дезадаптації та психічного дискомфорту, нервово-психічної напруженості, психологічного навантаження. За методикою «Intrusive Thoughts Test», яка направлена на визначення прояву контрастних нав'язливих думок без компульсій, 70 % опитуваних мають значний прояв нав'язливостей, а саме наявність контрастних obsесій стосовно різних тем у формі нав'язливих образів, думок, спонукань, сумнівів. Отримані результати дозволили з'ясувати наявність взаємозв'язку між рівнем стресу та проявом нав'язливих думок табуїзованого характеру. Для цього був використаний коефіцієнт кореляції Пірсона, що склав: вплив рівня психологічного стресу на виникнення контрастних нав'язливих думок $r=0.553$ (позитивна кореляція середньої значущості); прояви табуїзованих думок та obsесивно-фобічні порушення через стрес та тривожність позитивно середньо корелюють ($r=0.551$). В статті сформувані висновки на основі теоретичного аналізу та дослідження, висунуті перспективи подальших досліджень.

Ключові слова: контрастні obsесії, obsесії, нав'язливі думки, стрес, психіка, взаємозв'язок, критерії, прояв.

The article examines the peculiarities of the emergence of contrast obsessions in non-clinical cases as a mental response to stress with the help of theoretical and methodological analysis. The theoretical works of the scientists who investigated this phenomenon in different directions are considered. The basic diagnostic criteria of ICD-10 and clinical signs of obsessive thoughts are defined. Special attention is given to the typology of contrast obsessions according to the themes of their manifestation (classification by A. Bartoletti). It is noted that the presence of contrast obsessions can occur in everyday life without compulsions. The reasons for this phenomenon are often stress, where intrusive thoughts act as a destructive outlet of tension. The results are shown of a study of respondents in early adulthood (18-25 years old) using an anonymous Google Form survey. Thirty respondents between the ages of 19 and 25 took part. To measure the indicators were chosen such methods as the «Clinical questionnaire of neurotic states» (obsessive-phobic disorders scale), «Psychological Stress Scale, PSM-25», «Integrative Anxiety Test» (phobic component) and Intrusive Thoughts Test (Elaine Ryan) (adaptation). According to the «Clinical questionnaire of neurotic states» (the scale of obsessive-phobic disorders is presented), in 53% of respondents the indicators of the scale are in the zone of disorder, that testifies to the expression of obsessions and phobias. According to the results of the method «Integrative Anxiety Test» (presented phobic component) high level of phobic component situationally and personally is observed in 63% of the studied. Data on the method «Psychological Stress Scale, PSM-25» indicate that 43% of respondents face a high level of stress, which emphasizes the state of disadaptation and mental discomfort, neuropsychological tension, psychological strain. According to the Intrusive Thoughts Test method, which aims to determine the manifestation of contrasting obsessive thoughts without compulsions, 70% of the interviewees have a significant manifestation of obsessions, such as the presence of contrasting obsessions regarding various topics in the form of obsessive images, opinions, urges, doubts. The obtained results allowed to find out the relationship between the level of stress and the manifestation of obsessive thoughts of a taboo character. For this purpose Pearson correlation coefficient was used: influence of psychological stress level on occurrence of contrast intrusive thoughts is $r=0.553$ (positive correlation of medium significance); manifestations of taboo thoughts and obsessive-phobic disorders due to stress and anxiety are positively medium correlated ($r=0.551$). The article formed conclusions based on theoretical analysis and research, outlined the prospects for further research.

Key words: contrasting obsessions, obsessions, stress, psyche, relationship, criteria, manifestation.

УДК 159.9
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.20>

Клюшніченко О.Д.
студентка 4 курсу спеціальності 053.
Психологія
Кременчуцький національний
університет імені Михайла
Остроградського

Білоус Р.М.
к.психол.н.,
доцент кафедри психології, педагогіки
та філософії
Кременчуцький національний
університет імені Михайла
Остроградського

Постановка проблеми. Сучасний світ характеризується динамічним інформаційним полем; політичні, соціально-економічні кризи та конфлікти негативно впливають на фізичне та психологічне здоров'я, самопочуття особистості. Наслідками цього впливу зазвичай є стрес і тривога, з якими людина не завжди може раціонально впоратися. Одним із ірраціональних засобів подолання перенапруження є виникнення нав'язливих думок, зокрема контрастних obsesій. Наразі в Україні зростає частота прояву контрастних obsesій у неклінічних випадках через війну та її наслідки, загальносоціальну світову кризу, але відсутність достатньої інформації про прояви, поняття, типологію цього феномену, його взаємозв'язок із рівнем стресу та значущий вплив нав'язливих думок на психологічне здоров'я особистості актуалізують вибір даної теми статті.

Мета статті – дослідити поняття та прояв контрастних obsesій у неклінічних випадках, встановити наявність взаємозв'язку між рівнем стресу та проявом нав'язливих думок табуйованого характеру.

Викладення основного матеріалу. Згідно з п'ятим виданням Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) obsesіями є постійно повторювані думки (можуть проявлятися у вигляді спонукання або візуальних образів), які людина вважає небажаними. Вони виникають під час переживання, стресу, у більшості випадків викликають виражену тривогу, дискомфорт, емоційні переживання, посилення стресу. До нав'язливих думок можна віднести страх зараження інфекцією або невиліковною хворобою, думки агресивного, сексуального, релігійного характеру, переживання щодо небезпечності по відношенню до інших, табуйовані думки.

Ф. Платер у 1614 р. у своїй праці «Observationes» уперше описав клінічну картину контрастних нав'язливостей агресивного та релігійного змісту. В. Грізінгер та К. Вестфаль вважали, що в основі даних феноменів лежить розлад мислення, але він не розповсюджується на інші аспекти свідомості та поведінки. Термін «нав'язливість» увів у 1871 р. К. Вестфаль, описавши основні особливості нав'язливих станів. Поступово поняття характеризували різними термінами – нерухомі ідеї, що закріпилися; одержимість; усвідомлювані потяги; наказові ідеї тощо.

У 1867 р. Р. Крафт-Ебінг запропонував свій термін «насилницькі уявлення, ідеї, вчинки» [2, ст. 599]. К. Вестфаль уперше визначив поняття нав'язливих уявлень: ті, які виявляються у змісті свідомості людини, яка страждає ними, проти і всупереч її бажанню, при незачепленому в інших аспектах інтелекті і не будучи обумовленими особливим емоційним або афективним станом; їх не вдається усу-

нути; людина з постійністю визнає їх за нездорові, чужі думки, і протистоїть у своїй здоровій свідомості; їх зміст може бути дуже складним, часто безглуздим, без очевидного співвідношення з попередніми змістами свідомості тощо [2, ст. 600].

Б. Морель висловив думку, що нав'язливі ідеї розвиваються у взаємозв'язку із емоційними процесами. Аналізуючи розвиток нав'язливих станів у формі ідей, фобій, потягів, було визнано, що вони виникають у осіб, які виявляють певною мірою ураження емоційної області (наприклад, неврастеніки, психастеніки, циклотиміки). Тобто для їх виникнення та розвитку необхідна певна основа, пов'язана з ураженням емоційної сфери. Саме тому емоцію вважають постійним та незмінним елементом obsesій [2, ст. 619].

Е. Крепелін у 1912 р. запропонував власну класифікацію проявів obsesій: 1) нав'язливі уявлення (нав'язливе мудрування, безцільні питання, нав'язливий рахунок, уявлення неприємного змісту, хульні думки (контрастні); 2) нав'язливі фобії (симбантофобія або фобія очікування нещастя, фобії, зумовлені почуттям відповідальності, нав'язливі спогади, гомілофобії або фобії спілкування). С. Рахман називав obsesіями повторювані нав'язливі думки або образи, часто неприйнятні та суперечливі, важко контрольовані, які переривають поточний розумовий процес та визначаються внутрішніми факторами [8].

В. Осипов та С. Суханов виділяли такі особливості прояву нав'язливостей: виникають мимоволі; не є ознакою проблем із свідомістю; не мають відношення до звичного змісту думок людини; часто супроводжуються депресивними відчуттями, тривоگوю, стресом; для позбавлення недостатньо сили волі; впливають на продуктивність та працездатність мислення, але не відображаються на інтелекті, логічності та мисленні в цілому; людина критично ставиться до нав'язливостей [3].

Дж. Абрамовіц розподілив obsesії на чотири основні специфічні напрямки: а) obsesії забруднення або зараження; б) obsesії симетрії або порядку; в) obsesії сумніву; г) неприйнятні або контрастні (табуйовані). За Г. Доронном, трансформація думок у нав'язливі визначається ступенем виклику основним уявленням людини про себе; певні думки або життєві ситуації, які зачіпають чутливі області «Я» (наприклад, аморальні думки), негативно впливають на самооцінку, активізують ірраціональні спроби виправлення недоліків, яких насправді немає. Г. Моулдінг, Д. Дербі у 2014 р. виявили, що найчастіше нав'язливі думки стосуються таких тем, як моральні якості, світоглядні переконання, досягнення на роботі, сексуальна та романтична сфера, релігія, взаємовідносини з іншими.

Клінічні прояви obsesій різноманітні: вони можуть набувати форми нав'язливих образів, думок, страхів, бажань або спонукань. За своїм проявом нав'язливості поділяються на: образні obsesії, до яких відносяться нав'язливі сумніви, побоювання, уявлення, потяги, та контрастні думки – це obsesії та сумніви правильності або завершеності якоїсь дії та думки, ідеї або образи, які суперечать світогляду, моральним принципам та етичним установкам людини; абстрактні obsesії, до яких входять: безплідне мудрування – міркування без конкретних ідей та цілеспрямованості мислення (від резонансу відрізняється критичним ставленням до цього явища) та нав'язливі спогади – obsesії, при яких людина постійно відтворює у пам'яті незначні минулі події [8]. Р. Шавітт до клінічних проявів obsesій також відносила схильність перебільшувати почуття власної відповідальності за майбутні події та наслідки невдач, перфекціонізм, низьку толерантність до невизначеності, переоцінку важливості думок, переконання у можливості та необхідності постійно контролювати мислення.

Діагностичні критерії obsesій визначаються за МКБ-10: obsesії з'являються в більшості днів мінімум два тижні; obsesії (думки, ідеї або образи) включають в себе такі ознаки: сприймаються людиною як реально виникаючі у власному розумі; постійно повторюються та викликають неприємні відчуття або дискомфорт; як мінімум, одна obsesія повинна сприйматися як надмірна чи безглузда; людина намагається протистояти їм, але якщо вони існують довгий час, то опір може зменшуватися; obsesії викликають стрес, можуть заважати соціальній, трудовій, індивідуальній діяльності.

Прояв лише нав'язливих думок не означає наявності obsесивно-компульсивного розладу (якщо немає прояву компульсій) або інших хвороб. За дослідженнями Р. Сілва, 84 % респондентів у неклінічній вибірці стикалися з obsесіями. Д. Кларк також проводив подібні дослідження, де встановив, що майже 80-90 % людей періодично мають контрастні нав'язливості, тобто це нормальний психологічний процес, притаманний будь-кому [6].

Особливим видом obsесій є нав'язливі думки контрастного змісту – думки, що конфліктують зі стійкими моральними, духовними цінностями та особистісними переконаннями людини, її світоглядом: табувані думки, бажання та образи, мимовільні імпульси, які суперечать принципам людини.

А. Бартолетті виділяє такі типи контрастних нав'язливостей: 1) нав'язливі страхи убити або завдати каліцтва іншим колючими, ріжучими або тупими предметами, утопити або задушити; фобії самогубства, інфантициду або агресії по відношенню до дітей; 2) образи неприйнятної сексуальної активності з іншими

людьми, родичами, незнайомцями; страх втратити контроль поведінки, фіксування погляду на інтимних частинах тіла; 3) патологічний сумнів, що впадіння людини в сексуальному плані зміняться або вже насильно та мимоволі змінилися; головна характеристика: відсутність подібних думок у минулому; 4) релігійні думки – найчастіше виражаються як страх бути одержимим демонами або богохульними obsесіями; людина свідомо або несвідомо буде уникати будь-яких символів сатани; 5) нав'язливі думки про психічні хвороби та втрату здорового глузду; може поєднуватися з іпохондрією – нав'язливим страхом хвороб. Найбільш частими є думки про такі хвороби, як шизофренія, біполярний розлад та межовий розлад особистості. Obsесії цього підтипу часто проявляються у формі сумнівів, румінацій, обговорень з іншими, ефект яких може викликати дереалізацію та деперсоналізацію – переживання нереальності оточуючого світу та самого себе; 6) екзистенційні obsесії (Д. Кларк) пов'язані з питаннями життя та смерті, але викликаючи значний дискомфорт, який розвивається з моменту появи образу або думки в свідомості; 7) травматичні obsесії на основі спогадів – це мимовільні неприємні спогади у свідомості після травматичної події, яку людина безпосередньо пережила або була свідком (смерть або смертельна загроза, травма, насилля); можуть набувати форми флешбеків у вигляді запахів, відчуттів, картинок, звуків [1].

Головною особливістю будь-яких контрастних obsесій можна вважати те, що чим більше людина намагається не думати про них, відволіктися або замінити їх іншими думками, фразами або образами, тим частіше ці думки виникають у свідомості, викликають тривогу та посилюють стрес. Чим довше певна думка обмірковується, тим більша емоційна реакція на неї, її «застрягання» у свідомості. Зазвичай це негативно забарвлені уявлення, які з'являються у свідомості в той час, коли вона заповнена іншими змістами. Так утворюється замкнуте коло: виникають думки негативного характеру, емоційна реакція на них посилюється, а рух мисленнєвого процесу знову й знову повертається до них. Людина не може просто звільнитися від них, через певний час вони зникають самі собою, і чим менше людина бореться з цими думками, тим швидше може позбутися. Такі феномени часто зустрічаються у психічно здорових людей у стані сильної втоми, стресу, різких життєвих змін та психічного перенапруження [2, ст. 595-597].

Так, стрес як стан психічної напруги, виникаючий у процесі діяльності в найбільш складних і важких умовах, може викликати прояв контрастних нав'язливих думок у здорових людей у певний період життя. Не обов'язково obsесії повинні бути пов'язані з тим, що відбувається

в реальному житті або з чинником стресу. Психіка може застрягнути на будь-якій мимовільній думці, особливо якщо вона негативно забарвлена або протистоїть головним принципам. В цьому випадку обсесії – це симптом стресу, деструктивний вихід перенапруження, фрустрації, агресії, виникаючих паралельно з певними подіями, з якими людина наразі не в змоззі впоратися.

Викладене вище дозволило визначити методики для з'ясування впливу стресу на прояв контрастних нав'язливих думок: тест «Клінічний опитувальник невротичних станів» (шкала обсесивно-фобічних порушень), тест «Шкала психологічного стресу, PSM-25», «Інтегративний тест тривожності» (фобічний компонент) та «Intrusive Thoughts Test» (Elaine Ryan) (адаптація). Емпіричне дослідження проводилось онлайн шляхом анонімного анкетування за згодою респондентів за допомогою Google Form; загалом 30 досліджуваних, віком від 19 до 25 років.

За методикою «Клінічний опитувальник невротичних станів» було встановлено: у 20 % досліджуваних обсесивно-фобічні прояви знаходяться у зоні здоров'я; 27 % респондентів проявляють деякі обсесивні та фобічні прояви; у 53 % респондентів показники шкали знаходяться в зоні розладу, що свідчить про вираженість обсесій та фобій, педантичності, загостреної чутливості, ретельного обмірковування своїх кроків, думок, при цьому людині важко приймати рішення, діяти; вона застрягає у сумнівах та самоперевірках через нав'язливі думки та страхи, характерна деяка інертність психічних процесів. Зазвичай супроводжується вегетативними, емоційними порушеннями, а причинами можуть бути специфічні розлади (якщо додаються поведінкові або ментальні ритуали) або стресові події. Отримані результати методики «Інтегративний тест тривожності» засвідчують, що при ситуативній тривожності фобічний компонент знаходиться на низькому рівні у 20 % респондентів; у особистісній – у 13 % досліджуваних. На нормальному рівні ситуативний фобічний компонент у 17 % опитаних, особистісний – у 24 %. Поряд із цим високий рівень ситуативно та особистісно спостерігається у 63 % досліджуваних. Фобічний компонент на високому рівні вказує на відчуття незрозумілої загрози, невпевненості у собі, власній марності; людина не завжди може сформулювати джерело своїх тривог, часто апелює до «хронічних» страхів та нав'язливих думок, інтенсивність яких періодично зростає залежно від внутрішнього стану або загострення зовнішньої ситуації.

За методикою PSM-25 встановлено, що 20 % респондентів мають низький рівень стресу, у 37 % досліджуваних – середній рівень у межах норми, а у 43 % – високий рівень стресу, що акцентує стан дезадаптації

та психічного дискомфорту, нервово-психічної напруженості, психологічного навантаження. Результати за методикою «Intrusive Thoughts Test» розподілилися таким чином: 13 % опитаних не проявляють контрастних нав'язливих думок, 17 % – незначний прояв табуйованих обсесій, а 70 % респондентів демонструють значний прояв цих нав'язливостей, що означає наявність контрастних обсесій стосовно різних тем у формі нав'язливих образів, думок, спонукань, сумнівів, без наявності компульсій. У 57 % досліджуваних із цих 70 % було виявлено високий рівень фобічного компоненту, обсесивно-фобічних порушень та психологічного стресу. Отже, причинами може бути високий рівень стресу та тривожності, зумовлений геополітичною ситуацією, війною в країні, її впливом на психіку, а також соціальними, міжособистісними та особистими ситуаціями й проблемами в житті людини. Коефіцієнт кореляції Пірсона щодо з'ясування впливу рівня психологічного стресу на виникнення контрастних нав'язливих думок $r=0.553$, що вказує на позитивну кореляцію середньої значущості; прояви табуйованих думок та обсесивно-фобічних порушень через стрес та тривожність позитивно середньо корелюють ($r=0.551$). Отже, результати дослідження стверджують наявність зв'язку між рівнем психологічного стресу та проявом нав'язливих думок контрастного характеру.

Висновки. Контрастні обсесії – це один із видів нав'язливостей, при якому виникають думки, образи або спонукання, що конфліктують з основними життєвими принципами людини, її світоглядом, істинними бажаннями, якостями характеру. У неклінічних випадках часто нав'язливі думки контрастного типу зустрічаються у випадках значного стресу, де вони є деструктивним засобом виходу психічного перенапруження. Виявлена середня позитивна кореляція між проявом контрастних думок та рівнем психологічного стресу та обсесивно-фобічними порушеннями. Перспективними напрямками подальших досліджень є поглиблене з'ясування інших причин виникнення контрастних обсесій та вдосконалення способів роботи з ними.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бартолетти А. Грязные и скверные мысли. Контрастные навязчивости и как от них избавиться. М. : 1000 Бестселлеров, 2021. 128 с.
2. Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. Б. : Гос. изд. РСФСР, 1923. 723 с.
3. Суханов С. А. Семиотика и диагностика душевных болезней. Часть 2. М. : Товарищество типографии А. И. Мамонтова, 2012. 180 с.
4. Психологія особистості: словник-довідник. / за редакцією П.П. Горностаєва, Т.М. Титаренко. К. : Рута, 2001. 320 с.

5. Лямець А. М. Класифікації обесивно-компульсивного розладу у XXI ст. *Психологічний часопис*, 2019. № 1 (21). С. 215-232.

6. Belloch A., Morillo C., Lucero M., Cabedo E., Carrió, C. Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy by Wiley*, 2004. № 11(2). P. 100-110. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.397>.

7. Clark D. A. Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment. *New York and London: Guilford Press*, 2005. 255 p.

8. Clark D., Purdon C. The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 1995. Vol. 33, Issue 8. P. 967-976. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796795000302>.

9. Purdon C., Clark D. Obsessive Intrusive Thoughts in Nonclinical Subjects. Part 1. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy. Pergamon Press Ltd*, 1993. P. 713-720.

10. Rachman S. Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy. Elsevier*, 1981. Vol. 3, Issue 3. P. 89-99.