

## ОСОБЛИВОСТІ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЗАГОСТРЕННЯ У СТАНІ ПЕРМАНЕНТНОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

## PARTICULARITIES OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS AND CONTRACTION AT THE STATION OF PERMANENT STRESS AFTER THE HOUR OF WAR

У статті розглядаються особливості обсецивно-компульсивних розладів (ОКР) та їх загострення в умовах перманентного стресу, що виникає під час воєнного стану. ОКР характеризується наявністю нав'язливих думок (обсециї) та повторюваних дій (компульсії), які часто посилюються у відповідь на підвищений рівень тривожності та стресу. У статті досліджено, як тривалі стресові чинники впливають на інтенсивність та прояви ОКР, зокрема на збільшення частоти та тяжкості симптомів.

Дослідження базується на підходах таких психологів-дослідників, як З. Фройд, К. Хорні, А. Бек, Дж. Шварц, Е. Фоа, П. Салковскіс, які розглядали обсецивно-компульсивний розлад (ОКР) як складний психічний стан, що поєднує когнітивні, поведінкові та емоційні компоненти. З їхніх робіт можна зазначити, що акцент робиться на тому, що ОКР виникає внаслідок внутрішніх конфліктів, ірраціональних переконань і специфічних мозкових механізмів, які призводять до надмірної тривожності та контролю. Усі вони визнають ключову роль когнітивних та емоційних спотворень, що підсилюють обсециї та компульсії, а також підкреслюють необхідність роботи із цими спотвореннями для зменшення симптомів ОКР. Незалежно від конкретного підходу – психоаналітичного, когнітивного чи нейробіологічного – спільним залишається те, що розлад розглядається як результат дисфункціональних переконань та реакцій, які можуть бути скориговані через терапевтичну роботу над усвідомленням та зміною цих процесів.

**Ключові слова:** обсецивно-компульсивний розлад (ОКР), обсециї, компульсії, стрес-фактори, тривожність, воєнний стан.

The article discusses the features of obsessive-compulsive disorders (OCD) and their exacerbation under conditions of permanent stress arising during martial law. OCD is characterized by the presence of intrusive thoughts (obsessions) and repetitive actions (compulsions), which often intensify in response to increased levels of anxiety and stress. The article investigates how long-term stressors affect the intensity and manifestations of OCD, in particular, the increase in the frequency and severity of symptoms.

The study is based on the approaches of psychological researchers such as Sigmund Freud, Karen Horney, A. Beck, Jeffrey Schwartz, Edward Foa, and Paul Solkowskis, who considered obsessive-compulsive disorder (OCD) as a complex mental condition that combines cognitive, behavioral, and emotional components. Their work emphasizes that OCD arises from internal conflicts, irrational beliefs, and specific brain mechanisms that lead to excessive anxiety and control. All of them recognize the key role of cognitive and emotional distortions that reinforce obsessions and compulsions, and emphasize the need to work with these distortions to reduce OCD symptoms. Regardless of the specific approach – psychoanalytic, cognitive, or neurobiological – the common thread is that the disorder is seen as the result of dysfunctional beliefs and reactions that can be corrected through therapeutic work on awareness and change of these processes.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder (OCD), obsessions, compulsions, stressors, anxiety, martial law.

УДК 159.98.61; 616.3; 616.89;  
364.62-47-057.36  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.51>

### Ассєва Ю.О.

д.психол.н.,  
завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки  
Одеський національний економічний  
університет

### Ройтенко В.Ю.

здобувач другого (магістерського) рівня  
вищої освіти за спеціальністю 053 –  
Психологія  
Одеський національний економічний  
університет

**Вступ.** У сучасному світі зростає інтерес до теми тривожних розладів, оскільки вони стали одними з ключових нині розладами, значно впливають на якість життя людини. ОКР як складний психологічний феномен відіграє важливу роль у розумінні механізмів тривожності, поведінкових відхилень та емоційно-нестабільності. Динамічні зміни у соціально-культурних умовах, швидкий темп технологічного розвитку та зростаючий стрес від глобальних викликів значно впливають на частоту виникнення цього розладу, що робить його дослідження надзвичайно актуальним для психіатрії та психології.

Теоретичне підґрунтя нашого дослідження будувалося на роботах А. Бека, О.І. Романчука, К. Хорні, Дж. Шварца, Е. Фоа, П. Салковскіс, С. Тейлора та ін. Із сучасних науковців ОКР та його особливості розглядають С. Феррейра, Б. Коуту, М. Соуза, Н. Суоза, М. Піке-Перес, П. Моргадо та ін. [1–10].

**Метою** роботи є вивчення особливостей обсецивно-компульсивних розладів та їх загострення у стані перманентного стресу під час воєнного стану.

**Методи:** аналіз та синтез науково-теоретичного матеріалу з вибраної тематики.

**Результати.** Розлади тривожного спектру сьогодні є ледь не одними з найпоширеніших психічних розладів, які впливають на багатьох людей, що мають більшу схильність до їх розвитку. Одним із найпоширеніших сьогодні є саме розлад ОК-спектру, що є четвертим за поширеністю психологічним розладом. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у середньому у 2,5% осіб за життя мають ОКР, тобто кожна сорокова людина [1].

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) – це психічний розлад, основними характеристиками якого є наявність у людини нав'язливих думок, образів та ідей (обсесій) і специфічних повторюваних дій, ритуалів або поведінки (компульсії), що виникають у відповідь на обсесії. Розлад носить егодистонний характер – це психічний стан, за якого людина дуже добре відокремлює сама себе від проблеми, відчувачи неприємні переживання з її приводу (що відрізняє його від розладів шизофренічного спектру) [2].

Типовими категоріями симптомів розладу є: страх помилки, заподіяння шкоди, нав'язливі перевірки; контрастні нав'язливості (неприємні думки про жорстокості, девіантні вчинки); страх забруднення, (миття рук); нав'язливий пошук симетрії, упорядкування речей навколо себе.

Чинниками, що впливають на перебіг даного розладу та й загалом на розвиток тривоги у людини, як виділяли це у своїх роботах Карен Хорні, Джеффри Шварц, Едвард Фоа, є:

- основна тривога – виникає у дитинстві як результат ворожого або відчуженого ставлення батьків, відсутності почуття безпеки та любові;

- внутрішній конфлікт – це боротьба між різними частинами особистості. Конфлікт виникає між «реальним Я», яке хоче визнання та свободи, і «ідеальним Я», яке сформоване з очікувань суспільства чи сім'ї;

- невротичні потреби – вони можуть включати такі якості, як потреба в любові та схваленні, прагнення до влади або бажання уникати інших людей;

- суспільні та культурні чинники – суспільні очікування та культурні впливи, тривожні події у суспільстві [5–7].

Як відомо з досліджень японського фізіолога Накао, стрес і травма пов'язані з розвитком і проявом симптомів обсесивно-компульсивного розладу (ОКР). Відомо, що стрес впливає на кортико-стриарні та лімбічні системи мозку (тобто вплив на поведінкову та емоційну сфери особистості), які відіграють ключову роль у формуванні звичок та їх прояві. Хронічний стрес або пережиті травматичні події можуть посилювати дисфункції у цих сферах, що робить людей більш уразливими до розвитку ОКР. Окрім того, стрес може поси-

лювати схильність до повторюваної поведінки, роблячи симптоми ОКР більш інтенсивними та складними для контролю [8].

У статті 2020 р. від Дослідницького інституту наук про життя та здоров'я Університету Мінью, Португалія, описано вимір розвитку стресу, тривожності, компульсій та обсесій. Розкрито, як стрес та травматичні події можуть провокувати розвиток або погіршення симптомів ОКР. Доведено, що стрес взаємодіє із вродженою уразливістю (діатез) та призводить до розвитку патології. Зокрема, встановлено що 25–67% пацієнтів з ОКР повідомляють про значні стресові події, які передували початку хвороби. Дослідження також показують, що травматичні події, особливо в дитинстві, збільшують ризик розвитку ОКР у 5–9 разів. Пацієнти з ОКР часто стикаються з підвищеним ризиком коморбідності з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) [9].

Нейробіологічні зміни, спричинені стресом, включають атрофію мозкових структур, таких як медіальна префронтальна кора та гіпокамп, що порушує здатність контролювати поведінку і сприяє формуванню ригідних звичок. Водночас гіперактивність мигдалини і гіпертрофія дорсолатерального стріатума можуть викликати звичну поведінку, характерну для ОКР [9].

Ці дані свідчать, що стрес має потужний вплив на виникнення та розвиток ОКР і його лікування повинно враховувати нюанси стосовно емоційної корекції хворого, оскільки саме емоційна сфера відіграє одну з основних ролей у розвитку обсесивно-компульсивного кола [8; 9].

ОКР є унікальним розладом у тому сенсі, що він поєднує елементи тривожності, перфекціонізму та патологічної потреби в контролі. У сучасних умовах, коли зовнішній світ стає дедалі менш передбачуваним, люди схильні шукати контроль над малими аспектами свого життя. Це може пояснювати збільшення кількості людей, які страждають на ОКР. У сучасних дослідженнях доведено значний вплив на розвиток та формування ОКР генетичних та і нейробіологічних чинників, при цьому все складніше стає ігнорувати вплив зовнішніх соціальних чинників, таких як постійний стрес, нестабільність і відсутність відчуття безпеки.

Питання щодо ОКР було досліджено когнітивно-поведінковим психотерапевтом Аароном Беком. Він розглядав ОКР через призму когнітивних спотворень та автоматичних негативних думок. Уважалось, що нав'язливі думки і тривога виникають через неправильне тлумачення нейтральних чи навіть позитивних подій. Це призводить до того, що людина зациклюється на небажаних думках та формує компульсивні ритуали. Для українців, які стикаються з постійним стресом та соціальними викликами, когнітивно-поведінкова терапія,

яка базується на підходах Бека, є ефективним способом зменшення симптомів ОКР, оскільки вона допомагає коригувати мислення та формувати адаптивну поведінку [3].

Карен Хорні, досліджуючи тривожні розлади, акцентувала увагу на дитячій тривозі, викликаній браком емоційної підтримки в сім'ї. Вона описала три стратегії адаптації: рух до людей (залежність), проти людей (агресивність) та від людей (ізоляція). Ці механізми впливу на поведінку також актуальні для розуміння природи ОКР, але розпізнавані.

К. Хорні у своїх роботах стверджувала, що домінуючим у структурі особистості є несвідоме почуття занепокоєння, яке представниця неофройдизму називає почуттям корінної тривоги. Вона писала, що воно безпосередньо пов'язане з відчуттями самотності та безпорадності, наявними у дитини, в потенційно небезпечному світі. К. Хорні вважала причинами розвитку тривоги у дітей і відчуження батьків, і надмірну опіку над ними, гостру ситуацію в сім'ї та дискримінацію чи, навпаки, велике захоплення дитиною. Вона стверджує, що людина бореться з тривогою, яка викликана відчуттями небезпеки, усвідомлюючи, що її не цінують та не люблять. Через це вона повністю відмовляється від своїх ширих почуттів та ретельно сплановує стратегію захисту [6].

Тобто важливо виділити, що саме стимулюючі чинники впливу на психіку ще з дитинства значною мірою можуть впливати на подальший психологічний стан людини.

Джеффри Шварц, який відомий своїми дослідженнями нейропластичності при розладах тривожного спектру включно з ОКР, запропонував метод «реактивної затримки», який допомагає людям розуміти, що їхні нав'язливі думки – це лише прояви мозкової активності, а не реальні загрози. Він підкреслює важливість усвідомлення та дистанціювання від цих думок, щоб зменшити їхній вплив. У реаліях, де стресові чинники значно впливають на психічне здоров'я, цей підхід може допомогти людям усвідомлено контролювати свої тривожні думки [7].

Едвард Фoa, розробивши метод експозиційної терапії з попередженням реакцій, продемонстрував високу ефективність у лікуванні ОКР. Цей підхід спрямований на те, щоб пацієнти поступово піддавалися впливу своїх страхів, уникаючи виконання компульсивних дій. Тобто для людей, які відчувають підвищену тривожність через соціальну чи економічну нестабільність, така терапія може бути корисною для адаптації до реальності та зниження залежності від ритуалів [5].

Тепер виходячи з даних досліджень питання ОКР, можна стверджувати, що хворі на розлад ОК, не приречені на вічні муки через свою хворобу, а можуть навчитися самотійно кон-

тролювати свої поведінкові реакції та емоції через системне тренування та збагаченням копінг-стратегіями, у чому їм може допомогти психолог. Саме допомога третьої особи може забезпечити той необхідний хворому на тривожний розлад підтримуючий альянс, що гарантує допомогу у моменти, коли хворий відчуває, що не може перебороти силу нав'язливих думок.

Пол Салковскіс досліджував роль генетики та біохімічних процесів у розвитку ОКР, підкреслюючи важливість індивідуального підходу до лікування. Його дослідження показали, що комбінація медикаментозного та психотерапевтичного втручання може бути найкращим способом зменшити симптоми ОКР. Це актуально в українській медичній практиці, де індивідуалізація підходів стає все більш важливою через різноманітність причин та проявів розладів, особливо тих, хто повернувся безпосередньо із зони активних бойових дій [4].

Стівен Тейлор указує у своїх роботах, що соціальні аспекти розвитку ОКР, наприклад стресові події у житті, такі як втрата роботи або зміни в особистому житті, можуть стати тригерами для посилення симптомів.

Сьогодні соціальні умови та війна можуть спричиняти хронічний стрес, тому робота С. Тейлора особливо важлива, оскільки вона підкреслює необхідність уваги до соціальних чинників у терапії та впливу психотравмуючих факторів, з якими необхідно працювати на окремих сесіях психокорекційної роботи. [10]

Також психологи напряму поведінкової психології Пол Салковскіс, Едвард Фoa, Джеффри Шварц розглядали прояви ОКР як класичне кондиціонування, коли нейтральний стимул (наприклад, бруд) асоціюється з негативним досвідом (наприклад, хворобою) і викликає тривогу. Також виокремлювалося оперантне (зумовлене) кондиціонування, де компульсії розглядалися як поведінка, яка підкріплюється зменшенням тривоги, що викликається обсесями. Лікування таких людей полягає знову ж таки в поведінковій терапії, такі як «дисенсібілізація» або «стрес-щеплена» терапія, що спрямовані на поступове зменшення тривожних проявів, компульсивних дій, особливо звикання до об'єктивних думок у голові та можливості їх ігнорування [5; 7; 10].

Таким чином, ОКР є складним та багатоаспектним психічним розладом, який суттєво впливає на якість життя людей. Його розвиток пов'язаний як із генетичними та нейробіологічними чинниками, так і з соціокультурними умовами, зокрема стресом, що викликаний соціогенними чинниками.

Дослідження ОКР є важливим у контексті сучасного світу, де зростання кількості тих самих стресових чинників, таких як глобальні кризи, технологічні зміни, військові дії, призво-

дять до поширення тривожних розладів. ОКР поєднує у собі елементи тривожності, перфекціонізму та потреби в контролі, що стає ще більш виразним у світі з нестабільними соціальними та економічними умовами. Вплив стрес-факторів на розвиток ОКР нині є доволі вичерпним порівняно зі статистичними дослідженнями розладів як ПТСР чи депресії та ін.

**Висновки.** У статті підкреслюється актуальність подальших досліджень причин та особливостей проявів ОКР як значущої проблеми сучасного суспільства, що потребує глибокого дослідження. Особлива увага приділяється впливу стресових чинників, зокрема воєнних дій, на загострення симптомів ОКР. Постійна небезпека та невизначеність, характерні для воєнного стану, сприяють підвищенню рівня тривожності, що ускладнює поведінкову та емоційну стабільність осіб з ОКР. Актуалізується необхідність системного підходу до вивчення цього розладу та розроблення адаптаційних і реабілітаційних заходів для мінімізації його впливу в умовах хронічного стресу.

Стрес і травма, як показали дослідження Накао та ін., мають значний вплив на розвиток ОКР, тому терапевтичні підходи повинні враховувати ці чинники. Індивідуалізація лікування також є необхідною, оскільки прояви ОКР можуть значно варіюватися залежно від генетичних, нейробіологічних та соціальних чинників. Соціальні аспекти, як показав у своїх роботах Стівен Тейлор, відіграють значну роль у розвитку ОКР, оскільки стресові події у житті можуть виступати тригерами для посилення симптомів. Особливо це стосується українського контексту, де війна та економічна нестабільність можуть значно погіршувати психічне здоров'я населення.

Отже, комплексний підхід до дослідження та лікування ОКР, що включає нейропсихологічні дослідження, когнітивно-поведінкові методи та соціальну підтримку, є ключовим для поліпшення якості життя людей із цим розладом.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії обсессивно-компульсивного роз-

ладу. *НейроNEWS*. С. 32–38 URL: [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk\\_OCD2.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_OCD2.pdf)

2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.books.9780890425596>

3. Beck A., Freeman A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Aaron Beck, Arthur Freeman. Kyiv: Perun, 2005. 432 p.

4. Couglea, Jesse; Han-Joo Leea, Paul M. Salkovskis. Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? *Journal of Anxiety Disorders, journal*. 2007. P. 153–159.

5. Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Simpson, H.B., & Tu, X. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005. № 62. P. 151–161.

6. Horni K. A neurotic personality of our time: V 3-h t. in 3 books. London. 1997. 172 p.

7. Jeffrey Schwartz. *Brain lock : free yourself from obsessive-compulsive behavior : a four-step self-treatment method to change your brain chemistry*. 1st ed. New York, NY: Regan Books, 1996, 219 p. URL: <https://www.worldcat.org/oclc/34296907>

8. Nakao, T., Okada, K., & Kanba, S. Neurobiological model of obsessive–compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2014. № 68.8. P. 587–605. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12195>

9. Sónia Ferreira, Beatriz Couto, Mafalda Sousa, Rita Vieira, Nuno Sousa, Maria Picó-Pérez, Pedro Morgado,. *Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Across the Lifespan: Current Diagnostic Challenges and the Search for Personalized Treatment*. Braga, Portugal. 2021. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2020.594541/full>

10. Steven Taylor, Jonathan Abramowitz, Dean Mckay. *Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder.: Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond*. 2006. P. 9–29. DOI:10.1037/11543-001. URL: [https://www.researchgate.net/publication/284828405\\_Cognitive-behavioral\\_models\\_of\\_obsessive-compulsive\\_disorder](https://www.researchgate.net/publication/284828405_Cognitive-behavioral_models_of_obsessive-compulsive_disorder)