

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітньо-кваліфікаційний рівень – бакалавр

на тему:

«СЕМАНТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАВ'ЯЗЛИВИХ ДУМОК У СТУДЕНТІВ ІЗ
ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ»

Виконала студентка 4-го року навчання,
напряму підготовки 053 Психологія

Дашко Анастасія Сергіївна

Науковий керівник: Чернобовкін В.М.,

доктор психологічних наук, професор

Рецензент _____

Кваліфікаційна робота захищена з оцінкою “ _____ ”

Секретар ЕК _____

“ _____ ” _____ 2020 р.

Київ - 2021

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1: ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ НАВ'ЯЗЛИВИХ ДУМОК У СТУДЕНТІВ ІЗ ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ	
1.1. Семантичний аналіз нав'язливих думок.	5
1.2. Місце тривожності у розвитку нав'язливих думок у студентів.....	15
Висновки до першого розділу.....	22
РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРИВОЖНОСТІ НА РОЗВИТОК НАВ'ЯЗЛИВИХ ДУМОК У СТУДЕНТІВ.	
2.1. Загальна характеристика методів дослідження.....	23
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	26
Висновки до другого розділу.....	46
РОЗДІЛ 3: ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ.	
3.1 Принципи побудови корекційної програми.....	49
3.2 Корекційна програма зниження тривожності.....	50
3.3 Психологічні рекомендації для зниження рівня тривожності.....	56
Висновки до третього розділу.....	58
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. В епоху динамічних змін у соціальних, політичних, суспільних та технологічних сферах життя, юнаки і юначки частіше жаліються на виникнення безпричинної ірраціональної тривожності, вегетативних порушень та нав'язливих негативних думок. Причини цього можуть критися у різних інтернальних та екстернальних факторах. Наприклад, тиск зі сторони однолітків та суспільства, завищені вимоги до себе, стрес у навчальному або робочому середовищі, наряду із слабкою нервовою системою можуть провокувати невротичні реакції і знижувати психологічний комфорт. Суспільству необхідно терміново дослідити чинники загострення тривожності та нав'язливих станів із метою поліпшити психологічний стан молодих людей, адже це несе загрозу не тільки для індивідуального благополуччя кожної особи, але і для економічної та інших значущих систем функціонування держави. Таким чином, уся інформація, отримана під час досліджень у сфері тривожності та нав'язливих станів має бути проаналізована і спрямована на розроблення корекційних програм та рекомендацій для юнаків, юначок і їхніх близьких.

Проблемі тривожності та нав'язливих думок приділяли увагу вчені європейських країн та вітчизняні психологи. Серед доробків дослідників відзначаються праці українських вчених В. Блейхера, Н. Долішньої, К. Дубовика, Л. Кригіної, І. Марценковського, Д. Мироненко, О. Мироненко, Н. Яковлевої та зарубіжних Л. Бера, Д. Кларка, П. Жане, Е. Клінгера, З. Фрейда, К. Хорні, К. Юнга.

Висока актуальність та недостатня розробленість теми зумовили вибір кваліфікаційної роботи «Семантичний аналіз нав'язливих думок у студентів із високим рівнем тривожності».

Об'єкт дослідження – нав'язливі думки у студентів як психологічний феномен.

Предмет дослідження – особливості впливу тривожності на розвиток нав'язливих думок у студентів.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості впливу особистісної тривожності на виникнення нав'язливих думок, а також розробити програму корекції та психологічні рекомендації для студентства із метою покращення їх психологічних станів у ситуаціях переживання тривоги.

Гіпотезу дослідження склали припущення про те, що висока особистісна тривожність є одним із чинників розвитку нав'язливих думок у студентів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати підходи впливу тривожності на розвиток нав'язливих думок у студентів.
2. Емпірично дослідити зв'язок між показниками особистісної тривожності і наявністю нав'язливих думок.
3. Встановити актуальні тенденції нав'язливих думок у студентів.
4. Розробити програму корекції та психологічні рекомендації для юнаків та юначок щодо зниження рівня тривожності у студентів, які переживають високу тривожність.

Наукова новизна дослідження полягає в поглибленні відомостей про вплив тривожності на розвиток нав'язливих думок.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання програми корекції та розроблених психологічних рекомендацій з метою зниження рівня особистісної тривожності і проявів нав'язливих думок.

Апробація. Результати бакалаврської роботи були апробовані на XI Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодь у сучасній психології. Етнічна самосвідомість та міжетична взаємодія» 22-23 квітня 2021 року, м. Суми.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ НАВ'ЯЗЛИВИХ ДУМОК У СТУДЕНТІВ ІЗ ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ

1.1 Семантичний аналіз нав'язливих думок.

Життя сучасних людей характеризується високою динамічністю. Звична щоденна рутина удосконалилася новітніми технологіями, на кшталт світової мережі, мультифункціональних комп'ютерів та смартфонів, які дозволяють безперервно перебувати у інформаційному полі без фізичної присутності у епіцентрі подій. Таким чином, постійна трансляція інформації не дає часу на якісну рефлексію та відпочинок. Комбінація вказаних чинників, а також вплив численних геополітичних, соціокультурних та економічних проблем, що постали у фокусі уваги глобалізованого суспільства, вилилася у зниження статистичних показників психічного здоров'я. За даними ВООЗ, станом на 2001 рік близько 450 мільйонів людей страждали від психічних розладів, які стали причиною погіршення фізичного здоров'я та втрати працездатності у всьому світі. За масштабним дослідженням 2017 року, кількість людей, які зіткнулися із психічними розладами, сягає 792 мільйони, що складає приблизно 10,7% від загального населення [51]. Сьогодні поширеними скаргами є висока тривожність, депресивні стани, невротичні прояви, хронічна втома, професійне вигорання, а також нав'язливі думки.

Проблема нав'язливих думок стала особливо турбувати психологів та психіатрів у ХХ столітті. Завдяки високому інтересу до теми, були проведені дослідження, які зробили спроби класифікувати нав'язливі думки, відрізнити клінічний та неклінічний рівень проявів і виявити закономірності.

За визначенням автора численних праць на тему нав'язливих станів, канадського професора С. Рахмана, нав'язливі думки – це повторювані, неприйнятні думки або образи, які переривають поточний процес мислення,

визначаються внутрішніми чинниками і важко піддаються контролю [48]. Російські психіатри В. Осипов та С. Суханов виділили наступні особливості нав'язливих думок [цит. за 2]:

1. вони виникають мимоволі або навіть всупереч волі у свідомості людини, однак свідомість залишається ясною;
2. носять сторонній характер і не пов'язані із змістом звичного мислення особистості;
3. мають міцні зв'язки із емоційною сферою, супроводжуються депресивними емоціями, відчуттям тривоги;
4. особистість не в змозі звільнитися від нав'язливих думок, вольового зусилля недостатньо;
5. не відображаються на інтелектуальному рівні особистості, не призводять до порушень логічного ходу мислення, але їх наявність позначається на продуктивності мислення, працездатності людини;
6. болісний характер нав'язливих думок усвідомлюється людиною і піддається критичному ставленню [12; 18].

Незважаючи на численну кількість спроб методологічного розподілу нав'язливих думок, психологи і психіатри не дійшли згоди стосовно єдиної класифікації. Версія німецького психіатра К. Ясперса розділяє нав'язливі думки на відсторонені і образні [цит. за 10]. Перший тип не викликає сильної емоційної реакції і включає в себе спогади, лічбу, розкладання слів на склади, тощо. Другий тип супроводжуються тривогою і страхом і охоплює нав'язливі сумніви, бажання, образи. А. Свядош запропонував розділити нав'язливі думки на елементарні, які виникають під дією сильного подразника, і криптогенні, етіологія яких не встановлена [16]. А. Іванов-Смоленський виокремив дві групи – нав'язливі явища збудження, такі як повторювані сумніви, переживання, емоційні хвилювання, та нав'язливі затримки, гальмування, які стають перешкодою у виконанні довільних дій [цит. за 18]. Сучасний дослідник Л. Бер зводить типологію до трьох груп – агресивні, блюзнірські релігійні думки та останні, що пов'язані із сексуальним

потягом [25]. Оскільки проблематика нав'язливих думок не втрачає актуальності, розробка концепцій триває і нині.

Поза рамками концепцій класифікації нав'язливих думок, у науковій літературі зустрічається детальний опис поодиноких груп. Наприклад, описується така варіація нав'язливих роздумів як афективно-нейтральні нав'язливі думки, які також неформально називають «мисленнєвою жуйкою». Афективно-нейтральні думки – це емоційно незабарвлені, нав'язливі спогади, пригадування термінів, формулювань, програвання мелодій, які заважають поточній інтелектуальній діяльності людини. Цей вид думок не несе загрози для психологічного благополуччя особистості [5].

Інший тип нав'язливих думок - нав'язливі сумніви, дуже поширений у науково-популярній літературі, адже знайомі більшості наших сучасників. У таких випадках людина постійно сумнівається в своїх діях, наприклад, чи зачинила вона двері, вимкнула електроприлади, чи закрила воду і газ, тощо. Хоча вона розуміє необґрунтованість сумнівів і їхній хворобливий характер, вона продовжує уявну перевірку своїх дій. Людину неважко переконати в безпідставності переживань, але позбавитися від них їй складно - нав'язливі сумніви виникають знову та змінюється лише їх об'єкт або спрямованість. Нав'язливі сумніви нерідко стають причиною розвитку неврозу [10].

У довірливому спілкуванні люди почасти діляться тим, що мають страхи. Почуття страху є природнім, адже допомагає робити свідомі вибори і уникати небезпеки, проте переживання, які займають більшу частину усіх думок і значно впливають на життя людини, переходять у ранг нав'язливих. До нав'язливих страхів відносяться фобії, такі як клаустрофобія, агорафобія, танатофобія та інші. Іпохондричний страх (нозофобія) як страх захворіти важким захворюванням теж може бути нав'язливим і впливати на життєдіяльність, змінюючи звички і поведінку особистості.

Засновник когнітивно-біхевіоральної терапії А. Бек зробив значний внесок у розуміння нав'язливих думок. Він помітив виникнення небажаних думок у безперервному потоці мислення і назвав їх негативними автоматичними думками (НАД). НАД, як вперше описав Бек, - це думки, які постійно звучать у голові, і які ми помічаємо, коли звертаємо на них увагу. Вони мають негативну інтерпретацію актуальних подій і впливають на настрій та почуття [49]. Типовим прикладом є думка «я нічого не вартий, я невдаха», яку людина переживає у разі невдачі у навчанні чи роботі. Оскільки це мислення не підкріплено фактами і несе емоційно негативне забарвлення, воно є неконструктивним. Цей тип думок може призвести до невпевненості в собі, депресії, тривоги, гніву, дратівливості та зниження настрою. НАД можна розпізнати за такими факторами: вони завжди негативні, небажані, упереджені, викликають провини і в них легко повірити [26].

Негативні автоматичні думки мають закономірності, за якими їх можна класифікувати на групи. Виокремлюють більше 10 типів НАД. Наприклад, думки групи «все або нічого», де людина ставить до себе завищені вимоги і повністю знецінює себе у разі невдачі, знайомі багатьом; «катастрофізація», де дрібницям надається гіперболізоване значення; «персоналізація», де людина бере на себе всю відповідальність, хоча її роль не була настільки визначною; «ігнорування позитиву», де хороші події вважаються випадковістю або виключенням; «узагальнення», де будь-яка негативна подія відчувається як нескінченний ряд невдач [37].

Інші види нав'язливих думок можуть з'являтися без подразників та при цьому бути шокуючими і абсолютно неприйнятними для індивіда. Інтенсивні, часті нав'язливі думки або дії, які впливають на життєдіяльність особистості, асоціюються із obsесивно-компульсивним розладом, який також називають неврозом нав'язливих станів. Obsесивно-компульсивний розлад (F-42 за ICD-10) – це різновид неврозу, який характеризується наявністю нав'язливих думок та дій, що виконуються для послаблення внутрішньої напруги. Нав'язливі думки (obsесії)

- це ідеї, образи чи імпульси, які з'являються із регулярною періодичністю і яким складно або неможливо протистояти. Такі думки носять тривожний характер і часто бувають нелогічними, абсурдними і неприємними для людини. Друга складова неврозу - нав'язливі дії (компульсії) - представлені стереотипними діями, які покликані заспокоїти тривогу, викликану obsesіями; для означення компульсій у літературі також часто зустрічається поняття «ритуали» [58]. Компульсії не несуть логічного змісту, можуть виснажувати і виконуються із метою убезпечити себе від потенційно небезпечних ситуацій, хоча небезпека химерна. Нерідко компульсивні дії засновані на повір'ях, як наприклад стукання по дереву, плювання через плече, тощо. Іноді проявляються у формі тіків. Невроз нав'язливих станів входить до тривожного кластеру розладів особистості МКХ, діагностується спеціалістами і має відповідне медикаментозне та психотерапевтичне лікування. ОКР може проявлятися із різною силою, однак нерідко невроз порушує нормальне життя людини, забираючи багато часу на виконання ритуалів або провокуючи унікаючу поведінку.

Незважаючи на те, що невроз нав'язливих станів набуває швидкого темпу розповсюдження, його етіологія досі залишається невизначеною. Існує декілька основних теорій, розроблених вченими США та Європи, серед яких виділяються генетично та нейробіологічно детерміновані теорії.

На користь генетичної теорії говорять дослідження зв'язку індивідуальних особливостей генів COMT та SERT із obsесивно-компульсивним розладом. Ген COMT включає вироблення катехол-О-метилтрансферази і регулює вироблення нейромедіатора дофаміну. Всі гени мають різну форму, і одна форма гена COMT частіше виявляється у пацієнтів з ОКР, ніж у людей без розладу. Інший ген – SERT, який також називається 5-НТТ, впливає на транспорт серотоніну, який за недостатньої кількості може провокувати появу неврозу [27].

Також, були проведені дослідження 14 пар близнюків, і виявилося, що в середньому у однойцевих близнюків більш ніж удвічі частіше розвивається ОКР, якщо у одного із близнюків є розлад; ймовірність розвитку неврозу була нижчою для близнюка із двояйцевої пари. Хоча існують підтверджені дані про вплив генетики на виникнення неврозу, необхідно зазначити, що наявність генетичної схильності не є вирішальним фактором, так як велика значення мають зовнішні чинники, такі як стрес, виховання, тощо [29].

Численні дослідження підтверджують кореляцію між наявністю неврозу і кількістю нейромедіаторів серотоніну і дофаміну. Існує припущення, що високий рівень дофаміну пов'язаний з ОКР. Американський психолог Г. Щечмен, провів експеримент на тваринах і виявив, що великі дози препаратів, що підвищують рівень дофаміну, провокують стереотипні рухи, що нагадують компульсивну поведінку, як у пацієнтів з ОКР [54]. В свою чергу, навпаки, низький рівень серотоніну асоціюють з ОКР; Т. Піготт, виявив, що антидепресанти, які підвищують активність серотоніну, зменшують симптоми ОКР [44].

Орбітофронтальна кора, яка відповідає за отримання сенсорної інформації і її аналіз для подальшого прийняття рішень, теж фігурує у теоріях виникнення неврозу нав'язливих станів. Наприклад, людина, яка не має симптомів ОКР, отримує імпульс змити бруд з рук, і як тільки виконує дію – імпульс зникає; у особи із схильністю до ОКР можуть виникнути труднощі із «вимкненням» або ігноруванням таких імпульсів, які із часом потенційно перетворюються на нав'язливі думки. У відповідь на підвищення тривоги через появу небажаної думки, людині необхідно виконати ритуал, і з часом така циклічна поведінка фіксується і перетворюється на невроз.

Серед психологічних теорій розвитку ОКР найбільш розповсюдженою є психоаналітична теорія. У моделі особистості З. Фрейда невроз виникає унаслідок конфлікту Ід і Супер Его. Парадоксальні шокуючі мотиви нав'язливих думок

можуть брати коріння із несвідомого, яке містить неприйнятні імпульси і бажання. Фройд надавав велику увагу сексуальній природі таких імпульсів і у своїй теорії поміщав їх у несвідоме. Психічні травми або сильні переживання, що пов'язані з сексуальністю, можуть бути витіснені, але продовжують впливати на поведінку і психічне життя людини. Неврози і їх симптоматика (зокрема нав'язливі думки) розглядаються в психоаналізі як результат такого впливу. Намагаючись повернутися у свідоме, витіснений психосексуальний матеріал замінюється obsesивною симптоматикою. За Фройдом, для будь-яких неврозів, основне етіологічне значення має дитинство з його сексуальними комплексами, як наприклад едипів комплекс. Також, пригадуючи стадії психосексуального розвитку, можна зробити припущення, що невротичні прояви притаманні людям із фіксацією на анальній стадії; у дитинстві вони накопичували в собі гнів, стримували злість, і такий поведінковий паттерн мігрував у доросле життя [24].

Психоаналітична теорія хоч і часто асоціюється із поняттям неврозу, вона не є єдиною. Засновник індивідуальної психології А. Адлер, заперечував роль статевого потягу, стверджуючи, що основа всіх неврозів - конфлікт між прагненням до могутності і почуттям неповноцінності [цит. за 17]. Коріння проблеми нав'язливих думок можна тлумачити і через призму інших великих психологічних напрямків, однак згодом дослідники, такі як І.П. Павлов, А.Г. Іванов-Смоленський, Є.А. Попов глибше вивчили зв'язок між вищою нервовою системою і нав'язливими станами, таким чином надавши значної уваги біологічним чинникам.

Хоча нав'язливі думки сильно корелюють із obsесивно-компульсивним розладом, наявність самих нав'язливих думок не означає наявність неврозу. Як демонструє статистика, небажані думки хоч раз виникали у житті кожної людини. Американський психолог Е. Клінгер у своїй праці зробив припущення, що за 16-годинний день людина встигає опрацювати близько 4000 думок [40], а американські сучасники піднімають це значення до 6000 [55]. Перші статистичні оцінки під егідою Р. Сілва встановили, що 84% респондентів у неклінічній вибірці

хоч раз зустрічалися із нав'язливими думками [цит. за 32]. Очевидно, що свідомість пропускає надзвичайно великий потік думок, та не всі вони є продуктивними. Поруч із плануванням, спогадами, роздумами, можуть раптово виникати негативні або небажані думки. Наприклад, людина, яка стоїть у метро, може на короткий проміжок часу відчувати абсолютно безпідставне бажання стрибнути під потяг; після ранкового виходу на роботу, інша особа може тривалий час обдумувати, чи зачинені двері, хоча він або вона точно виконали цю дію. Небажані думки мають різний характер і виникають як реакція на подразник або детермінуються внутрішніми чинниками.

Особливістю нав'язливих думок є їхній его-дистонний характер, тобто невідповідність моральним стандартам особистості. Дослідники довго намагалися зрозуміти різницю між небажаними думками у здорових особистостей і тих, у кого діагностований ОКР, і дійшли висновку, що вони диференціюються не за змістом, а за інтенсивністю. Таким чином, контекст нав'язливих думок схожий у здорових і невротичних осіб, однак якщо вони займають більший час мислення і впливають на життєдіяльність людини, вони переходять у ранг неврозу. За дослідженнями С. Рахмана і П. Сальковскіс, клінічні випадки неврозу нав'язливих станів беруть походження із его-дистонних нав'язливих думок; якщо особистість сприймає такі думки як ті, що потребують суворого контролю і можуть нанести шкоди, вона не може їх ігнорувати, що призводить до виникнення obsесивно-компульсивного неврозу [цит. за 32; 52].

Зміст нав'язливих его-дистонних, або як їх ще називають, контрастних думок, часто обертається навколо жорстоких тем, які у нормі є нетиповими людини. За одним із досліджень Д. Кларка, був встановлений ряд сюжетів нав'язливих думок, які з'являються у здорових осіб [46]. Найбільш поширеними були раптові безпідставні бажання розвернути автомобіль на обочину, наїхати на тварин або пішоходів, скривдити або вдарити незнайомців, стрибнути із високої місцевості, образити членів родини. Не менш частими були страхи про залишений

відкритий доступ газу вдома, ввімкнену плиту, праску, відкриті двері і ймовірність вторгнення у дім.

У 1988 році Е. Клінгер провів експеримент для виявлення нав'язливих думок у неклінічних випадках [39]. Психолог роздав студентам таймери, які звучали декілька разів на день і спонукали учасників щоразу записувати думку, яку вони обдумували на момент звукового сигналу. Результати показали, що із 1425 думок, зафіксованих протягом 7 днів, 31% були абсолютно мимовільними, а 13% - шокуючими, неприємними для респондентів. Подальші дослідження, що включали бесіди із респондентами, дозволили встановити, що хоча такі думки і виникають у здорових осіб, це відбувається досить рідко і ніяк не заважає їм.

У дослідженні 2003 року, ста студентам було запропоновано поділитися двома думками, які їм було складно контролювати протягом минулого тижня [57]. Результати показали, що найбільш поширеними були думки, пов'язані із внутрішніми страхами і переживаннями, так звані его-синтонні думки. Наступними за поширеністю були его-дистонні думки неприємного характеру і, згодом, депресивні. Крім цього, студенти відмітили, що его-синтонні думки регулярно з'являються декілька разів на тиждень і їм вдається їх контролювати, докладаючи певного рівня зусиль. Такі думки можна віднести до категорії негативних автоматичних думок (НАД), адже вони прив'язані до актуальних подій і переживань, як наприклад страх невдачі перед виконанням важливого завдання, невпевненість у собі.

Вважають, що зовнішні чинники можуть провокувати его-дистонні нав'язливі думки та НАД. Так, найбільш вагомим є вплив подій, які відбувалися протягом двох тижнів до теперішнього моменту – вони можуть ставати джерелом негативних нав'язливих думок. Результати дослідження Е. Клінгера відображають, що 96% усіх думок респондентів стосувалися їхнього повсякденного життя, а 67% були про актуальні життєві переживання [39; 40]. Таким чином, можна зробити

висновок про значиму роль обставин у виникненні нав'язливих думок, як егосинтонних, так і его-дистонних.

Одним із конструктів, який корелює із нав'язливими думками, та зокрема обсесивно-компульсивним розладом, є магічне мислення. Його суть полягає в тому, що людина починає сприймати свої думки, дії або слова як такі, що мають вплив на реальність [36]. Людина, яка призвичаїлася до магічного мислення, має ілюзію контролю над світом і намагається запрограмувати неконтрольоване. Якщо дії випадково збігаються із очікуваним результатом, особистість все більше вірить в силу власного контролю над світом, а у зворотному випадку - звинувачує себе за нібито «неправильні» думки або дії. Для людини, яка звикла мислити «магічно», нав'язливі думки несуть загрозу. Негативні образи у вигляді контрастних думок сприймаються як реальна небезпека і викликають паніку. Щоб позбутися них, особа починає виконувати абсурдні дії - ритуали, адже вона вірить, що конкретна алогічна дія здатна відвернути загрозу. Невиконання ритуалів призводить до більшого емоційного тиску, посилення страху. Таким чином, створюється замкнене коло, із якого суб'єкту важче вибратися із кожним циклом.

Особистісні якості теж відіграють роль у виникненні нав'язливих думок. Поняття особистої відповідальності є надзвичайно важливим у понятті неврозу нав'язливих станів. Був відмічений зв'язок між підвищеним рівнем відповідальності і наявністю симптомів тривожного або обсесивно-компульсивного розладу [45]. Особи із високим рівнем відповідальності, які переживають нав'язливі думки, відчувають гостру необхідність мінімізувати небезпеку, адже зміст думок здається їм загрозливим не лише для них, але і для їхніх близьких людей. Нерідко респонденти із обсесивно-компульсивними симптомами вказують, що у відповідь на нелогічні небажані думки чи імпульси, вони вимушені виконувати ритуали, адже, на їхню думку, відсутність реакції на подібну думку може спровокувати проблеми у житті значущих людей. Кореляція між підвищеною відповідальністю і наявністю нав'язливих станів є сильнішою у

дорослих осіб, ніж у дітей; виявлений результат може слугувати підґрунтям для припущення, що із ходом дорослішання людині властиво набувати певних установок, що укорінюються і впливають на сприйняття життєвих ситуацій.

Наряду із високою особистісною відповідальністю, гіперболізоване сприйняття небезпеки є передумовою розвитку розладу нав'язливих станів. Як правило, его-дистонні нав'язливі думки, які періодичні з'являються у житті кожної людини, не викликають сильного страху і за короткий термін часу проходять, не турбуючи людину. Однак, надреалістичне уявлення небезпеки від подібних думок може стати проблемою для схильних до таких проявів особистостей. Часто у сюжетах нав'язливих думок фігурує очікування критичної небезпеки у абсолютно безпечних умовах (наприклад, думка, що у сонячний день почнеться смерч), або мотив нанесення серйозної шкоди (парадоксальне бажання вдарити близьку людину, нанести важких тілесних ушкоджень собі); особа, яка сприймає ці імпульси як більш реальні, може відчувати фізичний дискомфорт і негайну потребу у нівелюванні подібних роздумів для уникнення критичних наслідків.

1.2 Місце тривожності у розвитку нав'язливих думок у студентів.

Термін «тривожність» широко вживаний як в наукових колах, так і в повсякденному житті. Е. Еріксон та Р.Мей називали тривожність «центральною проблемою сучасної цивілізації», інші вчені визнавали її «основним життєвим переживанням сучасності» [11; 22] Хоча тривожність наразі є однією із найактуальніших тем у психологічних дослідженнях, ні в психіатрії, ні в психології ще не було прийняте чітке визначення цього терміну. Тривожністю вважають стан емоційної напруги, що характеризується хвилюванням, настороженістю, душевним дискомфортом, підвищеною вразливістю; тривожним особистостям властиве загострене почуття провини і недооцінювання себе у ситуаціях невизначеності або передчуття неясної загрози [14]. Тривожність може виступати у ролі перманентної індивідуальної властивості людини – особистісної тривожності, або як тимчасовий психічний стан, який виникає під впливом

стресових факторів – ситуативної тривожності. До функцій тривожності відносять: 1) захисну - передбачення небезпеки і підготовка до неї; 2) мотиваційну – посилення мотивації досягнення; 3) адаптивну – механізм пристосування до буденності. А.М Прихожан стверджувала, що нормальний, оптимальний рівень тривожності є необхідним інструментом адаптації людини до дійсності [13]. Тим не менш, якщо людина постійно знаходиться у стані тривожності, це сигналізує про наявність порушень у особистісному розвитку і заважає нормальній діяльності та спілкуванню. До проблем тривожності відноситься як надмірно високий рівень, так і її повна відсутність.

Стійка тривожність часто слугує підґрунтям для розвитку патогенних станів і психологічних розладів, тому потребує особливого дослідження та уваги. Причини постійного тривожного стану можуть критися у досвіді дитячо-батьківських стосунків, а саме у несхваленні значущими людьми; психіатр Г. Салліван стверджував, що незадоволення потреб порушувало біологічну рівновагу та призводило до розхитування довіри між дитиною і дорослим [15]. Отже, однією із провідних версій зародження стійкої тривожності є незадоволення провідних потреб Я.

Загалом, як основні джерела стійкої тривожності розглядають:

- 1) довготривалу зовнішню стресову ситуацію, яка виникла в результаті частого переживання стану тривоги [53];
- 2) внутрішні – психологічні і/або психофізіологічні – причини, наприклад властивості ендокринної системи або слабкість нервових процесів [21].

Таким чином, середньостатистичній людині, скоріш за все, будуть відомі поняття і відчуття тривожності, перепадів настрою, легкої втомлюваності, труднощів із комунікацією, тощо. Однак однією із найбільш вразливих груп, яка має високий потенційний ризик розвитку психічних розладів, є студентство. За даними дослідження А. Вард, М. Дюк та ін. близько 90% студентів мають

відхилення у стані здоров'я; у 60% студентів першого курсу виявлено різні патології здоров'я; дедалі частіше у студентів помічають наявність нав'язливих думок та ознак obsесивно-компульсивного розладу [4].

За дослідженням Американської психологічної асоціації, рівень поширеності психічних розладів серед американських підлітків та молоді до 26 років значно зріс за минуле десятиліття. Проаналізувавши дані опитувань щодо вживання алкоголю, наркотичних засобів, наявності психічних розладів у період 2005-2009 років та 2017 року, дослідники виявили різкі негативні тенденції. Кількість підлітків, що відчують симптоми депресії зросла із 2005 року на 52%, серед молоді у віці 18-25 років виявилось зростання на 63%. Також кількість молодих людей, які зазначили про переживання серйозного стресу протягом попередніх 30 днів зросла на 72%, а кількість молоді із суїцидальними думками зросла на 47%. На думку дослідників, головними чинниками поширення стресу серед цієї вікової категорії є збільшене використання цифрових джерел інформації, соціальних мереж та недостатня кількість сну, порівняно із попередніми поколіннями. Також вони вважають, що дозвілля молодих людей впливає на їхній психологічний стан - сучасних реаліях молодь більше часу проводить у цифровому медіапросторі [56].

Оскільки Україну не оминула хвиля діджиталізації, можна припустити, що українська молодь теж відчуває значний вплив соціальних мереж. UNICEF опублікувала результати дослідження про соціальні умови та індикатори здоров'я підлітків і молоді в Україні за 2019 рік, де встановила, що чверть молодих українців постійно відчувають гостру потребу зайти в Інтернет, щоб перевірити свої соціальні мережі. Кожен десятий підліток надає неправдиву інформацію про час, проведений у соціальних мережах, а кожен восьмий (12.6%) залежний від соціальних мереж. Хоча дослідження проведені із опитуваними у віці від 10 до 17 років, можна допустити, що дані правдиві і для молоді старше 18 років. Отже, захоплення молоддю віртуальною реальністю може безпосередньо впливати на їхній психологічний стан [1].

Що стосується глобалізованих факторів посилення тривожності населення, крім численних політичних конфліктів, у 2019 році почалася епідемія коронавірусу COVID-19. Захворювання перейшло у ранг пандемії і значно відобразилося на нормі життя людей у всіх країнах світу. Порушення економічної стабільності та різкі зміни у соціальному житті, наряду із тривожністю через відсутність достовірної інформації про вірус, послабили психологічну стійкість населення. Студенти, які звикли до звичного розпорядку занять, роботи, зустрічей із друзями, були вимушені відмовитися від усталеного ритму життя через тотальний карантин. Психологічні наслідки карантину є не менш глобальними ніж економічні.

Пандемія COVID-19 та економічний спад негативно вплинули на психічне здоров'я багатьох людей та створили нові бар'єри для людей, які вже страждають на психічні захворювання та розлади вживання наркотичних речовин. Дослідники у США встановили, що під час пандемії приблизно 4 з 10 дорослих повідомляли про симптоми тривоги або депресивного розладу, в той час як до пандемії лише 1 із 10 осіб зверталася за допомогою через тривожність. Опитування щодо відстеження стану здоров'я KFF від липня 2020 року також виявило, що багато дорослих повідомляють про певні негативні наслідки для свого психічного здоров'я та самопочуття, такі як труднощі зі сном (36%) або прийомом їжі (32%), збільшення споживання алкоголю або вживання наркотичних речовин (12%) та погіршення хронічних захворювань (12%) через хвилювання та стрес через коронавірус [43]. Українські дослідники із Харківської академії післядипломної освіти та Харківського медичного університету виявили, що 95% опитуваних переживають стрес через невизначену тривалість загрози коронавірусу, а 65% стверджують, що карантинні заходи та самоізоляція погано впливає на їхній емоційний стан [23]. Отже, коронавірус та його наслідки очевидно виражаються у результатах новітніх психологічних досліджень, адже пандемія змінила звичне життя усіх людей, і відповідно, юнаків та юначок.

З точки зору вікової психології, пізній юнацький вік характеризується кризою ідентичності, яка випадає на період студентства і теж може

супроводжуватися підвищеною тривожністю. Криза ідентичності у цьому віці характеризується розгубленістю щодо власної індивідуальності, сумнівів щодо свого «Я», щодо свого положення у суспільстві і майбутнього. У молодих людей криза ідентичності може проявлятися із гострим відчуттям фрустрації, тривожністю, агресивністю, конфліктністю, соціальною дезадаптацією [7].

До виникнення тривожних реакцій у студентському середовищі призводить суворий поточний контроль знань або контроль у формі тестів, внутрішня міжособистісна конкуренція, прагнення до високої успішності. Стає очевидним, що у очікуванні та безпосередньому процесі проходження іспитів, більшість студентів матимуть високі показники ситуативної тривожності, що знизяться після проходження контролю знань. Однак, регулярне переживання ситуативної тривожності негативно впливає на організм, нерідко проявляється у формі гострих невротичних реакцій і може переростати у тривожний невроз [20].

Отже, сукупність індивідуальних особливостей юнаків та юначок, таких як рівень особистісної тривожності, унікальний досвід із дитинства, особливості переживання кризи ідентичності, у поєднанні із екстернальними факторами - культурними світовими змінами (цифрова революція), зміною шкільного середовища на університетське, формують прояви та рівень інтенсивності тривожності.

Очевидним є зв'язок між рівнем тривожності особистості та гостротою проявів нав'язливих думок. Тривога - це один із основних компонентів нав'язливих станів. Вона провокує нав'язливі думки, або посилюється після їх виникнення. Тривога також виникає за наявності фобій. Фобічна тривога викривлює сприйняття та наділяє негативним змістом деякі предмети і місця, що асоціюються із страхами, небезпекою. Зіткнення із такими об'єктами/обставинами підвищує рівень тривожності, що тягне за собою нав'язливі думки та/чи дії. Таким чином особливо чутлива і тривожна, людина, яка легко піддається зовнішнім впливам, може бути у групі ризику виникнення нав'язливих станів і, у подальшому, obsesивно-

компульсивного неврозу. Психологи також висловлюють припущення, що обсесивно-компульсивні прояви частіше проявляються у психоастеничного типу особистості, які характеризуються високим рівнем тривожності [17].

У дослідженні тривожності як фактору розвитку обсесивно-компульсивного розладу, психологи виявили деякі закономірності. Серед студентів-першокурсників, які мали високий рівень тривожності (35,2% осіб), було виявлено 12,7% із легким рівнем проявів ОКР і 4,2% із середнім рівнем. Серед студентів п'ятого курсу, що мали високий рівень тривожності (23,5%), виявилось 10,3% осіб із середнім рівнем, і лише 2,9% із легким рівнем проявів ОКР, що свідчить про хронізацію даного розладу у ранньому дорослому віці. Що стосується гендерних відмінностей, високий рівень тривожності переважав у дівчат, в той час як обсесивно-компульсивні прояви були сильніші серед юнаків [8].

Дослідження польських науковців-психотерапевтів із Ягеллонського університету полягало у порівнянні сили проявів тривожності у осіб із обсесивно-компульсивним розладом і генералізованим тривожним розладом. Ними було встановлено, що тривожність у групі осіб із ОКР мала дуже високі показники і майже досягала рівня тривожності у групі ГТР [30].

Виникнення нав'язливих станів також пов'язують із так званим «страхом страху» (anxiety sensitivity), який полягає у відчутті страху перед тривожними проявами. Люди із даним феноменом занадто чутливо сприймають симптоми тривожності, що призводить до погіршення їхнього емоційного та фізичного стану. Наприклад, людина, яка відчуває підвищене серцебиття сприймає симптом як загрозу життю або як прояв серйозної хвороби. Численні дослідження допомогли вченим виявити зв'язок між anxiety sensitivity і виникненням нав'язливих станів. Намагаючись уникнути неприємних відчуттів і страху, людина може вдаватися до уникаючої поведінки, а також сприймати будь-які нав'язливі думки як загрозливі, що подібно до механізмів розвитку ОКР [50].

Отже, тривожність відіграє значну роль у переживанні нав'язливих станів, та зокрема, нав'язливих думок, і може бути як підсилюючим, супроводжуючим фактором, так і похідною від obsesій та компульсій. Завдяки дослідженням вчених усього світу ми знаємо, що особистісна тривожність виступає у ролі фону, сприятливого для виникнення нав'язливих станів, однак, не обов'язково спричиняє їх.

Висновки до розділу I:

Науковці почали перейматися проблемою нав'язливих думок з XX століття, однак станом на сьогодні не запропоновано стандартизованої уніфікованої класифікації нав'язливих думок. Психологи пропонують свій теоретичний підхід, психіатри та неврологи розглядають явище через призму нейробіологічних чинників.

Нав'язливі думки найтісніше асоціюються із неврозом нав'язливих станів (ОКР), однак наявність нав'язливих думок не означає наявність розладу. Все більше людей діляться досвідом переживання нав'язливих думок у повсякденному житті; дослідження психологів доводять, що із загального масиву думок близько 31% - мимовільні, а 13% характеризуються абсурдним змістом, який протирічить моральним цінностям та прагненням людини.

Не всі нав'язливі думки носять шокуючий характер, тобто є контрастними стосовно істинних переконань особистості. Розповсюдженим видом нав'язливих думок є нав'язливі сумніви, фобії, негативні автоматичні думки (які, наприклад, виникають як відповідь на невпевненість у собі) та афективно-нейтральні думки, які не несуть загрози і характеризуються повторюванням слів, пісень, безперервною лічбою.

Нав'язливі думки у здорових осіб та на клінічному рівні відрізняються не за сюжетами, а інтенсивністю. До загострення переживання нав'язливих думок та зміщення у розряд психічного розладу приводять деякі особистісні диспозиції, такі як підвищене відчуття відповідальності, гіперболізоване сприйняття безпеки та схильність до магічного мислення.

Студенти нинішньої епохи схильні до тривожності через активну діджиталізацію, а також низку економічних, політичних, глобальних факторів.

II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРИВОЖНОСТІ НА РОЗВИТОК НАВ'ЯЗЛИВИХ ДУМОК У СТУДЕНТІВ.

2.1. Загальна характеристика методів дослідження.

Семантичний аналіз нав'язливих думок є складним процесом, який потребує систематичних та стандартизованих методів. Оскільки універсальна методика аналізу таких думок ще не встановлена вченими, ми звернулися до розширених малоформалізованих методів, таких як анкета та інтерв'ю. Для доповнення дослідження даними про тривожність та схильність студентів до невротичних реакцій, зокрема obsесивно-компульсивних, ми розглядали численні методики, що виявляють специфіку, інтенсивність досліджуваних проявів. Серед розмаїття методик нам вдалося знайти декілька взаємодоповнюючих валідних та надійних методів для дослідження. Дослідження полягало у визначенні актуального та особистісного рівня тривожності, виражених невротичних симптомів та оцінюванні інтенсивності нав'язливих думок для подальшого виявлення кореляції між рівнем тривожності і нав'язливими думками. Таким чином, було обрано три тестові методики, одну анкету та інтерв'ю.

Методика №1 - анкета, що створена на основі стандартизованого списку симптомів obsесивно-компульсивного розладу Y-BOCS. Оригінальний опитувальник містить близько 80 пунктів, які представляють різні варіації нав'язливих думок і дій, що поділені на категорії, такі як «агресивні obsесії», «нав'язливі думки про хвороби», «сексуальні obsесії», «компульсії, пов'язані із чистотою», «повторювані ритуали» та інші. Оскільки у психологічній практиці повний уніфікований чек-ліст Y-BOCS використовується у клінічному інтерв'ю, яке не передбачене нашим дослідженням, ми обрали найбільш узагальнені та важливі для нас симптоми із кожної категорії нав'язливих думок. Також, ми концентрувалися саме на obsесіях, а не компульсіях, адже наше дослідження фокусується саме на нав'язливих думках у студентів із високою тривожністю.

До анкети, яка є списком вибраних симптомів із повного переліку obsесивно-компульсивних симптомів Y-BOCS, увійшли питання стосовно частоти появи наступних думок у студентів:

1. страх нанести собі тілесних ушкоджень;
2. страх нанести тілесних ушкоджень іншим людям;
3. раптове уявлення сцен жорстокості;
4. страх піддатися імпульсу (наприклад, стрибнути із високої місцевості);
5. бажання розставити предмети рівно, симетрично;
6. страх захворіти на серйозну хворобу;
7. бажання часто мити руки, щоб мінімізувати ймовірність зараження вірусом (до коронавірусу);
8. сумніви чи зачинені входні двері;
9. сумніви чи вимкнені електроприлади або газ;
10. страх втратити контроль над собою;
11. необхідність вчинити певну дію, бо її невиконання може нашкодити респонденту або її/його близьким.

Також до анкети ми додали питання про загальну частоту появи нав'язливих думок, вік, з якого респонденти почали помічати такі думки, і відкрите питання, у якому учасники дослідження могли поділитися актуальними переживаннями, які їх тривожать. Таким чином, нам вдалося охопити найбільш розповсюджені симптоми нав'язливих станів і виявити закономірності, пов'язані із віком респондентів.

Методика №2 – шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Обрана методика є валідним і надійним методом вимірювання особистісної та ситуативної тривожності. Опитувальник складається із 40 висловлювань і поділений на два блоки: перший блок спрямований на визначення рівня тривожності як стану (емоційного, актуального у поточних обставинах), в той час

як другий блок визначає рівень тривожності як індивідуальної особливості особи, диспозиції. Шкала Спілбергера-Ханіна зручна тим, що дозволяє охопити ці два виміри тривожності і робити більш точні висновки та прогнози у комплексі із додатковими методами дослідження.

Методика №3 – клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів К.К. Яхіна і В.Д. Менделевича. Опитувальник дозволяє проаналізувати наявність та інтенсивність невротичних проявів. Опитувальник містить 68 питань, які відносяться до 6 шкал: тривожності, астенії, істеричної реакції, obsесивно-компульсивних порушень (нав'язливих станів), вегетативних порушень і неврозів. Перевагою опитувальника є його багатогранність і висвітлення тих проявів, які є ядреними для нашого дослідження, як наприклад тривожність та схильність до нав'язливих станів.

Методика №4 – шкала obsесивно-компульсивних розладів Йеля-Брауна (Y-BOCS). Ця клінічна методика створена для кількісної оцінки проявів нав'язливих думок і дій і є однією із основних у роботі із нав'язливими станами. Шкала містить 10 питань і розділена на два блоки, де перший оцінює прояви obsесій, а другий – компульсій, а також отримується загальний бал вираженості obsесивно-компульсивних симптомів за шкалою від 1 до 40. Шкала Йеля-Брауна є особливо важливою для нашого дослідження, адже ми можемо виокремити інтенсивність проявів безпосередньо нав'язливих думок.

Заключна частина дослідження полягала у проведенні інтерв'ю із учасниками дослідження стосовно рівня інтенсивності проявів нав'язливих думок, їхнього змісту та контексту. Обробка отриманих даних спрямована на виявлення закономірностей та факторів, що провокують виникнення нав'язливих думок.

У дослідженні взяли участь п'ятдесят респондентів у віці від 18 до 21 років, тобто вибірка охоплює пізній юнацький та ранній дорослий вік. Усі опитувані є студентами і здобувають ступінь бакалавра. За статтю, вибірка розподілилася за таким принципом: 72% (36 осіб) усіх опитуваних – дівчата, 28% (14 осіб) – хлопці. За віком, більшість респондентів – 48% (24 осіб) - вказали 21 рік, 22% (11 осіб) – 20 років, 20% (10 осіб) – 19 років, та відповідно 10% (5 осіб) – 18 років.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів.

Основна частина дослідження закладена у методиці №, яка полягає у опитуванні респондентів за обраними симптомами obsесивно-компульсивного неврозу із чек-листу Y-BOCS. Респонденти мали змогу вказати частоту появи конкретних нав'язливих думок у континуумі часто-інколи-ніколи. Результати цієї методики допомогли встановити закономірності змісту нав'язливих думок у студентів та вікових тенденцій їхньої появи.

На питання *«як часто Ви відчуваєте страх нанести собі тілесних ушкоджень?»* 66% респондентів (33 особи) обрали варіант «ніколи», 30% (15 осіб) – «іноді» і 4% (2 особи) – «часто». Значно відрізняється результат за подібним питанням *«як часто Ви відчуваєте страх нанести тілесних ушкоджень іншим людям?»* - 58% (29 осіб) не переживають таких думок, однак 40% (20 осіб) іноді мають подібні думки. Різниця між результатами першого і другого питання може критися у тому, що респонденти нерідко надають найвищий пріоритет близьким людям і піклуються про їхню безпеку більше, ніж про власну; переживання про інших займає більше часу і уваги, відповідно виникнення негативних контрастних думок із мотивами завдання шкоди іншим є більш активним, ніж виникнення таких думок, спрямованих на себе. Також, причиною появи думок про завдання шкоди іншим може бути страх втратити контроль над собою і вчинити аморальні дії, який теж є поширеним у загальносвітових дослідженнях нав'язливих думок.

Найбільш актуальним для наших респондентів виявилось питання «*як часто Ви раптове уявляєте сцени жорстокості?*» - 54% респондентів (27 осіб) вказали, що таке переживання періодично з'являється у свідомості, та 18% (9 осіб) зазначили, що це відбувається часто. Сцени жорстокості можуть включати різні негативні сценарії, які не обґрунтовано виникають у свідомості і або несуть емоційне навантаження, або проходять без впливу на емоційний стан людини.

Ще одним розповсюдженим аспектом нав'язливих станів є виникнення раптових імпульсів, бажання скоїти вчинок, який часто протирічить істинним прагненням і цінностям. Так, на питання «*як часто Ви відчуваєте страх піддатися імпульсу (наприклад, стрибнути із високої місцевості)?*» 50% учасників (25 осіб) відповіли, обравши варіант «іноді», а 18% (8 осіб) – часто. Такий тип нав'язливих думок часто зустрічається у літературі та на рівні побутових дискусій, де опитувані зізнаються, що нерідко відчувають миттєве бажання вчинити дію, яка абсолютно не відповідає їхньому внутрішньому стану і цінностям. Наприклад, дівчина, яка нещодавно стала матір'ю, відчуває страх кинути свою дитину із висоти; людина, яка не має суїцидальних намірів, переживає дивне відчуття, стоячи на краю платформи. Дослідники стверджують, що такі імпульси виникають безпосередньо під впливом зовнішніх чинників, тобто наявність потенційно небезпечних предметів пробуджує обсессії такого типу як у тривожних, так і не тривожних осіб.

Додаткове питання на тему самоконтролю було сформульовано наступним чином: «*як часто Ви відчуваєте страх втратити контроль над собою?*». 52% респондентів, тобто 26 осіб, обрали варіант «ніколи», 32% (16 осіб) – «іноді» та 16% (8 осіб) – часто.

Питання іпохондрії нерідко фігурує у людей із обсесивно-компульсивними симптомами, тож у дослідження було введено питання «*як часто Ви відчуваєте страх захворіти на серйозну хворобу?*». 52% опитуваних (26 осіб) відзначили, що

інколи їх турбує ця думка, а 24% (12 осіб) вказали, що це відбувається часто. Нозофобія є одним із найрозповсюдженіших страхів і нерідко фігурує на неклінічному рівні, може надокучати малотривожним особистостям. Варто врахувати також поточну епідемію коронавірусу, яка сколихнула суспільство у 2020 році. Хоча коронавірус не входить у список невиліковних хвороб, які частіше викликають страх, він не досконало вивчений і впливає на організм кожного індивідуально, тож деякі люди бояться захворіти через непередбачуваність перебігу.

Нав'язливі сумніви часто асоціюються із неврозом нав'язливих станів. Небезпека сумнівів полягає у їхній постійності, адже протягом дня середньостатистична людина декілька разів перепитує себе, чи виконана та чи інша дія. Сумніви можуть укорінюватися, і коли особистість «обростає» ними, це може призвести до розвитку неврозу і відчутно вплинути на якість життя людини. На питання *«як часто Ви сумніваєтеся, чи зачинені входні двері?»* 44% (22 особи) відповіли «іноді», а 32% (16 осіб) – «часто», тобто більшість опитуваних стикаються із хворобливими нав'язливими сумнівами. Додаткове питання *«як часто Ви сумніваєтеся, чи вимкнені електроприлади або газ?»* отримали наступні реакції: 38% (19 осіб) відповіли «інколи», 26% (13 осіб) – «часто», решта учасників обрали варіант «ніколи».

Наступні кілька запитань стосуються комбінації нав'язливих дій та думок і були введені для виявлення респондентів із безпосередніми ознаками обесисвно-компульсивного неврозу. Оскільки схильність до перфекціонізму у побуті притаманна невротичних особам, перше питання із блоку стосувалося симетрії та порядку. Питання *«як часто Ви відчуваєте бажання розставити предмети рівно, симетрично?»* розділило вибірку на три практично рівномірні підгрупи: 30% (15 осіб) обрали варіант «часто», 32% (16 осіб) – «інколи», та 38% - «ніколи». Досить високі результати можуть пояснюватися прагненням до перфекціонізму багатьох

респондентів, однак можуть і сигналізувати про наявність нав'язливих станів на легкій або більш серйозній стадії.

Інше питання із цього блоку *«як часто Ви відчуваєте бажання часто мити руки, щоб мінімізувати ймовірність зараження вірусом (до коронавірусу)?»* спрямоване на виявлення тенденції компульсій, пов'язаних із чистотою. Переважна більшість (52%, тобто 26 осіб) обрали варіант «ніколи», що підкріплює результати шкали Йеля-Брауна, у якій бали між obsесіями і компульсіями розподілені із сильною перевагою в сторону obsесій, тобто нав'язливі дії не поширені у нашій вибірці. Тим не менш, 36% респондентів (18 осіб) обрали варіант «іноді», та 12% (6 осіб) – «часто». Необхідно вказати, що на хвилі епідемії коронавірусу турбота про чистоту рук стала загостреним переживанням і набула більшої уваги, ніж у часи до епідемії, однак конкретне питання спрямоване саме на загальну тенденцію цього прояву у житті опитуваних.

Останнє питання із цього блоку покликане відслідкувати зв'язок між нав'язливими діями та ритуалами у класичному прояві неврозу нав'язливих станів. Оскільки людям із схильністю до obsесивно-компульсивного розладу властиво сприймати нав'язливі думки як реалістичні, навіть якщо вони ніяк не підкріплені реальними фактами, вони відчувають відповідальність та потребу нівелювати таку думку, щоб вона нікому не нашкодила. Відповіді на питання *«як часто Ви відчуваєте необхідність вчинити певну дію, бо її невиконання може нашкодити Вам або близьким?»* продемонстрували, що 52% вибірки ніколи не стикаються із подібним переживанням, в той час як 26% (13 осіб) відчувають це іноді, а 22% (11 осіб) - часто. Вибірка умовно розділилася на дві частини, і можна зробити припущення, що стверджувально відповіли на запитання ті особи, які мають obsесивно-компульсивний невроз у легкому або більш серйозному прояві.

Таким чином, на основі отриманих результатів, можна скласти рейтинг нав'язливих думок за спаданням. Оскільки у нашій вибірці переважна кількість студентів, які переживають нав'язливі іноді, а не часто, саме показник «інколи» є основою для створення рейтингового списку. Отже, частота певних категорій нав'язливих думок у вибірці за показником «інколи» розподілилася наступним чином:

1. раптове уявлення сцен жорстокості – 54% опитуваних;
2. страх захворіти на серйозну хворобу – 52% опитуваних;
3. страх піддатися імпульсу (наприклад, стрибнути із високої місцевості) – 50% опитуваних;
4. сумніви чи зачинені входні двері – 44% опитуваних;
5. страх нанести тілесних ушкоджень іншим людям – 40% опитуваних;
6. сумніви чи вимкнені електроприлади або газ – 38% опитуваних;
7. бажання часто мити руки, щоб мінімізувати ймовірність зараження вірусом (до коронавірусу) – 36% опитуваних;
8. бажання розставити предмети рівно, симетрично – 32% опитуваних;
9. страх втратити контроль над собою - 32% опитуваних;
10. страх нанести собі тілесних ушкоджень – 30% опитуваних;
11. необхідність вчинити певну дію, бо її невиконання може нашкодити Вам або близьким – 26% опитуваних.

Для встановлення загальної частоти нав'язливих думок у респондентів було введене питання *«як часто у Вас з'являються нав'язливі думки?»*. Відповіді розподілилися наступним чином:

- 18% (9 осіб) - «майже ніколи»;
- 10% (5 осіб) - «раз на місяць»;
- 28% (14 осіб) - «раз на тиждень»;
- 14% (7 осіб) – «раз у декілька днів»;

- 18% (9 осіб) – «щодня»;
- 12% (6 осіб) – «щодня і багаторазово».

За результатами можна відзначити, що 72% респондентів (36 осіб) переживають нав'язливі думки раз на тиждень і частіше, а найбільш актуальним виявився варіант «раз на тиждень». Із 15 осіб, які обрали варіант «щодня» і «щодня і багаторазово», 13 мають високий рівень особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна. Можна підбити проміжний підсумок, що нав'язливі думки – це буденне, знайоме більшості явище, однак частіше його переживають люди із підвищеним рівнем особистісної тривожності.

Анкета включала два відкриті питання, відповідь на які була довільною, однак нам вдалося зібрати деякі дані про вік виникнення нав'язливих думок у респондентів. Оскільки відповіді знаходяться у широкому віковому діапазоні, встановити середнє статистичне значення не вдалося, однак деякі схильності були відмічені.

Учасники опитування часто вказували підлітковий вік як відправну точку виникнення нав'язливих думок. Підлітковий період знаменується значущою зміною як фізичною так і психологічною у житті особистості. Почуття дорослості, як головне новоутворення, вносить зміни у поведінку, мислення та світосприйняття підлітка. Протиріччя між власними бажаннями і директивами дорослих можуть сіяти невпевненість, або навпаки, бунтарські прояви. Вказаний період вважається непростим для особистості, адже відбуваються бурхливі зміни, набуття досвіду у спілкуванні із оточенням, які у подальшому можуть сформувати усталені комплекси, паттерни поведінки. Наряду із психологічними станом, зазнає перетворень і фізична складова. Враховуючи багатогранність та складність цього періоду у всіх аспектах, нав'язливі думки можуть дійсно виникати у цьому періоді.

Іншим розповсюдженим варіантом став пізній юнацький вік. Така поширеність може бути обґрунтована кризою ідентичності та першими важливими самостійними рішеннями, такими як вибір майбутньої спеціальності та закладу вищої освіти. Закінчення школи вважається стресовим моментом у житті особистості, адже звичний розпорядок, що залишався незмінним із дитинства, завершується та замінюється новим, невідомим. Залежно від індивідуальних особливостей юнаки та юначки по-різному підходять до складання іспитів і вибору подальшого навчання, однак найбільш поширеними реакціями є сильний стрес, страх невдачі, страх підвести рідних, страх зробити неправильний вибір. Юнацький вік приносить велику відповідальність як у самореалізації, так і у стосунках із однолітками. Криза ідентичності, яка постає перед людьми у цьому віці, чинить сильний психологічний тиск. Таким чином, пізній юнацький вік може стати підґрунтям для розвитку нав'язливих думок. Як приклад можна розглянути наступні відповіді респондентів:

«З кінця 2-го курсу університету, коли ледь не завалила сесію».

«Важко сказати, чим старшою стаю – тим частіше вони з'являються».

Окрім підліткового та юнацького віку як хронологічних точках виникнення нав'язливих думок, деякі респонденти вказали менш типові варіанти – «із дитинства» або «тиждень тому». Можна припустити, що чинником появи нав'язливих думок стали певні обставини, події, що спровокували їх, однак для детальнішого розгляду і з'ясування причин необхідно провести бесіду із респондентами.

Відкрите питання, у якому респонденти мали змогу поділитися актуальними нав'язливими думками, підкріпило гіпотезу про підлітковий та пізній юнацький вік як періоди виникнення obsesій. Як приклад, можна зазначити відповідь однієї респондентки:

«Мені щойно виповнилося 18 років. Я взагалі без поняття, що робити далі. Дуже переживаю через це».

Відповідь підтверджує, що пізній юнацький вік супроводжується прийняттям важливих життєвих рішень і хвилює хлопців та дівчат, провокуючи велику кількість думок, серед яких зустрічаються і его-синтонні негативні автоматичні думки, так і его-дистонні, тобто контрастні нав'язливі думки. Також, важливо зазначити наступні відповіді:

«Хвилюють думки здам, чи не здам сесію. Були думки, чи зможу я працювати, якщо не дуже складаються справи з навчанням (до того як отримала роботу)».

«Ким я буду у майбутньому, професія, успішність у житті».

Вказані відповіді респондентів доводять, що студенти відчують власну відповідальність за дії, вибори, а також переживають страх перед невідомим майбутнім.

Результати методики №2 – шкали Спілбергера-Ханіна, дозволили виявити рівень реактивної та особистісної тривожності опитуваних. Так, високі показники ситуативної актуальної тривожності виявлені у 54% (27 осіб) респондентів, тобто більш ніж половина учасників опитування перебувають у емоційному збудженому стані, який може бути визначений зовнішніми чинниками, такими як закінчення навчального року, підготовка до іспитів у рамках сесії або закінчення навчання в університеті. Середній рівень реактивної тривожності виявлений у 32% (16 осіб), а низький - у 14% (7 осіб) (рис. 2.1).

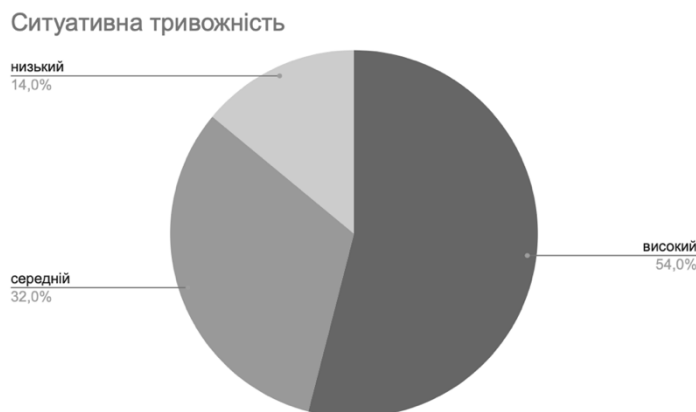


Рис. 2.1 – рівень ситуативної тривожності у студентів

У нашому дослідженні ми загострюємо увагу на особистісній тривожності, яка є відносно стійкою індивідуальною ознакою, адже перманентне почуття тривоги може слугувати тригером виникнення нав'язливих думок. У вибірці було виявлено 62% (31 особа) із високим рівнем особистісної тривожності, що можна вважати великим показником і сприймати як сигнал для більш поглибленого дослідження проблеми тривожності серед студентів. Що стосується низького рівня тривожності, всього 4% (2 осіб) опитуваних отримали такий результат, а решта 34% (17 осіб) мають середній рівень особистісної тривожності (рис. 2.2). Високі показники за цією шкалою говорять про вразливість та нестійку емоційну стабільність, можуть свідчити про наявність глибинних переживань, стресів, або сигналізувати про можливі супутні нездорові тенденції, такі як вегетативні порушення та астенію.

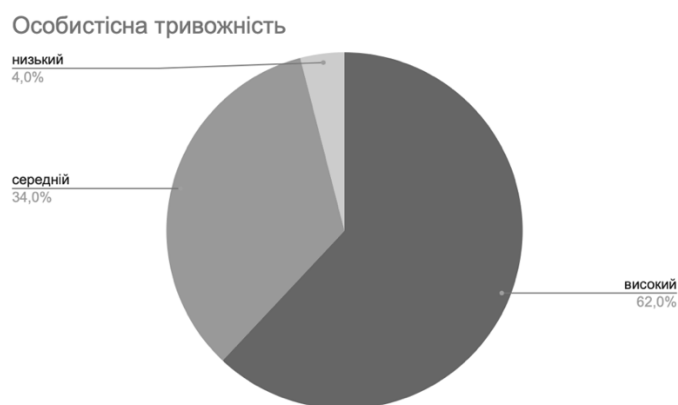


Рис. 2.2 – рівень особистісної тривожності у студентів

Важливо зазначити, що не всі респонденти із високим рівнем реактивної тривожності мають високу особистісну тривожність, і навпаки. Серед тих, хто має високий рівень тривожності, 23 особи, тобто 46% опитуваних від усієї вибірки, отримали одночасно високі показники як особистісної, так і ситуативної тривожності. Коефіцієнт кореляції між рівнем ситуативної та особистісної тривожності r складає 0,5258647751, тобто виявлений зв'язок середньої значущості; отриманий результат демонструє, що наявність високих показників за одним видом тривожності не детермінує наявності іншого. Деякі не тривожні учасники могли перебувати у стресі під час проходження опитування, що вплинуло на показники реактивної шкали, однак висока тривожність не характерна їхній поведінці та світосприйняттю. У зворотному варіанті, високотривожні студенти могли почувати спокій або задоволеність на момент проходження тесту, але в цілому їм притаманна тривожність, тож показники за двома шкалами могли значно різнитися.

Отже, за отриманими результатами методики Спілбергера-Ханіна спостерігається негативна тенденція – у більшості студентів відмічається високий рівень як особистісної так і ситуативної тривожності. Результат підтверджує гіпотезу про зростання внутрішньої психологічної напруги у сучасних реаліях серед юнаків та юначок та підвищену вразливість до стресів.

Наступною методикою №3, яка дозволила встановити більше статистичних даних про вибірку, був опитувальник К.К. Яхіна і В.Д. Менделевича. Відповівши на запитання опитувальника, респонденти отримали показники вираженості психологічних проявів за 6 шкалами. У ході інтерпретації отриманих результатів, ми проводили порівняльний аналіз із результатами методики №2 – опитувальника Спілбергера-Ханіна.

Шкала №1 відповідає рівню вираженості невротичних симптомів (неврозів). Невроз – це стан, що характеризується підвищеною тривогою, страхом,

втомлюваністю, зниженим настроєм, зниженням активності та апетиту. Як правило, невроз має екзогенне походження, тобто виникає внаслідок певних стресових обставин чи подій (наприклад, розлучення, постійні стреси на роботі або родинні конфлікти, тощо). Невроз може бути прихованим, у такому випадку симптоми проявляються не яскраво. Також, диспозицією до виникнення неврозів можуть виступати особистісні характеристики, такі як висока тривожність, схильність до нервових зривів, лабільність, ригідність, фіксація на негативних емоціях. Серед опитуваних було виявлено 26% (13 осіб) із вираженою невротичною депресією, 28% (14 осіб), мають нестійкий стан за цією шкалою, тобто знаходяться на межі виникнення невротичної депресії. 46% (23 осіб) не мають відхилень за ознакою невротичної депресії (рис. 2.3). Із числа респондентів, які відмітили виражену невротичну депресію, 13 із 14 людей мають високий рівень особистісної тривожності за методикою №2. Таким чином, можемо зробити проміжний висновок, що виникнення невротичної депресії характерне для високотривожних осіб.

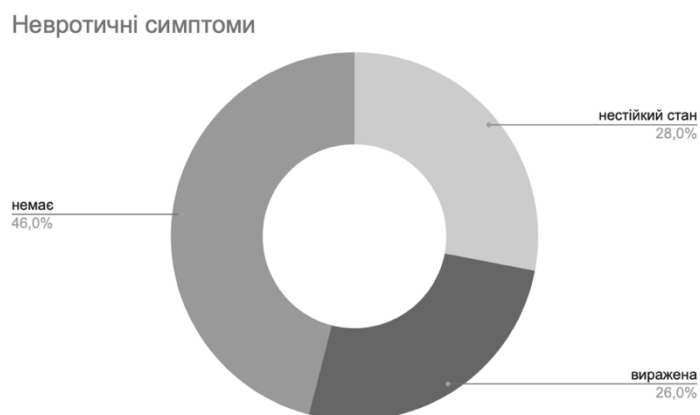


Рис. 2.3 – вираженість невротичних симптомів (неврозів) у студентів

Шкала №2 демонструє розподіл за рівнем тривожності. Оскільки основні прояви тривожності детально досліджені у методиці Спілбергера-Ханіна, ця шкала грає роль підкріплюючої. 48% опитуваних (24 особи) відзначили високий рівень тривожності, 32% (16 осіб) мають нестійкий стан за цією шкалою, в той час як у 20% (13 осіб) відхилень не виявлено (рис. 2.4). 21 із 24 людей, які мають виражену

тривожність за опитувальником Яхіна-Менделевича, мають високий рівень особистісної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна.

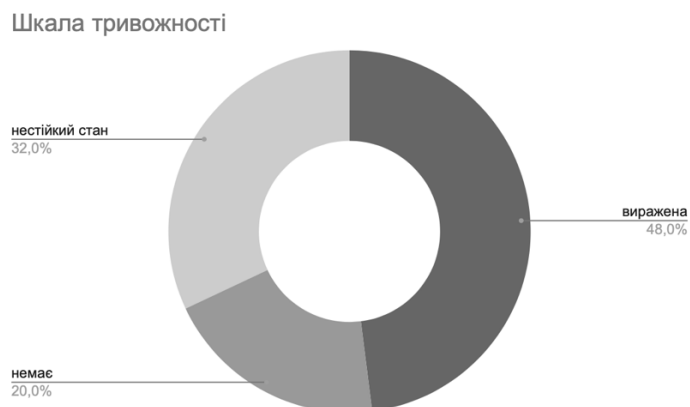


Рис. 2.4 – розподіл проявів тривожності у студентів

Шкала №3 демонструє показники за рівнем вираженості obsесивно-компульсивного розладу. У obsесивно-компульсивних осіб виникає сильний ірраціональний страх як реакція на певні обставини, які не несуть реальної загрози; такий страх супроводжується вираженими симптомами тривоги і часто призводить до унікаючої поведінки. Для obsесивно-компульсивного розладу характерне гіперболізоване сприйняття певних обставин, нелогічне мислення і нав'язливі думки. За результатами нашого дослідження 34% (17 опитуваних) мають виражений obsесивно-фобічний невроз. Нестійкий стан виявлений у 30% респондентів (15 осіб), тобто загалом результати за цією шкалою є досить високими для більшості опитуваних (рис. 2.5). Варто сказати, що високий рівень ознаки у теперішньому часі може бути пов'язаний із загостреною емоційною ситуацією на фоні пандемії коронавірусу. Під час пандемії людей переслідує страх захворіти, тож вони можуть перейматися через незначні дії і надавати їм ірраціонально гіпертрофованого змісту. Такі переживання підвищують рівень тривожності і виснажують людину. Майже всі респонденти із вираженою даною ознакою (15 осіб з 17) мають високий показник особистісної тривожності за методикою №2. Таким чином відмічається зв'язок між рівнем тривожності та наявністю невротичної ознаки, у даному випадку – obsесивно-компульсивної.

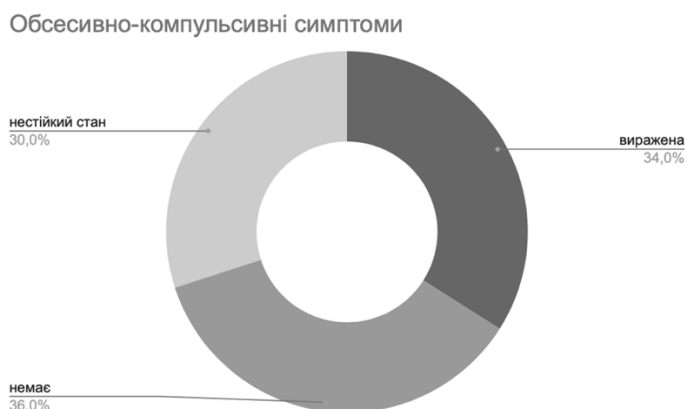


Рис. 2.5 - вираженість обсесивно-компульсивних симптомів у студентів

Шкала №4 дозволяє отримати дані про поширеність істеричних реакцій у нашій вибірці. Істеричні реакції характеризуються надзвичайно емоційними проявами (наприклад, сміх, плач) та можуть розвинути у істеричний невроз. Людям із істеричними реакціями притаманні такі особистісні характеристики як демонстративність, егоцентризм, мінливий настрій. Як і невротична депресія, істерична реакція почасти провокується зовнішніми обставинами. У нашій вибірці переважає показник норми – 56% (28 осіб) не мають відхилень за цією шкалою; всього 14% (7 осіб) мають виражену істеричну реакцію, а 30% (15 осіб) - нестійкий стан, тобто у цієї групи показник може збільшитися (рис. 2.6). Усі респонденти, у яких відмічена виражена ознака істеричного реагування, мають високий рівень особистісної тривожності за методикою №2.

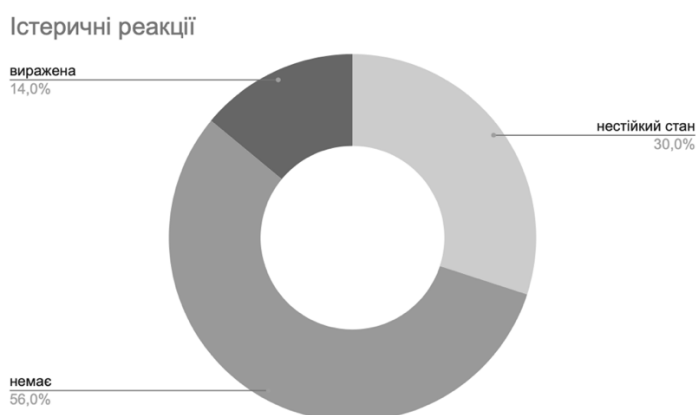


Рис. 2.6 – розподіл інтенсивності істеричних реакцій у студентів

Шкала №5 відповідає рівню вираженості астенії. Типовими проявами астенії є підвищена втомлюваність, виснаження, лабільність, порушення сну та інші вегетативні порушення. Астенія розвивається при важких захворюваннях або хронічній перевтомі, перенапруженнях. Іноді, суб'єктивне сприйняття світу може провокувати астенію, адже людина, яка невпевнена в собі, ставить до себе високі вимоги, перенапружується від великої кількості завдань і може відчувати астенічні симптоми. Серед опитуваних 26% (13 осіб) мають високі показники за шкалою астенії, 44% (22 особи) мають нестійкий стан, і у 30% (15 осіб) не помічено відхилень за даною шкалою (рис. 2.7). 12 із 13 учасників, які мають виражену астенію, мають високий рівень особистісної тривожності за методикою №2, тобто висока особистісна тривожність є тісною супутньою ознакою астенії.

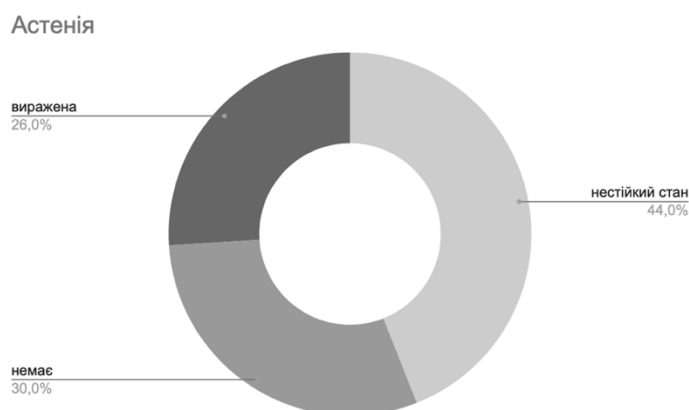


Рис 2.7 – показники вираженості астенії у студентів

Шкала №6 містить показники за шкалою інтенсивності вегетативних розладів. Під терміном «вегетативні розлади» об'єднані різноманітні порушення вегетативних функцій, що зумовлені неправильною нейрогенною регуляцією. До симптомів вегетативної дисфункції відносяться порушення сну, стомлюваність, головний біль, біль у грудині, зниження апетиту. Шкала вегетативних порушень необхідна у дослідженні тривожності, адже соматичні прояви часто супроводжують стрес і розглядаються як симптоми психічних дисфункцій. У нашій вибірці було виявлено всього 14% респондентів (7 осіб), які мають виражені вегетативні порушення (рис 2.8). 6 із 7 осіб із вираженою ознакою мають високий рівень особистісної тривожності за методикою №2. Однак, 32% опитуваних (16

осіб) мають нестійкий стан за цією шкалою, що може передувати розвитку таких станів. Більш ніж половина учасників не мають відхилень за шкалою вегетативних порушень.

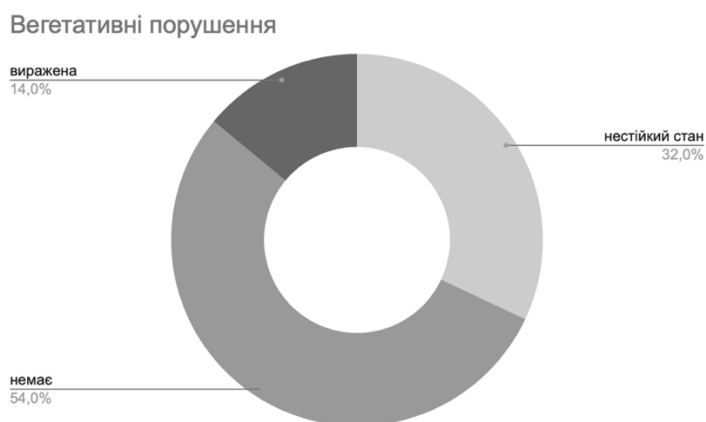


Рис 2.8 – показники вираженості вегетативних порушень у студентів

За результатами був виявлений ряд вторинних закономірностей. Особи, які мають низький рівень особистісної тривожності (4%), не мають відхилень за жодною із шкал опитувальника невротичних станів Яхіна-Менделевича. Аналізуючи профілі 17 осіб, які мають середній рівень особистісної тривожності за методикою №2, було виявлено, що 7 опитуваних, тобто 41% від цієї підгрупи, не мають відхилень за жодною із шкал; 6 учасників (35% від підгрупи) - 2 нестійкі ознаки (таблиця 2.1). Інші 24% підгрупи мають 3 і більше нестійких ознак або декілька виражених, однак ці респонденти мають високий рівень ситуативної тривожності, тож можна зробити припущення, що у конкретний момент вони перебувають у емоційному збудженні під впливом певних чинників, що відобразилося на результатах опитувальника.

У підгрупі високотривожних осіб кожний респондент має або нестійкий стан за кількома шкалами, або виражену ознаку, але найчастішою виявилася комбінація нестійкого і вираженого стану за двома та більше шкалами.

Найчастіше, респондент із високою особистісною тривожністю має 2-4 шкали, де досліджувана ознака виражена, та 2-4 шкали із нестійким станом. У

нашому дослідженні кожен учасник із високим рівнем особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна мав підвищені показники хоча б за одною із 6 шкал опитувальника Яхіна-Менделевича. Таким чином, можна зробити припущення, що висока тривожність є підґрунтям для розвитку невротичних станів і несе вагомий вплив на поведінку та самопочуття особистості. Високотривожні студенти більш схильні до obsесивно-компульсивного розладу, неврозів, розвитку астенії та вегетативних порушень.

Таблиця 2.1

Наявність невротичних симптомів у студентів із середнім та високим рівнем особистісної тривожності

Рівень тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна	Стійкий стан/ознака не виражена	Нестійкий стан або/та виражена ознака
Середній рівень особистісної тривожності	41%	59%
Високий рівень особистісної тривожності	0%	100%

Найбільш поширеним явищем за результатами методики стала виражена тривожність, що спостерігається у 48% респондентів (24 осіб) від вибірки. Також, велика кількість опитуваних мала відхилення за шкалами неврозів і obsесивно-компульсивного розладу – 36% (18 осіб) і 34% (17 осіб) відповідно. Отже, студенти у нашій вибірці визначили вказані шкали найбільш актуальними. Хоча велику роль відіграють зовнішні чинники, такі як актуальні життєві обставини, навчання, робота, стосунки із оточенням, абсолютна більшість респондентів із підвищеними показниками за шкалами опитувальника невротичних станів мають високу особистісну тривожність, тобто ми можемо висунути гіпотезу, що ці прояви притаманні їм на перманентній основі.

Методика №4 – шкала Йеля-Брауна, була введена у дослідження безпосередньо для визначення наявності та інтенсивності нав'язливих станів, та, зокрема, нав'язливих думок. Методика дає змогу оцінити рівень нав'язливих станів за трьома окремими шкалами, однак для нас головне значення має шкала нав'язливих думок та загальна шкала оцінки obsесивно-компульсивних проявів. Важливо зазначити, що obsесивно-компульсивний розлад є нозологічною одиницею, і у разі сильної інтенсивності може потребувати медикаментозного лікування. Оскільки наше дослідження зосереджується саме на нав'язливих думках як негативному психологічному явищі, а не хворобі, ми користуємося інструментарієм діагностики ОКР, але не діагностуємо невроз респондентам, адже для цього необхідно проводити якісне клінічне інтерв'ю. Високі показники за шкалами obsесій, компульсій і неврозу мають розглядатися як диспозиція до наявності або розвитку нав'язливих станів та думок, що і є предметом нашого дослідження.

Серед вибірки студентів-учасників ми виявили 48% респондентів (24 особи), що мають підвищені показники за загальною шкалою obsесивно-компульсивного розладу різного ступеню інтенсивності. Підгрупа опитуваних із виявленими симптомами неврозу нав'язливих станів умовно розподілилася на частини, де у 12 осіб (50%) – легкі симптоми, у 6 осіб (25%) – симптоматика середньої важкості, у решти 6 осіб (25%) – важкий ступінь проявів неврозу.

Що стосується шкали obsесій, явні невротичні ознаки виявлені у 26 осіб, що відповідає 52% усієї вибірки, тобто половина респондентів переживає нав'язливі думки у різних формах (рис. 2.9). Співвідношення інтенсивності проявів збігається із результатами комплексної шкали. Шкала компульсій не входить у фокус уваги нашого дослідження, але варто зазначити, що у більшості респондентів виявлене зміщення інтенсивності у сторону нав'язливих думок, а не дій, тобто нав'язливі думки є більш поширеними, ніж нав'язливі дії, ритуали.

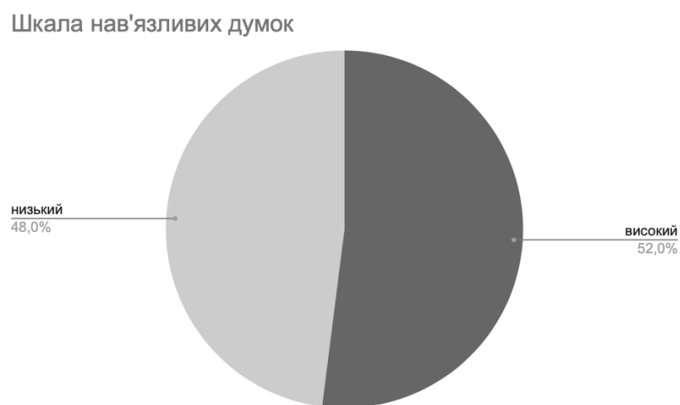


Рис 2.9 – рівень проявів нав'язливих думок у студентів

Скориставшись методами математичної статистики, а саме коефіцієнтом кореляції Пірсона, ми встановили, що коефіцієнт кореляції $r = 0,562832701$, тобто існує середній кореляційний зв'язок між рівнем особистісної тривожності та інтенсивністю проявів obsесивно-компульсивного розладу. Застосувавши кореляційний аналіз зв'язку особистісної тривожності і сили проявів нав'язливих думок, ми з'ясували, що коефіцієнт кореляції $r = 0,5155935447$, що дорівнює середньому рівню значущості. Таким чином, ми виявили, що зв'язок між рівнем особистісної тривожності та інтенсивністю нав'язливих думок існує. Однак, необхідно зазначити, що умовою загострення переживання нав'язливих думок є не лише висока особистісна тривожність, але і особливості темпераменту, характеру, сили нервової системи. Важливу роль також грає наявність фобій і зовнішні фактори, такі як стресові обставини та стиль життя.

Заключна частина дослідження полягала у проведенні інтерв'ю із трьома учасниками опитування стосовно змісту та частоти виникнення нав'язливих думок.

Перша респондентка – А., дівчина, 21 рік, студентка факультету економічних наук. Дівчина має середній рівень особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна. Під час бесіди вона зазначила, що вміє справлятися із нав'язливими думками, які відвідують її. Механізмом, який допомагає їй, є ігнорування таких думок та об'єктивний їх аналіз як думок, які не мають жодного

фізичного втілення та загрози. Втім, найбільш тривожною для неї була нав'язлива думка вторгнення у її дім. Вказана думка з'явилася у підлітковий період (приблизно у 13 років), коли дівчина мешкала у квартирі, однак із переїздом у приватний будинок, нав'язлива думка перестала з'являтися. На думку дівчини, виникнення цієї думки спричиняли накопичений досвід та знання про потенційну небезпеку пограбування, однак реальних передумов для цього не було. Вона зробила припущення, що життя у замиському будинку здається їй більш безпечним через наявність охорони, віддаленість від сусідів, обмежену кількість людей на території містечка. Проте, неодноразово ставалися випадки, коли її сім'я забувала зачиняти входні двері на ніч, що порушує правила безпеки і підвищує ризик вторгнення у дім, однак навіть тоді дівчина не переживала значного стресу. Можна зробити припущення, що саме накопичений за життя досвід впливає на світосприйняття та провокує нав'язливі думки у одному випадку та нівелює їх за інших обставин.

Друга респондентка – К., дівчина, 21 рік, студентка факультету економічних наук. Дівчина має високий рівень особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна. Під час бесіди із дівчиною були виявлені его-синтонні нав'язливі думки із розряду негативних автоматичних думок. Контрастні нав'язливі думки майже не турбують дівчину, однак вона часто переживає невпевненість у собі, незадоволеність власною успішністю, які диктують їй небажані негативні думки. Такі думки надходять періодично, адже в цілому її настрій змінюється циклічно – позитивні фази змінюються менш тривалими емоційно напруженими періодами, у які їй не вистачає мотивації та енергії – саме тоді негативні автоматичні нав'язливі думки стають найбільш інтенсивними. Дівчина пригадує, що такі зміни відбулися у період юнацького періоду (приблизно з 16 років), коли вона відчула відповідальність за майбутні життєві вибори.

Третій респондент – В., хлопець, 21 рік, студент факультету китайської філології. Показник особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна –

низький. Респондент вказав, що не відчуває тиску нав'язливих думок у житті, але час від часу вони трапляються. Такі думки пов'язані із глобальними страхами, як, наприклад, страхом смерті, однак вони дуже швидко забуваються. Однак, деяка категорія контрастних думок все ж помічена у респондента – це імпульс зробити раптову дію, яка не збігається із внутрішнім прагненням, як, наприклад, стрибнути під потяг у метро. Хлопець інколи переживає таку думку, хоча не боїться потягів, але такий імпульс виникає саме у метро – не на висоті або у інших потенційно небезпечних умовах. Пояснення вказаному імпульсу респондент не має.

Висновки до розділу II:

За результатами методики Спілбергера-Ханіна спостерігається негативна тенденція – у більш ніж половини студентів відмічається високий рівень як особистісної так і ситуативної тривожності. Результат підтверджує гіпотезу про зростання внутрішньої психологічної напруги у сучасних реаліях серед юнаків та юначок та підвищену вразливість до стресів.

Опитувальник невротичних станів Яхіна-Менделевича дозволив виявити зв'язок між рівнем особистісної тривожності та наявністю відхилень за шкалами невротичних проявів. Нами встановлено, що найбільш вираженим проявом у респондентів є тривожність, наявність невротичних та obsесивно-компульсивних симптомів. Студенти із середнім рівнем особистісної тривожності, як правило, мають нестійкий стан за кількома шкалами або не мають відхилень взагалі, в той час як кожен студент із високим рівнем особистісної тривожності має нестійкий стан або виражену ознаку за кількома шкалами. Отримані результати свідчать про комплексність невротичних проявів у високотривожність студентів та диспозицію таких осіб до розвитку невротичних станів, зокрема нав'язливих думок.

Шкала Йеля-Брауна продемонструвала наявність нав'язливих думок у 52% респондентів. Після проведення кореляційного аналізу, був встановлений зв'язок середньої значущості між рівнем особистісної тривожності та проявами нав'язливих думок, що підтвердило гіпотезу нашого дослідження.

Результати анкети на основі стандартизованого списку симптомів obsесивно-компульсивного неврозу Y-BOCS висвітлили закономірності появи конкретних думок у студентів. Так, більшість опитуваних інколи переживають нав'язливі думки, найбільш поширеним варіантом був пункт «раз на тиждень», а зміст таких думок найчастіше стосується сумнівів, страхів заподіяти шкоди оточуючим або собі та нозофобії.

РОЗДІЛ III

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ

3.1 Принципи побудови корекційної програми.

Тривожність є розповсюдженим явищем серед студентів, адже у юнацькому віці люди вперше усвідомлюють відповідальність за своє майбутнє. Вказаний період багатий на зміни, які, за Е. Еріксоном, супроводжуються підвищенням тривожності [34]. Високий рівень тривожності постає серйозною проблемою для студентів, адже значно знижує ефективність діяльності, впливає на концентрацію, прийняття рішень та стосунки із оточенням. Тривожність може бути ситуативною і особистісною, тож для розробки програми психологічної корекції необхідно визначити цільовий тип тривожності.

Особистісна тривожність проявляється у різноманітних сферах життєдіяльності особистості і є відносно сталим фактором. Ситуативна тривожність періодично трапляється у житті усіх людей за умови наявності подразника у формі обставин, змін, стресових ситуацій, тощо. На думку В. Фішера, ситуативна тривожність майже завжди виникає, коли: 1) обставини вимагають дій від особи; 2) особа не впевнена в своїх здібностях щось зробити; 3) результат для неї є дуже значущим [35]. Таким чином, ситуативна тривожність приносить негативне емоційне напруження, але може бути легко усунена за короткий проміжок часу. Особистісна тривожність - більш небезпечна, адже, як стала ознака, вона може стати джерелом загострення несприятливих психологічних станів. Для профілактики виникнення розладів та усунення невротичних симптомів, необхідно розробити програму для ефективного зниження рівня особистісної тривожності у студентів.

Висока тривожність у студентів закладів вищої освіти в Україні може бути пов'язана із низкою факторів, що також залежать від стану економічної, політичної та інших систем у країні. Наприклад, значущим питанням для юнаків та юначок є вступ до університету на контрактній або державній бюджетній основі.

Абітурієнти нерідко переживають стрес у прагненні до навчання за державні кошти, психологічний тиск з боку дорослих. Відсутність гарантованих робочих місць за спеціальністю після завершення навчання в університеті спонукає студентів активно пізнавати професію, здобувати досвід у численних сферах діяльності паралельно до навчання, що впливає на зосередженість юнаків та юначок, викривлює пріоритети, знижує якість щоденного режиму дня (порушення сну, неправильне харчування). Також, складна політична ситуація в країні чинить вплив на всіх жителів країни, і студенти не є виключенням, адже студентство часто активно висловлює свою думку стосовно гострих питань, не залишаючись осторонь. Глобальні чинники, такі як неочікувана пандемія коронавірусу у 2019 році, теж вносять зміни у психологічний стан людей усіх національностей та віків. Отже, стрес неминучою частиною життя студентів, а високий рівень ситуативної та особистісної тривожності – буденним явищем.

Для викорінення високої тривожності у студентів необхідно обрати комплексний підхід, що гарантуватиме покращення благополуччя у всіх сферах життя особистості – здоров'ї, стосунках, умовах проживання, навчанні, роботі. Оскільки не всі із вказаних сфер входять до компетенцій психолога, роль психологічної підтримки заключається у розробці програми зниження тривожності, доступної для студентів ЗВО України.

Запропонованим методом виконання програми є створення корекційних груп в межах університету. Корекційною групою називається тимчасове об'єднання людей, у якого є керівник, спільна мета міжособистісної взаємодії, особистісне навчання та розвиток. Переваги групової взаємодії полягають у залученні більшої кількості студентів до роботи із власним рівнем тривожності, заохоченні учасників до систематичного відвідування занять, встановленні довірливих стосунків між учасниками.

Вправи, що передбачені програмою корекції, спрямовані на релаксацію, розвиток почуття довіри до себе та світу, удосконалення комунікацій із людьми.

Таким чином, можна виокремити деякі принципи, на яких побудована корекційна програма зниження тривожності. Важливим є принцип релаксації, який полягає у розслабленні м'язів тіла, відновленні правильного дихання, психологічному розслабленні. Принцип взаємодії з іншими, що розкриває важливість комунікації із оточуючими, довіри до світу. Принцип мультидисциплінарності, що заключається у залученні засобів із різних сфер, наприклад психологічних теоретичних засад, медичного досвіду, тощо. У структурі програми також присутні елементи когнітивно-біхевіоральної терапії, що призначені для коригування довільних думок учасників із негативного тону у здоровий, саногенний тип мислення [6].

3.2 Корекційна програма зниження тривожності.

№	Тема заняття	Зміст заняття	Час виконання
1	«Вступне заняття. Аналіз актуальних переживань»	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Ознайомлення із правилами • Очікування • Самопрезентація • Вправа «Не подобається – подобається» • Підсумки 	1 год
2	«Хороший настрій як спосіб зниження тривожності».	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Правила • Очікування • Вправа «Подаруй усмішку» • Вправа «Сміх» • Вправа «Афірмації» • Підсумки 	1 год 20 хв

3	«Я у світі людей. Сприйняття думок про себе»,	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Правила • Очікування • Вправа «Доторкнися до...» • Вправа «Який я?» • Вправа «Асоціації» • Підсумки 	1 год
4	«Релаксація та медитація».	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Правила • Очікування • Вправа «Ауторегуляція дихання» • Вправа «Афірмації» • Підсумки 	1 год 20 хв
5	«Адекватне світосприйняття: висловлюємо думку без стресу та конфліктів».	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Правила • Очікування • Вправа «Паперові м'ячики» • Вправа «Кажу що бачу» • Вправа «Броунівський рух» • Підсумки 	1 год
6	«Арт-терапія як спосіб зниження тривожності».	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Правила • Очікування • Вправа «Неіснуюча тварина» • Рефлексія • Вільне малювання 	1 год 20 хв

		<ul style="list-style-type: none"> • Підсумки 	
7	«Заключне заняття - хороший настрій як спосіб зниження тривожності».	<ul style="list-style-type: none"> • Вступ • Правила • Очікування • Вправа «Подаруй усмішку» • Вправа «Сміх» • Вправа «Афірмації» • Підсумки 	1 год

ОПИС ТРЕНІНГОВИХ ВПРАВ

1) Вступ.

Мета: створення робочої атмосфери, обговорення загальної мети та очікувань від тренінгу.

Хід вправи: ведучий повідомляє про цілі тренінгу, у тезах знайомить із змістом програми.

2) Встановлення/повторення правил.

Мета: встановлення правил поведінки та їхнє узгодження із учасниками.

Хід вправи: на першому занятті учасники тренінгу знайомляться із правилами поведінки під час сесій, кожне наступне заняття передбачає 2-5 хвилин на повторення правил. Правила поведінки створені ведучим, однак учасники мають право запропонувати додаткові правила.

3) Очікування.

Мета: обговорити та зрозуміти очікування учасників від актуального заняття.

Хід вправи: ведучий пропонує висловитися усім учасникам щодо навичок, вражень, емоційного стану, якого вони хотіли б досягти після завершення тренінгу. На першому занятті учасники тренінгу висловлюють загальні очікування від участі

у програмі, кожне наступне заняття передбачає 5-10 хвилин на висловлювання очікування від конкретного заняття.

4) Самопрезентація.

Мета: знайомство учасників, послаблення емоційних бар'єрів.

Хід вправи: кожен учасник називає своє ім'я та три факти про себе, один із яких – неправда. Інші учасники мають вгадати який саме факт не відповідає дійсності.

5) Підсумки.

Мета: провести аналіз проведеної роботи, зробити індивідуальні висновки.

Хід вправи: кожен учасник по черзі висловлюється щодо свого самопочуття, враження від роботи та ділиться інсайтами.

6) Вправа «Не подобається – подобається».

Мета: систематизувати актуальні переживання, виявити ситуації, що спричиняють психологічний тиск; відчувати позитивні емоції у ході аналізу приємних ситуацій.

Хід вправи: учасникам пропонують поділити чистий аркуш паперу на дві половини й записати на лівій частині відповіді на запитання:

- що мені не подобається в моїй діяльності;
- що мені не подобається в спілкуванні з близькими;
- що мені не подобається взагалі в житті.

Після цього ведучий пропонує відповісти на протилежні питання позитивного спрямування і записати відповіді на правій частині аркуша:

- що мені подобається в моїй діяльності;
- що мені подобається в спілкуванні з близькими;
- що мені подобається взагалі в житті.

Після заповнення аркуша студенти обмінюються враженнями, діляться почуттями під час написання відповідей обох частин вправи.

7) Вправа «Подаруй усмішку».

Мета: створити доброзичливу атмосферу, зняти скутість.

Хід вправи: учасники групи беруться за руки і усміхаються один одному. Кожен учасник повертається до свого сусіда праворуч або ліворуч, бажає йому щось хороше або робить комплімент і усміхається. Ланцюжок усмішок продовжується.

8) Вправа «Сміх».

Мета: розслабитися, зняти скутість, підняти настрій учасникам.

Хід вправи: ведучий розповідає важливість сміху для фізичного та психологічного здоров'я і пропонує учасникам штучно розсміятися, після чого сміх мимовільно переходить із штучного в справжній.

9) Вправа «Афірмації»

Мета: формування позитивних установок.

Хід вправи: ведучий читає фрази і пропонує учасникам повторити їх. Фрази можуть бути наступними: «я бачу гарне у всьому що мене оточує», «я підтримую себе і допомагаю собі у своєму зростанні та становленні», «я легко засвоюю нові й позитивні ідеї, які допомагають мені жити», «я відчуваю впевненість в собі і внутрішню силу» та інші.

10) Вправа «Доторкнися до...».

Мета: емоційна розрядка, налаштування на концентрацію.

Хід вправи: ведучий дає команду доторкнутися до предметів із різними ознаками - залізних, дерев'яних, холодних, скляних, прозорих, червоного кольору, білого кольору і тд.

11) Вправа «Який я?»

Мета: навчитися помічати особливості оточуючих, а також адекватно сприймати думку про себе від інших.

Хід вправи: кожному прикріплюється аркуш паперу на спину, в кутку аркуша малюється значок: якщо хрестик - людина хоче дізнатися про свої недоліки від інших, а сонечко – лише позитивні характеристики. Учасники підходять один до одного і залишають коментарі на аркушах. На завершення учасники знімають аркуші зі спини, читають коментарі і діляться враженнями.

12) Вправа «Асоціації»

Мета: розвиток спостережливості, емпатії та вміння позитивно сприймати думку про себе від оточуючих.

Хід вправи: один учасник-доброволець виходить із кімнати, у цей час решта вибирають людину, яку вони загадають. Учасник повертається, йому дається три спроби відгадати, кого загадала група. Учасник може ставити питання, наприклад із ким або чим асоціюється людина: з яким святом, їжею, твариною, рослиною, предметом або природнім явищем.

13) Вправа «Ауторегуляція дихання».

Мета: заспокоєння, зняття м'язової та психологічної напруги.

Хід вправи: ведучий озвучує інструкції правильного дихання, учасники уважно слухають та відтворюють команди ведучого. Поклавши ліву долоню на груди, а праву на живіт, учасники контролюють своє дихання через груди. На один рахунок вдих, на два - видих. Потім дихання переключається з грудного на черевне, на видиху рахуючи від 10 до 1.

14) Вправа «Паперові м'ячики».

Мета: емоційна розрядка.

Хід вправи: учасники роблять кульки із паперу. Група ділиться навпіл і вибудовується у дві лінії на відстані 4-5 метрів один навпроти одного. На підлозі проводиться лінія межі, за яку не можна заступати. За командою ведучого всі кидають свої м'ячики в бік команди противника. Завдання: перекинути всі м'ячі через кордон.

15) Вправа «Кажу що бачу».

Мета: навчитися думати про інших без оцінкових суджень.

Хід вправи: сидячи в колі, учасники спостерігають за поведінкою інших і по черзі говорять, що вони бачать, розглядаючи будь-якого з учасників. Ведучий стежить за тим, щоб не використовувалися оціночні судження та умовиводи.

16) Вправа «Броунівський рух»

Мета: встановлення контакту між учасниками.

Хід вправи: всі учасники розташовуються в кімнаті, стоячи на деякій відстані один від одного. Всі заплющують очі і уявляють себе атомами. За командою ведучого учасники як атоми починають хаотично рухатися по кімнаті із заплющеними очима. Через деякий час ведучий дає команду зупинитися і об'єднатися в молекули по два, три або чотири атоми. Розплющивши очі, всі учасники повинні об'єднатися в молекули з тими, хто опинився поблизу. Так роблять декілька разів, міняючи кількість атомів в молекулі.

17) Вправа «Неіснуюча тварина»

Мета: релаксація у ході вправи, інтерпретування малюнку та виявлення актуальних переживань.

Хід вправи: учасникам пропонують намалювати неіснуючу тварину, використовуючи будь-який інструмент за бажанням (олівці, фломастери, тощо). Після завершення малюнку, ведучий розповідає як інтерпретувати свій малюнок. Учасники діляться інсайтами.

18) Вільне малювання

Мета: релаксація.

Хід вправи: учасники можуть користуватися усіма художніми інструментами (олівцями, фломастерами, фарбами, ручками) та малювати сюжети без будь-яких обмежень. Цю вправу рекомендовано супроводжувати музичним акомпанементом.

3.3. Психологічні рекомендації для зниження рівня тривожності.

Оскільки висока особистісна тривожність може створювати психологічний дискомфорт, а нав'язливі думки заважають внутрішньому спокою, необхідно розуміти якими шляхами можна покращити самопочуття. Для цієї мети нами був розроблений комплекс психологічних рекомендацій для студентів, які відчують негативний вплив описаних феноменів у повсякденному житті.

1. Рекомендовано регулярно відстежувати та аналізувати свій стиль життя – якість харчування, кількість фізичного навантаження, тривалість сну. Важливо приділити більше уваги цим аспектам і удосконалити їх, адже здоровий спосіб життя може значно покращити не тільки фізичний, але і психологічний стан.
2. Уникати вживання кофеїну у великих кількостях, а також паління та алкогольних напоїв, адже вони містять речовини, які можуть провокувати збудження нервової системи і тривожний стан.
3. За необхідності звернутися до університетського або приватного психолога, якщо відчуваєте потребу поділитися своїми переживаннями із спеціалістом.
4. Ознайомитися із способами самодопомоги у разі переживання тривоги – в посібниках та мережі Інтернет існують сторінки, де можна знайти поради кваліфікованих спеціалістів; психолог в університеті також може детально розповісти про методи самодопомоги.
5. Проаналізувати, які обставини, предмети спричиняють тривожний стан чи нав'язливі думки – ця інформація може допомогти зрозуміти причини

підвищеної тривожності, і в майбутньому зменшити рівень психологічного дискомфорту.

Висновки до розділу III:

Корекційна програма зосереджена на нормалізації рівня тривожності, тобто зниження особистісних показників за цим фактором, адже підвищена тривожність стає одним із основних чинників виникнення нав'язливих думок. У зв'язку із великою кількістю актуальних зовнішніх чинників, що впливають на рівень тривожності студентів, необхідно обрати мультидисциплінарний підхід у створенні програми, а також урізноманітнити список тренінгових вправ, які працюватимуть із множинними аспектами, такими як релаксація, довіра, впевненість, готовність сприймати критику та інші. Рекомендовано проводити групові тренінгові заняття для створення можливості практичного відпрацювання набутих навичок у командах із метою швидшого їх засвоєння; також, наявність інших членів групи сприятиме створенню довірливої комфортної атмосфери, де учасники можуть розраховувати на підтримку.

Нами розроблено корекційну програму та обрано вправи, які сприятимуть зниженню психологічної напруги, зміні установок мислення, а також які можуть бути засвоєні студентами як навички та зможуть бути самостійно використані у подальшому.

ВИСНОВКИ

Наша робота є однією із спроб вивчення однієї із актуальних та недостатньо досліджених проблем сучасної української психології, а саме зв'язку особистісної тривожності із формуванням нав'язливих станів серед студентів.

Мета досягнута, завдання вирішені, гіпотеза знайшла емпіричне підтвердження. Теоретичний аналіз психологічної і психіатричної літератури та емпірична частина дослідження дозволили нам сформулювати наступні висновки.

1. Проаналізувавши психологічні, психіатричні та медичні літературні джерела щодо впливу тривожності на виникнення нав'язливих думок, нами встановлено що нав'язливі думки – це повторювані, неприйнятні думки або образи, які переривають поточний процес мислення, визначаються внутрішніми чинниками і важко піддаються контролю. Крім того, були виявлена тенденція до виникнення нав'язливих станів у ранньому та пізньому юнацькому віці і тенденція до хронізації нав'язливих станів у старшому студентському віці.
2. В результаті проведення емпіричної частини дослідження, нами встановлено зв'язок між тривожністю та нав'язливими думками. Було встановлено, що особи, які переживають нав'язливі стани на легкому або серйознішому рівні, мають високу особистісну тривожність. Також виявлено, що особи із виявленими obsесивно-компульсивними симптомами мають виражену obsесивну-фобічну ознаку, виражену невротичну депресію, та у меншому, однак високому ступені виражену астенію та вегетативні порушення.
3. Нами виявлені актуальні тенденції нав'язливих думок у студентів. Встановлено, що студенти схильні до контрастних та негативних автоматичних нав'язливих думок. Рівень особистісної тривожності відіграє значну роль, адже студенти із низькою особистісною тривожністю зустрічаються із нав'язливими думками менше. За результатами дослідження, найбільш сензитивними періодами для виникнення нав'язливих думок виявилися підлітковий та юнацький вік,

спостерігається тенденція хронізації нав'язливих думок. Найбільш поширеними нав'язливими думками виявилися раптові уявлення жорстокості, імпульси до небажаних дій, фобії та сумніви.

4. На основі теоретичного аналізу психологічної, психіатричної і медичної літератури та емпіричної частини дослідження нами розроблена програма зниження тривожності та психологічні рекомендації для юнаків та юначок стосовно зниження рівня особистісної тривожності та інтенсивності нав'язливих думок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балакірева О. М., Бондар Т. В. та ін. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді: за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді. ЮНІСЕФ, ГО «Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка». – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2019. – 127 с.
2. Блейхер В. М. Расстройства мышления. Киев, 1983. 192 с.
3. Вербицький В.В., Улунова Г. Є. Корекція тривожності у студентів вищих навчальних закладів на заняттях з фізичного виховання. *ННІ БіЕМ - Інститут бізнесу, економіки та менеджменту СумДУ*. URL: https://biem.sumdu.edu.ua/images/stories/docs/K_FV/Verbitskii_004.pdf. (дата звернення: 30.05.2021).
4. Гільман А. Ю. Психологічні умови формування саногенного мислення студентської молоді / Гільман А. Ю. – Острог, 2017.
5. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 701 с. – Серия “Мастера психологии”).
6. Корекція тривожності у молодших школярів. URL: https://ua-referat.com/Розробка_авторської_корекційної_програми_для_зниження_передекзаменаційної_тривожності. (дата звернення: 30.05.2021).
7. Краєва О. А. Подолання кризи ідентичності в підлітковому віці : монографія / О. А. Краєва – Харків: Видавництво Іванченка І.С., 2018. – 218 с.
8. Максимова Н. Тревожность как фактор развития обсессивно-компульсивного расстройства у студентов. URL: <http://medjournal.tvergma.ru/332/1/06.pdf> (дата звернення: 30.05.2021).
9. Мартынихин И. А. Электронный учебник "Психиатрия и медицинская психология". URL: <https://psychiatr.ru/textbook>.
10. [Морозов Г. В., Шумский Н. Г.](#) Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — [Нижний Новгород](#): Изд-во [НГМА](#), [1998](#). — 426 с.

11. Мэй Р. Смысл тревоги / Ролло Мэй ; [пер. с англ. М.И. Заваслова , А.И. Сибуриной]. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 240 с.
12. [Осипов В. П.](#) XXI. Идеи, привлекающие внимание преимущественно перед другими. Понятие о навязчивых идеях и влечениях // [Курс общего учения о душевных болезнях](#). — [Берлин](#): Гос. изд. РСФСР, [1923](#). — 723 с.
13. Прихожан А.М. Психология тревожности / А.М.Прихожан. – СПб.: Питер, 2007. – 192 с.
14. Психологія особистості: Словник-довідник / [За редакцією П.П. Горностая, Т.М. Титаренко]. – Київ: Рута, 2001. – 320 с.
15. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Г.С.Салливан. – М.СПб, 1999. – 290 с.
16. [Свядош А. М.](#) Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный и фобический неврозы) // [Неврозы: руководство для врачей](#). — 4-е. — [Санкт-Петербург: Питер](#), [1997](#). — С. [69](#)—95. — 448 с. — (Практическая медицина). — 7000 экз. — [ISBN 588-782-156-6](#).
17. Свядош А.М. Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный и фобический невроз) / А.М. Свядош. – СПб.: Питер, 2001. – 448 с.
18. [Суханов С. А.](#) Навязчивые психические состояния // Семиотика и диагностика душевных болезней (в связи с уходом за больными и лечением их). — [Москва](#): Товарищество типографии А. И. Мамонтова, [1905](#). — Т. II. — С. 91—144. — 180 с.
19. Третьякова В.Ю. ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА // Международный журнал экспериментального образования. — 2015. — № 11-6. — С. 972-975; URL: <http://www.expeducation.ru/ru/article/view?id=9545> (дата звернения: 21.04.2021).
20. Хасанова Н. Н. Особенности функционального состояния центральной нервной системы студентов в процессе учебной деятельности. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-funktsionalnogo-sostoyaniya-tsentralnoy-nervnoy-sistemy-studentov-v-protsesse-uchebnoy-deyatelnosti/viewer> (дата звернения: 30.05.2021).

21. Шитов Е. А. та ін. Невротические и соматоформные расстройства: методические указания для студентов по дисциплине «Психиатрия» / Рязань, 2013. 305 с.
- 22.Эриксон Э.Г. Детство и общество / Э.Г.Эриксон. – СПб.: АСТ,1996. – 592 с.
- 23.Як COVID впливає на психічне здоров'я: харківська професорка озвучила результати опитування, 2020. URL: <https://suspilne.media/134056-nas-cekae-drugij-tur-stali-vidomi-poperedni-rezultati-viboriv-v-universiteti-karazina/>.
- 24.Andrews G, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders. New York: Cambridge University Press, 1994.
- 25.Baer, L. The Imp of the Mind: Exploring the Silent Epidemic of Obsessive Bad Thoughts. — [New York](#): Dutton, 2001.
- 26.Beck, A. The Past and the future of Cognitive Therapy. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1996. 6 (4): 276–284.
- 27.Bell J. What Causes OCD? International OCD Foundation. URL: <http://www.ocfoundation.org/causes.aspx>.
- 28.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. Wiley Online Library, 2004. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.397>.
- 29.Billett, E., Richter, M., Kennedy, J. Genetics of obsessive–compulsive disorder. In R. P.Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), Obsessive–compulsive disorder: Theory, research and treatment (pp. 181–206). New York: The Guilford Press, 1998.
- 30.Citkowska-Kisielewska A., Rutkowski K., Sobański J. Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder, 2019. URL: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_4_2019/ENGver845CitkowskaKisielewska_PsychiatrPol2019v53i4.pdf.
- 31.Clark, D. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press, 2004.
- 32.Clark, D. Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research and treatment. Guilford Press, 2005.

33. Clark, D., Purdon, C. The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 2000. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796795000302>.
34. Erickson, E. *Identities: Youth and Crisis*. - New York: W.W. Norton, 1968.
35. Fisher W. *Theories of Anxiety*. - New York: Harper & Row, 1970. – 417 p.
36. Fite, R., Adut, S., Magee, J. Do you believe in magical thinking? Examining magical thinking as a mediator between obsessive-compulsive belief domains and symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2020, 48(4), 454-462.
37. Identifying Negative Automatic Thought Patterns. Stress & Development Lab. URL: <https://sdlab.fas.harvard.edu/cognitive-reappraisal/identifying-negative-automatic-thought-patterns>.
38. Kandola, A. Intrusive thoughts: Types, myths, causes, and treatment. *Medical News Today*, 2020. URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/intrusive-thoughts>.
39. Klinger E, Cox WM. Dimensions of Thought Flow in Everyday Life. *Imagination, Cognition and Personality*. 1987;7(2):105-128.
40. Klinger, E. Dimensions of thought and imagery in normal waking states. *Journal of Altered States of Consciousness*, 1978–1979, 4, 97–113.
41. Klinger, E. The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications. 1998.
42. Kühn S., Schmiedek F., Schott B., Lindenberger U., Lövdén M. The neural representation of intrusive thoughts, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Volume 8, Issue 6, August 2013, 688–693,
43. Panchal, N., Kamal, R. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use. KFF, 2021. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>.
44. Pigott, T., Seay, S. A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1999. 60(2), 101–106.
45. Pozza, A., Dèttore, D. Are inflated responsibility beliefs specific to OCD? Meta-analysis of the relations of responsibility to OCD, anxiety disorders, and depression

- symptoms. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2014, 11(6), 170–181.
46. 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*, 1993.
 47. Rachman, S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 1998.
 48. Rachman, S. Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1981, 3, 89–99.
 49. Resilient Mindset | Counselling and Therapy in Glasgow, 2012. URL: <http://www.resilient-mindset.com/2012/10/22/negative-automatic-thought>
 50. Rijsdijk, F., Hannigan, L., Krebs, G. Reciprocal links between anxiety sensitivity and obsessive–compulsive symptoms in youth: A longitudinal twin study (Rep.), 2020.
 51. Ritchie H., Roser. M. Mental Health. URL: <https://ourworldindata.org/mental-health#licence>.
 52. Salkovskis, P. Obsessional–compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1985.
 53. Spielberger, C. Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Acad. Press, 1972.
 54. Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: a potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD), 1998.
 55. Tseng, J., Poppenk, J. Brain meta-state transitions demarcate thoughts across task contexts exposing the mental noise of trait neuroticism, 2020.
 56. Twenge J., Bell Cooper A., Joiner T., Duffy M., Binau S. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 2019.
 57. Wang, A., Clark, D. A., Purdon, C. Frequency and effort of mental control over unwanted cognitions. Poster presented at the annual conference of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, 2003.

58. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010: Chapter V Mental and behavioural disorders (F00-F99) URL: <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/F42>

ДОДАТКИ

Методика №1 - анкета, що створена на основі стандартизованого списку симптомів obsесивно-компульсивного розладу Y-BOCS.

«Нижче описані варіанти неприємних нав'язливих думок, які можуть з'являтися у кожного з нас. Обери один із варіантів "часто", "іноді" або "ніколи", який вказує, як часто такі думки з'являються саме у тебе.

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. страх нанести собі тілесних ушкоджень | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 2. страх нанести тілесних ушкоджень іншим людям | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 3. раптове уявлення сцен жорстокості | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 4. страх піддатися імпульсу (наприклад, стрибнути із високої місцевості) | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 5. бажання розставити предмети рівно, симетрично | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 6. страх захворіти на серйозну хворобу | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 7. бажання часто мити руки, щоб мінімізувати ймовірність зараження вірусом (до коронавірусу) | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 8. сумніви чи зачинені входні двері | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 9. сумніви чи вимкнені електроприлади або газ | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 10.страх втратити контроль над собою | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 11.необхідність вчинити певну дію, бо її невиконання може нашкодити респонденту або її/його близьким | <u>часто/іноколи/ніколи?</u> |
| 12.Загалом, як часто у тебе з'являються нав'язливі думки? | |
| <u>майже ніколи/раз на місяць/раз на тиждень/у декілька днів/щодня/щодня і багаторазово</u> | |

13. Якщо ти маєш нав'язливі думки, з якого віку вони з'явилися? (це не обов'язково).
14. Якщо у тебе є інші нав'язливі думки, які турбують - можеш поділитися ними тут (це не обов'язково).