МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

СТРАТЕГІЇ ЖИТТЄВОГО ПЛАНУВАННЯ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ СИМПТОМАМИ

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «**магістр**»

з напряму «клінічна психологія з основами психотерапії»

студентка ОР Магістр

Келлер Владислава Вікторівна

науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор

Крупельницька Людмила Францівна

Допустити до захисту в ДЕК

кафедра психодіагностики та клінічної психології

Протокол № ___ від ___

Завідувач кафедри:

доктор психологічних наук, професор

Бурлачук Леонід Фокович

_____

Робота захищена __ _____ 2021 р.

Київ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП **3**

РОЗДІЛ 1. СТРАТЕГІЇ ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ У ОСІБ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ ПРОЯВАМИ У НАУКОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ **6**

1.1 Місце обсесивно-компульсивного розладу у сучасній класифікації психічних та поведінкових розладів: зміна діагностичної парадигми **6**

1.2 Диференціально-діагностичні проблеми розмежування обсесивно-компульсивного синдрому та обсесивно-компульсивного розладу особистості ..... Error! Bookmark not defined.

1.3 Якість життя, суб'єктивне благополуччя та рівень психосоціального функціонування осіб з ОКР ..... Error! Bookmark not defined.

1.4 Обсесивно-компульсивний розлад у контексті здатності до планування як складової мозкових функцій управління та контролю поведінки (екзекутивних функцій) **15**

Висновки до розділу 1 ..... **18**

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЯ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ СИМПТОМАМИ **20**

2.1 Етапи емпіричного дослідження **23**

2.2 Організація та методи емпіричного дослідження **26**

Висновки до розділу 2 ..... **26**

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЯ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ СИМПТОМАМИ **29**

3.1 Дослідження варіативності у проявах обсесивно-компульсивної симптоматики за допомогою дескриптивних статистик **71**

3.2. Порівняльний аналіз вираженості рівня суб'єктивного благополуччя та здатності до повсякденного планування у групах людей з его-сингонними та его-дистонними обсесивно-компульсивними проявами **71**

3.3. Виявлення психологічних чинників ефективного стратегічного планування та побудова регресійних моделей взаємного впливу різних видів планування у осіб з обсесивно-компульсивними проявами **109**

Висновки до розділу 3 ..... **113**

ВИСНОВКИ ..... Error! Bookmark not defined.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Станом на сьогоднішній день у зв'язку з активним розвитком міждисциплінарних напрямків досліджень класичні погляди на етіологію та патогенез психічних розладів доповнюються новітніми даними, отриманими завдяки застосуванню методів нейровізуалізації. Це дозволило винести обсесивно-компульсивний синдром зі спектру тривожних розладів в окрему діагностичну рубрику, чітко визначити його специфіку у порівнянні з іншими психічними та поведінковими проблемами, такими як синдром Туретта та розлади особистості.

З іншого боку, набувають дедалі більшого значення психологічні дослідження, присвячені «менеджерським» (виконавчим) функціям мозку. Здатність до планування як у повсякденних питаннях, так і на рівні стратегічних цілей, тісно пов'язана з психологічним благополуччям та життєвим успіхом. Результати більшості досліджень, які вивчають особливості планування у осіб з обсесивно-компульсивним розладом, свідчать про наявність у них специфічних порушень функцій управління та контролю поведінки. На рівні мозку характер порушень наразі досліджений достатньо глибоко. Однак психологічна складова питання, особливості внутрішніх переживань, які утворюють життєвий світ особистості, потребує більш детального вивчення.

Теоретико-методологічну основу даного дослідження склали концепції Francesco Billari, Gunhild Hagestad, Aart Liefbroer, Zsolt Spéder, Nancy McWilliams, Allan Tasman, Gerald Kay, Ed Diener, Elkhonon Goldberg, Marcus Raichle. Tomohiro Nakao, Jonathan S. Abramowitz.

Практичне значення. На попередніх етапах розвитку клінічної психології як науки можна було констатувати таку тенденцію: питання діагностики були глибоко розроблені і ефективно вирішувались; однак, констатуючи той факт, що у людини наявний обсесивно-компульсивний розлад, фахівець обмежувався лише постановкою діагнозу, в той час коли клієнт потребував професійної допомоги в різних сферах свого життя.

Незважаючи на поширений в буденній свідомості стереотип «педанта, в якого завжди все під контролем», дійсність виявляється контрінтуїтивною: на рівні цінностей людина надає ефективному тайм-менеджменту великого значення, однак на рівні мозку демонструє дефіцитарність саме в виконавчих функціях мозку. Тому дані цього дослідження можуть стати в нагоді в контексті надання психотерапевтичної допомоги людям з обсесивно-компульсивним синдромом.

Об'єкт дослідження: стратегії планування життя.

Предмет дослідження: стратегії планування життєвого циклу у дівчат юнацького віку з обсесивно-компульсивними проявами.

Метою роботи є визначення характеру взаємозв'язку між стратегіями планування життя та обсесивно-компульсивними проявами.

Відповідно до мети були поставлені наступні завдання:

1. Шляхом теоретичного аналізу виділити параметри функцій планування, які мають суттєве значення в контексті підвищення якості життя людей з обсесивно-компульсивними проявами.

2. Оцінити ефективність стратегій планування життєвого циклу у людей з его-дистонними та его-синтонними обсесивно-компульсивними проявами.

3. Проаналізувати, чи впливає на стратегії життєвого планування тип переважаючої обсесивно-компульсивної симптоматики (нав'язливі думки чи примусові дії).

4. Виявити вікові особливості застосування різних стратегій життєвого планування у осіб з обсесивно-компульсивними проявами.

5. Встановити, чи пов'язаний рівень суб'єктивного благополуччя з ефективністю життєвого планування у осіб з обсесивно-компульсивними проявами.

Методи дослідження: в даній роботі були використані наступні методи:

Методи теоретичного пізнання: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, моделювання.

Методи емпіричного пізнання: психологічне опитування (методики: методика виявлення типу особистості та ймовірності особистісних порушень Олдхема і Моррісa (The Personality Self-Portrait Questionnaire by John M.

Oldham, Lois B. Morris), субшкала сумлінності; опитувальник Модслі на виявлення обсесивно-компульсивних симптомів (The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory); методика вимірювання суб'єктивної задоволеності життям Е.Дінера (The Satisfaction with Life Scale by E.Diener); опитувальник по виконавчим функціям мозку Доусона (Executive Skills Questionnaire by Peg Dawson & Richard Guare), субшкали по плануванню, ініціативності та тайм-менеджменту).

Методи математико-статистичної обробки емпіричних даних: методи описової статистики, кореляційний аналіз з використанням непараметричного критерію Спірмена, експлораторний та конфірматорний факторний аналіз, критерій Шапіро-Уілка для перевірки нормальності розподілу, дисперсійний аналіз методом Крускала-Уолліса, регресійний аналіз, лог-лінійний аналіз.

Емпірична база дослідження: вибірка дівчат юнацького віку від 14 до 25 років була сформована з користувачів соціальних мереж, які виявили бажання взяти участь в дослідженні. Отримана вибірка кількістю 218 осіб є репрезентативною щодо генеральної сукупності, адже всі респонденти мають різний культурний та соціо-економічний статус, відносяться до різних етнічних груп, мають різний світогляд, цінності та переконання. Середній вік респондентів - 17 років.

Структура роботи. Дипломна робота включає вступ, 3 розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, додатки, список використаної літератури (). Повний обсяг роботи складає Х сторінок, основний зміст викладено на Х сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 25 таблиць загальним обсягом Х сторінок, 34 рисунків загальним обсягом Х сторінок.

РОЗДІЛ 1. СТРАТЕГІЇ ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ У ОСІБ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ ПРОЯВАМИ У НАУКОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Місце обсесивно-компульсивного розладу у сучасній класифікації психічних та поведінкових розладів: зміна діагностичної парадигми

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) не є рідкістю у сучасному світі. Його розповсюдженість по різних підрахунках сягає у популяції 3%. Наукове вивчення як біологічних чинників цього розладу, так і його психологічних корелятів є актуальним завданням сьогодення. Однак, надійні відповіді на важливі питання важко отримати за допомогою звичного експериментального дизайну.

Перша причина, яка пояснює методологічні труднощі, полягає в тому, что на рівні нейрохімії при ОКР спостерігається низка порушень в системах нейромедіаторів (допаміну, серотоніну, глутамату), однак, як у випадку з так званою "допаміновою теорією шизофренії", нам складно визначити, що є причиною порушення, а що - наслідком. Не виправдовує себе і нейроанатомічний підхід, адже констатація того факту, що при ОКР задіяні певні ділянки мозку (наприклад, хвостате ядро чи орбіто-фронтальна кора), має низьку евристичну цінність. Більш сучасний погляд на проблему полягає у тому, щоб виділяти певні функціональні нейромережі і констатувати той чи іншій дефіцит в їх роботі.

Друга причина полягає в тому, що, починаючи з п’ятої редакції «Діагностичного і статистичного довідника психічних розладів» (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), виданого у 2013 р. цей розлад змінив "адресу", переїхавши з. групи "тривожних" станів у окрему нозологічну рубрику. Наразі вважається, що на відміну від патологічних станів, які залучують амігдалу і викликають класичні симптоми тривоги, при ОКР можна скоріше спостерігати "стурбованість" і актуалізацію певних стереотипних

поведінкових патернів, однак у цьому разі патологічна мережа іде поза амігдалою. Таке виокремлення сприяло пожвавленню наукових пошуків у відповідній галузі, однак, змусило переглянути вже накопичену емпіричну базу.

Основними симптомами обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) – виступають нав'язливі ідеї, образи та думки (буквально - обсесії) та примусові, стереотипні, ритуальні дії (компульсії). Ця симптоматика має егодистонний характер, тобто переживається як щось чужерідне, відокремлене від особистості, однак, на відміну від синдрому Кандінського-Клерамбо, людина не відчуває сумнівів у власній агентності, тобто вважає своїми як думки, так і дії, при цьому зберігаючи критику до них. Половина всіх випадків ОКР починається у ранньому віці, у дітей та підлітків.

За DSM-V обсесивно-компульсивний розлад діагностується, якщо спостерігаються такі ознаки, як:

• наявність обсесій, компульсій чи обох симптомів одночасно;

• обсесії та компульсії є затратними по часу (займають більше 1години на день);

• обсесивно-компульсивні симптоми не пов'язані з прийомом медикаментів;

• порушення відповідають критеріям визначення ОКР краще, ніж критеріям визначення будь-якого іншого розладу (диференційний діагноз) [ ].

Як вже було зазначено, історично обсесивно-компульсивний розлад належав до нозологічної категорії тривожних розладів, але у DSM-V він утворив самостійну рубрику «ОКР і споріднені розлади». До неї, окрім класичного обсесивно-компульсивного розладу увійшов ОКР, викликаний медикаментами, синдром патологічного накопичення, дисморфофобія, трихотіломанія, екскоріація тощо.

Поштовхом до перегляду класифікації виступили відкриття останніх часів, отримані завдяки застосуванню методів нейровізуалізації. Згідно нових даних обсесивно-компульсивний розлад пов'язаний з порушенням кортико-стріато-таламо-кортикальних нервових контурів.

Тривожні розлади зачіпають вентролатеральну ділянку префронтальної кори та амігдалу. Провідним симптомом при цьому є страх, який

супроводжується храктерними соматичними проявами. При обсесивно-компульсивних розладах ці ознаки можуть бути присутні епізодично, однак вони не є визначальними, системоутворюючими, а їх виникнення спирається на гетерогенні мозкові системи.

Люди з тривожними розладами та ОКР по-різному реагують на такі препарати, як селективні інгібітори зворотнього захоплення як серотоніну так і норадреналіну, а також агоністи гама-аміно-масляної кислоти (прегабалін, габапентін) [.]. При ОКР зазвичай має місце більш висока коморбідність з іншими патопсихологічними симптомами, ніж при тривожних розладах.

Ці спостереження дозволяють зробити такий висновок: на відміну від колишніх поглядів на обсесії, викликані страхом, які нейтралізуються компульсіями, у сучасних дослідженнях етіології ОКР частіше використовується модель дизрегуляції нейромереж на рівні базальних гангліїв.

Суттєвим аспектом розгляду відповідної проблематики є вік початку розладу. ОКР може проявлятись у дитячому віці, відображаючи певні етапи розвитку функцій префронтальної кори з управління і контролю поведінки. "Дорослий" початок ОКР відбувається після завершення мієлінізації провідних функціональних систем мозку і частіше є наслідком екзогенного впливу, а не спадковим варіантом [.].

ОКР на рівні мозку є наслідком формування патологічних нервових контурів у мозку ("нейромереж симптомів"). Джерелом емпіричних даних в останні роки виступають методи нейровізуалізації, такі як МРТ (магнітно-резонансна томографія), КТ (комп’ютерна томографія) МРС (магнітно-резонансна спектроскопія) і ПЕТ (позитронно-емісійна томографія). Здебільше, при ОКР спостерігається порушення, що зачіпає нейромережі, які поєднують еволюційно молоді коркові відділи мозку (префронтальні та премоторні ділянки) із підкірковими структурами, таким як амігдала, таламус, базальні ядра, гіпокамп (рис. 1.1).

Базальні ганглії - це сіра речовина у глибині великих півкуль. Їх можна поділити на окремі ядра, такі як чорна субстанція, бліда куля, субталамус.

Провідною ланкою, що викликає симптоми ОКР, виступає стріатум, який містить хвостате ядро, прилегле ядро ("центр задоволення") та лушпиння. Нейрони, що утворюють базальні гангліїї, входять до складу кортико-стріато-таламо-кортикальних контурів. Саме ці нервові петлі інтегрують моторні та пізнавальні процеси.

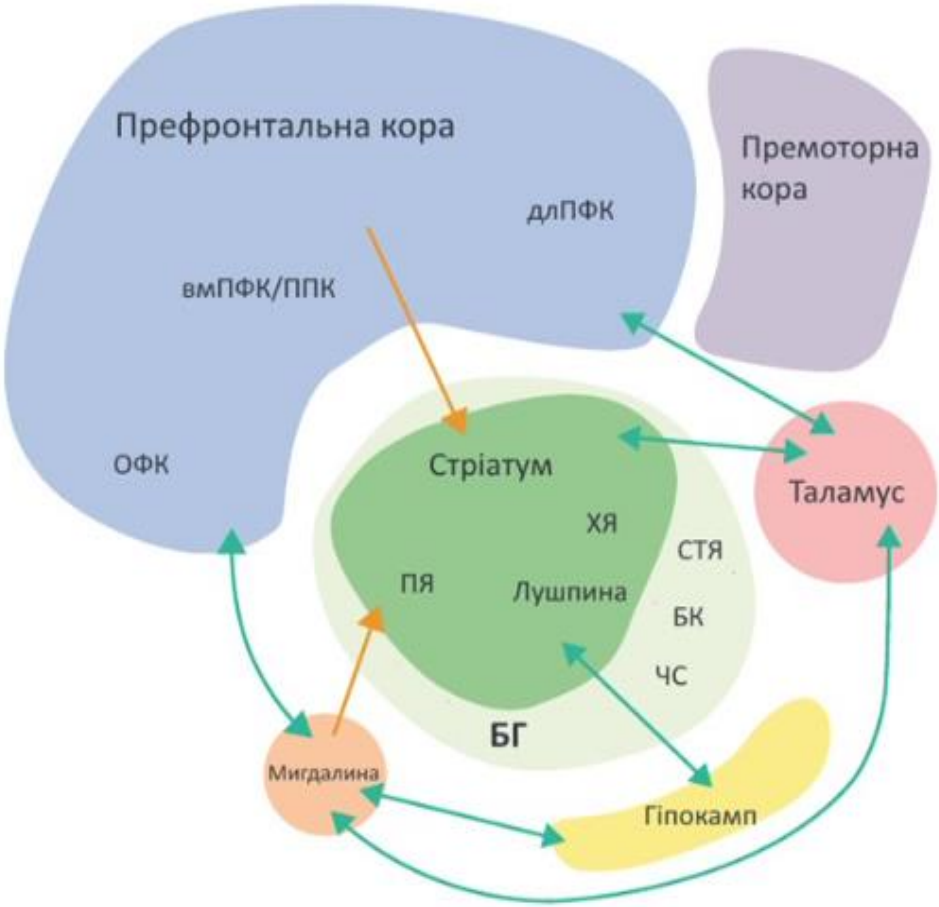

Рис. 1.1 Нейроанатомічні структури, залучені у патологію обсесивно-компульсивного розладу

Якщо патологічний процес розвивається у базальних гангліях, можна спостерігати прояви, характерні для ОКР. До таких розладів належать хвороба Паркінсона, хорея Гентінгтона, а також розсіяний склероз[].

Розглянемо анатомічні відмінності на рівня загального об’єму мозку. Дослідження показують, що не має відмінностей між пацієнтами, у яких симптоми ОКР проявились у дитячому, підлітковому чи дорослому віці, а також між ними та окнтрольною групою. Однак, у дорослих людей, що страждають на ОКР, наявна збільшена кількість сірої речовини і зниження загального вмісту білої (Рис.1.2) []. Ця знахідка уявляється дуже осмисленою, адже на рівні пізнавальних процесів дана група пацієнтів демонструє перевагу аналізу над синтезом, неспроможність з деталей вибудувати цілісну картину.

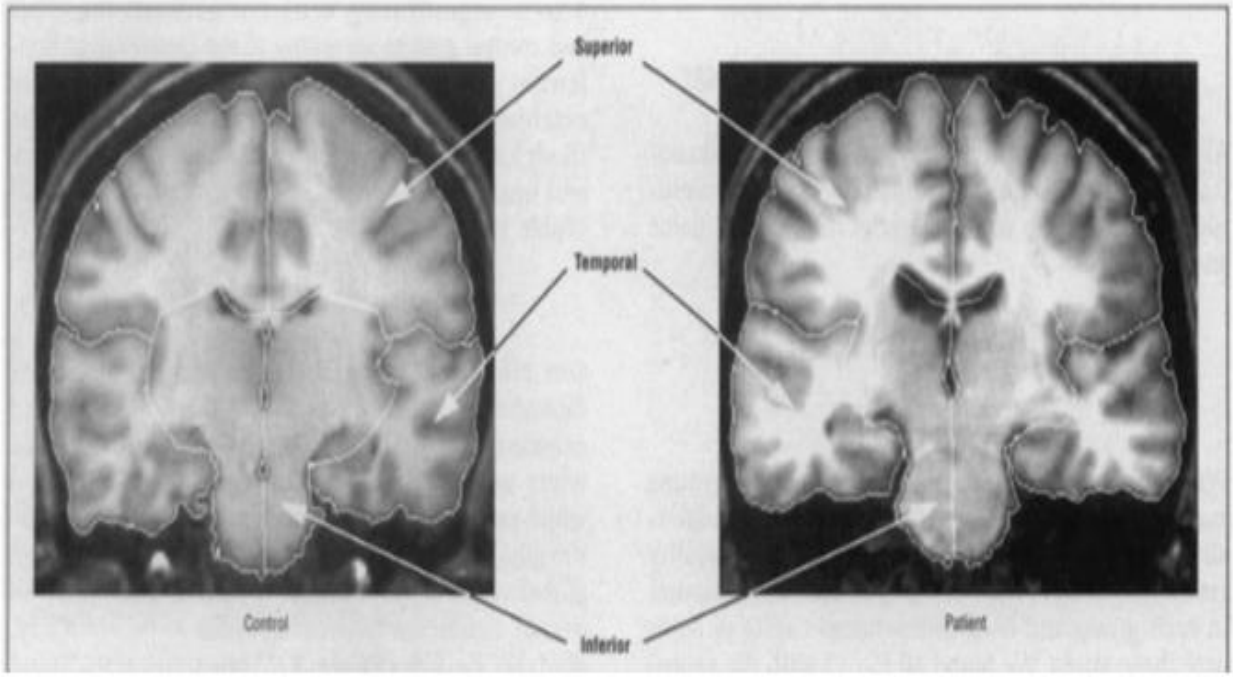

Рис. 1.2. Обсяг білої речовини у осіб з обсесивно-компульсивним розладом (зліва)

Що стосується розміру базальних гангліїв у у людей з обсесивно-компульсивним розладом, дані емпіричних досліджень виявляються неоднорідними. Одні виявляють суттєві зміни їх об’єму (див. табл. 1), порівняно з контрольною групою [11], в інших - розбіжності відсутні [7]. Крім того, існує значущий зв’язок між здатністю людей до інгібіції неадаптивних реакцій і розміром хвостатого ядра [6].

Парадоксальним виявляється білатеральне зменшення у дорослому віці розміру орбітофронтальної кори у людей з обсессивно-компульсивним синдромом, порівняно з умовною нормою []. На перший погляд саме орбітофронтальна кора, яка пов’язана з стримуванням небажаної поведінки, має бути гіперактивною, щоб пояснити загальну поведінкову загальмованість "педантів", однак, виявляється, що справжня клінічна картина скоріше має відбивати "нездатність зупинитись", ніж обережну стриманість.

В інших дослідженнях у дорослих досліджуваних з обсесивно-компульсивним синдромом було показане зниження об’єму амігдали, але не гіпокампа [13] (). Ця знахідка могла б пояснити деякі клінічні випадки патологічного посилення епізодичної пам’яті при ОКР.

Узагальнюючи дані, отримані методами нейровізуалізації, слід відзначити зміни в активності у таких ділянках, як передня цингулярна кора, орбітофронтальна кора, хвостате ядро. З одного боку, можна це розглядати як підтвердження наявності патологічних кортико-стріато-таламо-кортикальних (КСТК) нейромереж. З іншого, не слід забувати, що гіперактивність даних зон може бути не тільки причиною, але й насідком порушення, яке виникло в іншій ділянці. В останньому випадку КСТК-петля може формуватись як спроба компенсації певного дефіциту.

Базальні ганглії мають складну функціоналну будову. Через них проходить щонайменше п’ять КСТК-петель, аксони яких закінчуються у таких ділянках, як:

1) прилегла моторна зона;
2) фронтальне очне поле;
3) дорсолатеральна префронтальна кора (длПФК);
4) латеральна (лОФК);
5) цингулярна кора;
6) орбітофронтальна кора

В контексті вивчення біологічних чинників ОКР, нас в першу чергу цікавлять ті петлі, кінцевою ланкою яких є префронтальна, орбітофронтальна та поясна кора (Рис.1.3).

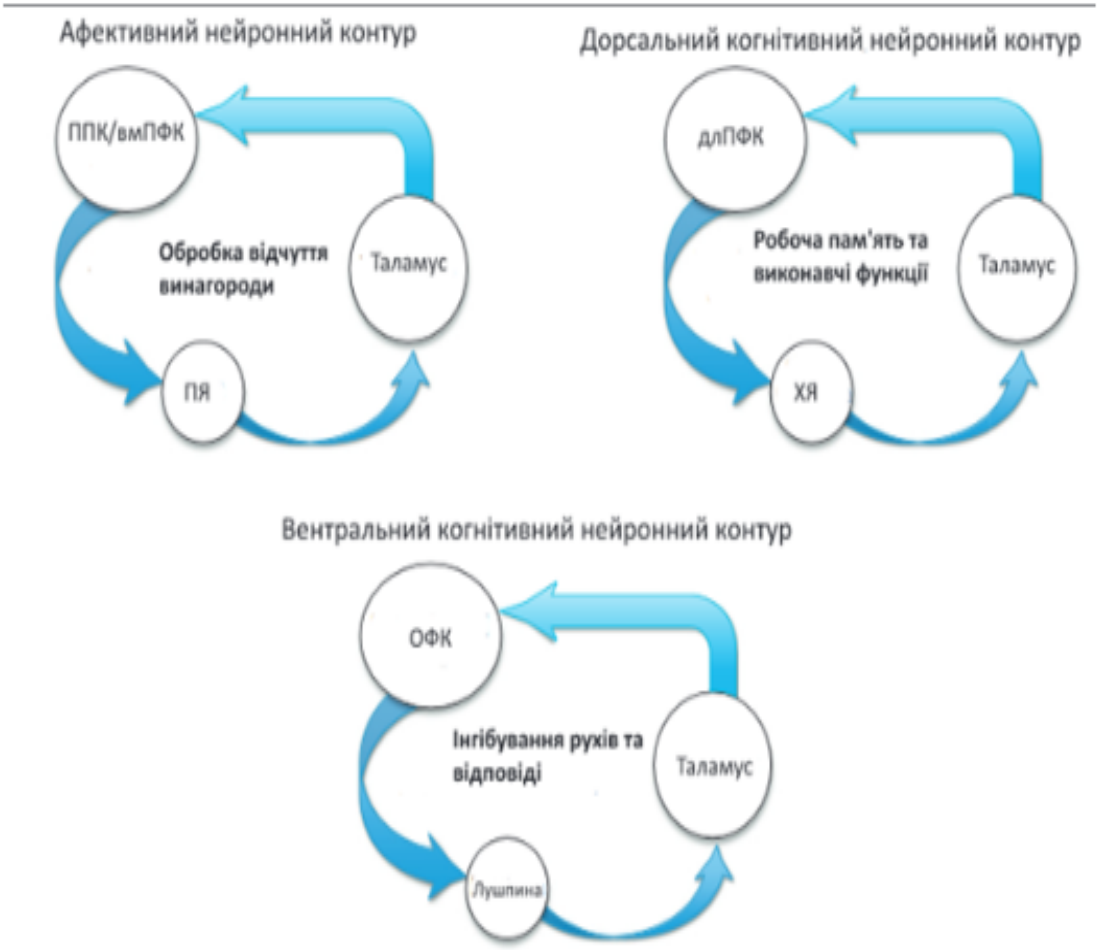

Рис. 1.3. Нейронні контури при патології обсесивно-компульсивного розладу

Вони утворюють «афективний» нейронний контур (вентромедіальний) і «когнітивний» нейронний контур (дорсолатеральний). Вузли цих шляхів є перетинаються через дві основні ділянки білої речовини: цингулярний аксональний пучок та передню ніжку внутрішньої капсули. У подальших дослідженнях ця модель була доповнена вентральним когнітивним нейронним контуром [9].

КСТК-петлі, в яких задіяні орбітофронтальна та цингулярна кора, проходять у стріатумі через головку хвостатого ядра. З цих даних бере початок найбільш впливове припущення стосовно природи обсесивно-компульсивного розладу: дисбаланс між прямим (direct) та непрямим (indirect) нервовим шляхом базальних гангліїв (Рис.1.4) [10].

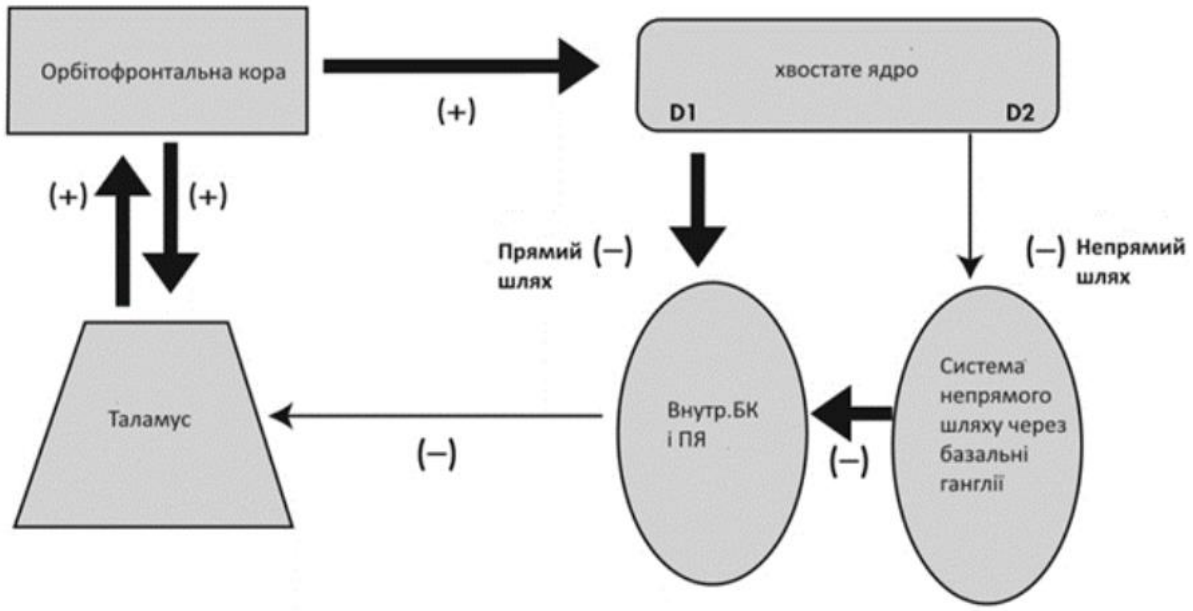

Рис. 1.4. Різні нервові шляхи через базальні ганглії у нормі

Прямий шлях викликає збуджуючий ефект, непрямий – гальмівний. Підсилення прямого шляху, що включає ОФК/ППК КСТК-петлі може сформувати петлю позитивного зворотнього зв’язку і "зламану платівку" з нав’язливих думок (обсесій). На функціональному рівні їм відповідає взаємний посилюючий вплив орбітофронтальної кори і таламусу (Рис.1.5) [10].

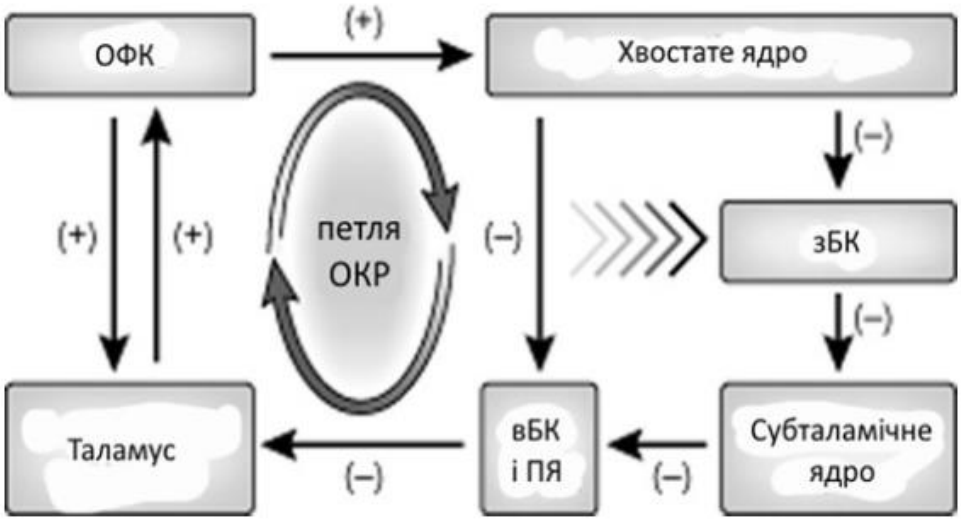

Рис. 1.5. Домінування прямого шляху через базальні ганглії при патології обсесивно-компульсивного розладу

Природу компульсій активно досліджували під час подальших розвідок. Була побудована багатовимірна модель, що включала ОКР-петлі і через залучення різних ділянок мозку відображала природу того чи іншого типу компульсій (наприклад, компульсивне миття рук та перевіряння) (Рис.1.6) [10].

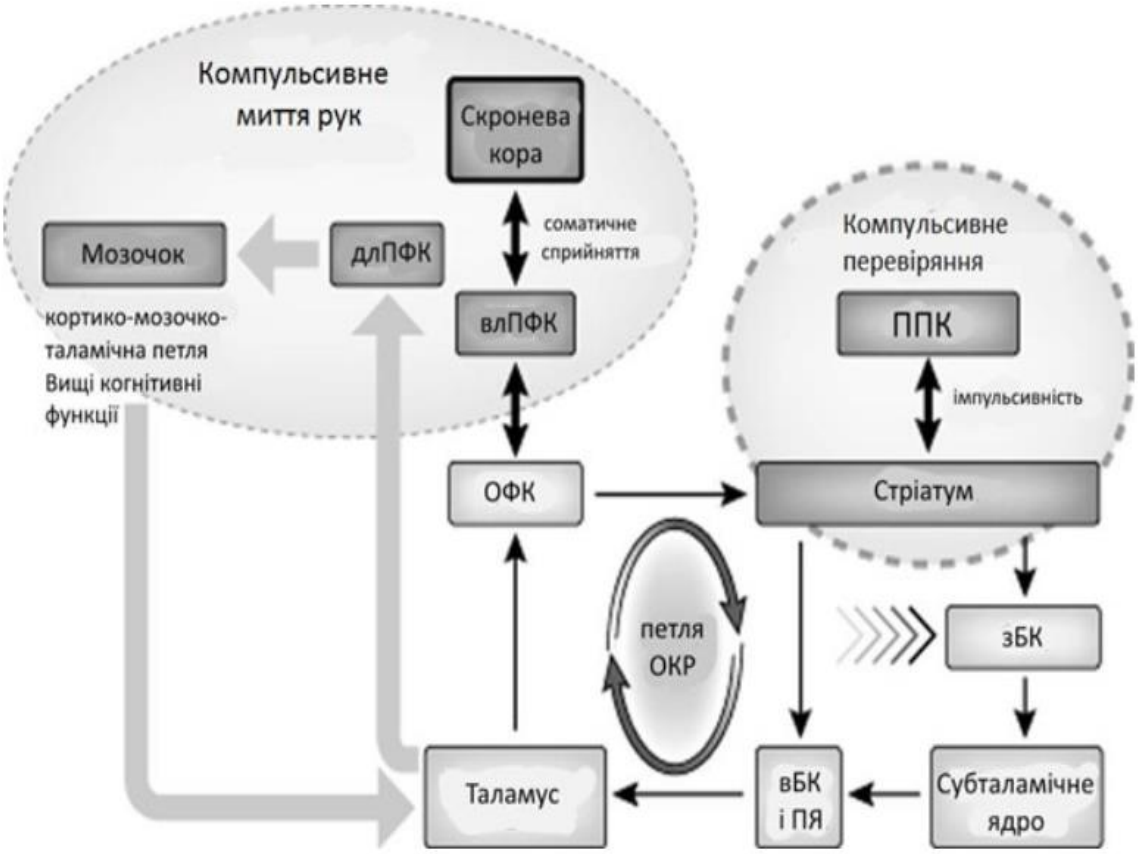

Рис.1.6. Комплексна схема для обсесивно-компульсивного розладу, яка містить різні види симптоматики

У цій моделі показано, що передня цингулярна кора, яка збуджується внаслідок усвідомлення власної помилки, більше пов’язана з компульсивними перевірками. В свою чергу, ділянки префронтальної та скроневої кори, одним з завдань яких є обробка інформації щодо власного тіла, а також різноманітні зв’язки цих структур з мозочком, пояснюють примусове миття рук.

Мозкова ОКР-петля спричинює екзекутивну дисфункцію та вторинну невербальну дисфункцію, що веде до розвитку обсесивно-компульсивної поведінки. Така поведінка, в свою чергу, "підживлює" ОКР-петлю. Таким

чином, розвивається порочне коло між неврологічними порушеннями і симптомами.

1.2 Диференцілально-діагностичні проблеми розмежування обсесивно-компульсивного синдрому та обсесивно-компульсивного розладу особистості

Згідно з «Діагностичним та статистичним посібником 5 редакції» [] обсесивно-компульсивні особистісні прояви включають: стурбованість порядком, досконалістю та контролем. Важливо підкреслити, що йдеться саме про дезадаптивні прояви потреби у контролі, які унеможливлюють гнучкість. Як наслідок, особи, що мають обсесивно-компульсивні прояви, виконують повсякденні справи повільно, надміру ретельно та прискіпливо. Крім того, якщо обставини перешкоджають контролю чи порядку, особи із обсесивно-компульсивними проявами можуть взагалі не починати виконання повсякденних справ, адже не можуть забезпечити належних умов. «Діагностичний та статистичний посібник 5 редакції» [] містить такі критерії обсесивно-компульсивниз особистісних проявів: усталена модель поведінки, яка передбачає прагенння до порядку, перфекціонізм та самоконтроль, а також контроль оточуючих людей і ситуацій. Вказана модель поведінки виявляється такими ознаками: 1) зацикленість на деталях, правилах, розкладі, розпорядку та списках; 2) прагнення виконати справу ідеально, яке перешкоджає завершенню завдання; 3) надмірна відданість роботі та продуктивності (яка не зумовлена фінансовою необхідністю), яка призводить до ігнорування відпочинку та товариства друзів; 4) надмірна сумлінність, скрупульозність та ригідність (нестача гнучкості) стосовно етичних та моральних проблем; 5) небажання викидати зношені чи непотрібні речі, навіть ті, які не містять сентиментальної цінності; 6) небажання делегувати повноваження чи співпрацювати із людьми, якщо ті не погоджуються чинити так, як цього хоче особа із осьесивними та компульсивними проявами; 7) скупість та обмеження витрат на себе та інших,

адже гроші розглядаються перш за все як те, що необхідно зберегти на випадок майбутніх негараздів; 8) жорсткість та впертість. «Діагностичний та статистичний посібник 5 редакції» [] також містить вказівку на те, що наведені прояви мають спостерігатися в ранньому дорослому віці. Слід відрізняти обсесивно-компульсивні особистісні прояви від обсесивно-компульсивного розладу. Ключові відмінності стосуються его-синтонності обсесивних та компульсивних проявів. Коли йдеться про обсесивно-компульсивні прояви особистості, то нав'язливі думки та поведінка сприймаються особою як такі, що притаманні їй, як частина власної особистості. Стурбованість самоконтролем є ключовим регулятором самооцінки осіб із обсесивно-компульсивними проявами []. У випадку ж обсесивно-компульсивного розладу, навязливі думки та нав'язлива поведінка є радше его-дистонними проявами, які сприймаються самою людиною як непритаманні, зовнішні; особи, що мають обсесивно-компульсивний розлад прагнуть позбутися нав'язливих думок та стурбовані вимушеною повторюваністю поведінки []

Ненсі Мак-Вільямс [] вказує на те, що західне суспільство, яке ідеалізує розум та віру в прогрес, культивує раціональність та прагматизм, сприяє формуванню цінностей, притаманних обсесивним та компульсивним особистостям. Таким чином, зосередженість на проблемі «обдумування та виконання» є чеснотою, яка притаманна обсесивним та компульсивни особистостям. Проте дезадаптація особи, яка переймається обдумуванням та виконанням, зумовлена не лише переважанням цих мотивів, але й дефіцитом здатності переживати, відчувати, покладатися на інтуїцію, зважати на думку оточуючих, гратися, імпровізувати та мріяти []. Як наслідок, обсесивні та компульсивні особистісні прояви перешкоджають отриманню задоволення від справ, які неможливо контролювати чи виконувати на високому рівні.

Крім того, Ненсі Мак-Вільямс [] вказує на те, що існують особи, які більше схильні саме до нав'язливої поведінки та стурбовані діями значно більше, ніж думками. Тобто такі особи мають значну кількість обсесивним проявів порівняно із тими, хто більше переймається обдумуванням, але до дій

так і не переходить. Такими чином, можна виокремити більш компульсивних осіб та більш обсесивних осіб. Перші можуть виявляти стурбованість діями та виконанням, але майже не мати нав'язливих думок. Тоді як другі радше будуть поглинені нав'язливим обдумуванням, але майже не виявлятимуть ознак нав'язливої поведінки.

Часто осіб, які мають обсесивні та компульсивні прояви, характеризують [] як впертих, методичних, скупих, дисциплінованих, схильних до роздумів та резонерства; ригідних та негнучких, які мають брак адаптивних здібностей, підкреслено сумлінних. Як правило, такі особи виявляють наполегливість навіть у тих справах, де є нездоланні перешкоди. Вони мають високі стандарти, у повсякденних справах практичні та пунктуальні. Попри те, наведені риси можуть, під впливом стресу, переростати у нав'язливу ритуальну поведінку, яка позбавлена раціональності.

Якщо розглядати обсесивні та компульсивні прояви особистості в рамках «Великої п'ятірки» [] то найбільш важливу роль відіграє така риса як «сумлінність». У обсесивних та компульсивних осіб риса «сумлінність» (яка загалом є адаптивною) гіпертрофована настільки, що появляється у вигляді дезадаптивних фасет, а саме: 1) перебільшене прагнення компетентності переростає у дезадаптивний перфекціонізм; 2) перебільшене прагнення порядку переростає у прискіпливість та дріб'язковість; 3) перебільшене почуття обов'язку переростає у скурпульозність; 4) перебільшене прагнення досягнень переростає у трудоголізм; 5) перебільшена самодисциплінованість переростає у впертість; 6) перебільшена схильність до обдумування переростає у румінації.

Наступна риса «Великої п'ятірки», яка відіграє важливу роль у поясненні обсесивних та компульсивних особистісних проявів, це знижена «відкритість», тобто «консервативність» (або ж «ригідність») []. Риса «консервативність» у обсесивних та компульсивних особистостей проявляється у таких дезадаптивних фасетах як: 1) скутість та алекситимічність; 2) ригідність та брак спонтанності; 3) догматизм. Риса «екстраверсія» також є зниженою у осіб із обсесивними ми та компульсивними проявами, й виявляє себе у таких

дезадаптивних фасетах: 1) відстороненість та холодність; 2) уникнення ризику, механістичність та ангедонія. Риса «нейротизм» навпаки є високою у осіб із обсесивними та компульсивними проявами. Вона виявляється перш за все у такій дезадаптивній фасеті як надмірне занепокоєння та тривожність [].

Таким чином, обсесивні та компульсивні особистісні прояви є важливим фактором, який може впливати як на планування повсякденних справ, так і на бачення довгострокової перспективи. Попри те, можливі певні відмінності всередині множини осіб із обсесивними та компульсивними проявами, адже більш компульсивні особи будуть, імовірно, поспішати здійснити події, які потребують відповідального ставлення. В той час як особи, які мають більш обсесивні організацію, імовірно, будуть прагнути відкладати відповідальні рішення на більш пізній час чи й взагалі на невизначений строк. Так чи інакше, але відстороненість, тривожність та уникнення ризику, які притаманні особам із обсесивними та компульсивними проявами, можуть чинити суттєвий вплив на планування життя. Поряд із тим, перфекціонізм, скурпульозність та дріб'язковість, які також притаманні цим особам, можуть значимо впливати на прийняття рішень у повсякденному житті.

1.3 Якість життя, суб'єктивне благополуччя та рівень психосоціального функціонування осіб з ОКР

Існує чимало досліджень обсесивно-компульсивного розладу, дизайн яких будується навколо показників поширеності та захворюваності, гендерних відмінностей, ефективності різних видів терапії тощо. Відносно менш вивченою виступає проблема якості життя та рівня психосоціального функціонування даної категорії осіб.

Дослідження німецьких вчених, проведене на великій вибірці (4075 осіб), мало на меті заповнити цю прогалину. При цьому враховувались як класичні випадки ОКР, так і субклінічні прояви цього спектру порушень. В результаті було встановлено, що обидві нозологічні групи характеризуються

зниженням якості життя, а також значними порушеннями в особистих та міжособистісних функціях []. Такі висновки справляють враження, але не дивують.

Хоча зазвичай у розвинутих суспільствах сумлінність демонструє позитивні зв’язки з психологічним благополуччям, деякі дані свідчать про те, що люди можуть бути "занадто добросовісними". Схильність перевантажувати себе як характерна риса людей з обсесивно-компульсивними тенденціями, здатна викликати симптоми вигорання, зниження рівня професійних досягнень, а згодом може призвести до психосоматичних порушень і передчасного зношування організму по типу метаболічного синдрому. Таким чином, зв’язок між сумлінністю та благополуччям вочевидь є нелінійним, але характер такого зв’язку потребує всебічного вивчення, особливо в контексті розуміння психологічних корелятів ОКР. Якщо добросовісність розділити на різні аспекти (наприклад, "працелюбність" та "відраза до хаосу"), а благополуччя, в свою чергу, представити окремими показниками (задоволеність життям, задоволеність роботою, самооцінка, позитивний афект, негативний афект, робочий стрес), таким чином можна отримати більш надійні дані [].

Останнім часом з’являються роботи, присвячені якості життя людей з ОКР, які фокусуються на окремих сторонах цього багатовимірного явища. Дуже важливим аспектом виступає задоволеність стосунками. Встановлено, що люди з ОКР демонструють помірну задоволеність своїми актуальними людськими контактами, при тому, що якість життя у них є суттєво нижчою, ніж у контрольної групи, однак цей ефект не пов’язаний із важкістю порушення []

І нарешті, найсучасніші тенденції у галузі вивчення психологічного благополуччя людей з ОКР, апелюють до таких понять, як "сильні сторони характеру" (англ. - character strength) та "розквіт" (англ. - flourishing). Сформовані адаптивні можливості можуть бути недооцінені самим суб’єктом, а можуть виконувати роль гіперкомпенсації, підминаючи під себе слабші риси. І перший, і другий випадок заважає людині, виступає перешкодою на шляху до повної самореалізації. У випадку з ОКР, люди демонструють надмірне використання соціального інтелекту, здатності виносити судження, оцінювати

красу та досконаліть, а також - пошук справедливості, наполегливість та розсудливість. В свою чергу, недостатньою мірою задіяні такі можливості, як вміння прощати, здатність до саморегуляції, допитливість і творчість []

Таким чином, у галузі вивчення якості життя, суб'єктивного благополуччя та рівня психосоціального функціонування осіб з ОКР можна прослідкувати поступове зміщення фокусу уваги з зовнішніх чинників (важкість порушення, умови життя, якість терапії тощо) на внутрішній контекст. Цю тенденцію ілюструє виокремлення такого конструкту, як зловживання своїми сильними рисами, у якості причини психопатології.

1.4 Обсесивно-компульсивний розлад у контексті здатності до планування як складової мозкових функцій управління та контролю поведінки (екзекутивних функцій)

В залежності від дослідницької парадигми, експерименти, в яких застосовувались методи нейровізуалізації можна розділити на чотири типи:

а) дослідження мозку людей з обсесивно-компульсивним розладом у стані спокою (англ. resting state);

б) провокація симптомів з подальшим порівнянням активності мозку до та після неї;

в) застосування фармакологічних препаратів і порівняння мозкової активності до та після нього;

г) виконання когнітивних завдань і порівняння активності мозку осіб з ОКР та контрольної групи .

При обсесивно-компульсивному розладі три ділянки мозку – орбітофронатльна кора (ОФК), передня цингулярна кора (ППК) та головка хвостатого ядра демонструють аномальну активність, зокрема вони:

а) надмірно активні у спокійному стані;

б) посилюють активацію після провокації симптомів;

в) виявляють резистентність до фармакологічного лікування;

г) зменшують активність під час виконання когнітивних задач [5].

Когнітивні дослідження показують, що прояви обсесивно-компульсивної симптоматики можуть бути спричинені недостатнім інгібуючим контролем. При обсесіях ми бачимо неспроможність до гальмування нав'язливих думок, а при компульсіях - неспроможність стримати певні види поведінки [3].

Цікава низка досліджень [12] виявила, що в процесі навчання новим навичкам люди з ОКР переважно використовують декларативну (гіпокамп-залежну) пам'ять, порівняно з контрольною групою, що при виконанні аналогічних завдань спирається на імпліцитну (стріатум-залежну) пам'ять. Таку тенденцію можна пояснити надмірною "заангажованістю" стріатуму у людей з обсессіями та компульсіями. Дані дослідження виявляють, що за однаковою поведінкою можуть приховуватись різні патерни роботи мозку, що відбивають різні види адаптації.

Таким чином, суб'єктивні переживання людей з ОКР нагадують тривожні розлади, однак етіологія та неврологічні кореляти в двох випадках суттєво відрізняються.

Мозкова дисфункція, що зачіпає лобно-стріарні ділянки, особливо - зв'язки між орбітофронтальною корою та смугастим тілом, неодноразово розглядалась як ключова ланка в патогенезі обсесивно-компульсивного розладу. Чисельні нейропсихологічні дослідження при ОКР повідомляють про зниження результативності при виконанні візуально-просторових завдань [], а також про дефіцит функцій управління та контролю поведінки, зокрема - порушення планування. Подібні результати змушують констатувати при ОКР скоріше специфічний, ніж загальний когнітивний дефіцит.

Ефективна робота виконавчих функцій мозку спирається на різні субдомени когнітивного функціонування вищого порядку. Планування, тобто здатність просуватись до мети за допомогою ряду проміжних етапів, є важливою складовою вищих когнітивних процесів. Без нього, наприклад, неможливо уявити достатній рівень вирішення проблем (англ. - problem solving). Використовуючи модель нейрональних мереж, дослідники Dehaene та

Changeux запропонували кілька ієрархічних рівнів, що апелюють до спеціалізованих підпроцесів планування, такі як: генерація плану, робоча пам’ять та внутрішня оцінка та винагорода. Деякі підпроцеси здаються відносно незалежними від важкості завдання, тоді як інші підпроцеси розгортаються тільки у ситуації планування найвищого рівня складності [].

Нейропсихологічні дослідження здатності до планування, як складової екзекутивних функцій мозку, у людей з ОКР не дали цілком узгоджених результатів.

Група дослідників [] використовуючи комп'ютеризовану версію тесту "Вежі Лондону" (ToL), не виявили різниці в ефективності між контрольною та експериментальною групою. Однак, коли пацієнти з ОКР помилялися, вони витрачали більше часу, ніж контрольні досліджувані, на створення альтернативних рішень або перевірку наступних відповідей. Останнє спостереження скоріше виявляє ригідність, ніж дефіцит планування.

Інші дослідники [] порівнювали нейропсихологічні профілі пацієнтів з ОКР, панічними атаками та великим депресивним розладом. В результаті було встановлено, що важливу роль відіграє форма пред’явлення завдання. Незважаючи на деяку моторну загальмованість, пацієнти з ОКР продемонстрували нормальну здатність планувати, організовувати та виконувати низку цілеспрямованих рухів коли мали можливість використовувати сенсорний екран. Цей прилад давав їм можливіть здійснювати зовнішню перевірку поточної роботи. Однак, коли завдання потрібно було виконанувати тільки подумки, пацієнти з ОКР виявили значні порушення.

Голандські вчені провели дослідження, яке згодом часто цитувалось. Отримані ними дані підтвердили гіпотезу про те, що ослаблення зв’язків між орбітофронтальною корою і стріатумом пов’язане з порушенням спроможності планування у пацієнтів з ОКР. Оскільки описана дисфункція при ОКР не залежить від стану тривоги та важкості порушення, дослідники дійшли висновку, що порушення функцій управління і контролю поведінки є основною ознакою ОКР [].

Порівняння симптоматики ОКР та синдрому Туретта дозволяє виокремити ті особливості, які є патогномонічними для кожного з цих порушень. Незважаючи на разючі відмінності у проявах двох розладів, як муштровані педанти (ОКР), так і екстравагантні порушники порядку (Туретт), мають багато спільного на рівні етіології. Обидва розлади характеризуються "менеджерськими" проблемами у справі контролю власних поведінкових проявів. Як ОКР, так і синдром Туретта, мають схожу "адресу" у мозку - базальні ганглії. Єдина відмінність полягає в тому, що ОКР скоріше вивільняє вроджені поведінкові схеми (такі як грумінг та впорядкування оточуючого середовища) в той же час Туретт пов’язаний з розгальмомуванням набутої, але небажаної поведінки [].

Емпіричні дані, які мали на меті виявлення екзекутивних порушень у цих нозологіях, є дещо суперечливими. Під час порівняння двох розладів за такими параметрами, як планування, прийняття рішень та гальмівний поведінковий контроль, були виявлені деякі відмінності у проблемах. Зокрема люди з ОКР гірше справлялись з завданнями на розпізнавання знайомих образів та просторові тести, а також недостатньо ефективно гальмували свою поведінку у завданнях по типу "Go-No go Tests"; в свою чергу при Туретті недостатньою мірою було представлено прийняття рішень. Однак, обидві групи не виявили дефіциту планування [].

Таким чином, незважаючи на деяку розбіжність у даних, пов’язану з формою тестування, важкістю симптомів, повнотою досліджуваних когнітивних функцій, специфікою виборки для порівняння тощо, більшість досліджень виявляє у осіб з ОКР специфічні порушення функцій управління та контролю поведінки, зокрема - порушення планування.

1.5 Стратегії життєвого планування як психологічний конструкт

Теорія життєвого циклу є міждисциплінарним напрямком досліджень, що присвячений вивченню закономірностей і стратегій життєвого планування.

Цей підхід охоплює ідеї та спостереження з цілого ряду дисциплін, зокрема історії, соціології, демографії, психології, біології та економіки. Теорія життєвого циклу дозволяє досліджувати індивідуальне життя у історичному та соціально-економічному контекстах.

Як концепція життєвий цикл визначається таким чином: це послідовність соціально визначених подій та ролей, які переживає людина у часі []. Ці події та ролі не обов'язково протікають у певній послідовності, а складають загальну суму особистого досвіду людини.

Багато дослідників визначають перспективу життєвого шляху як "нову" парадигму в поведінкових науках, оскільки вона формально не розвивалася до 1990-х років. Стрімкі соціальні зміни в цьому десятилітті спонукали досліджувати складну природу взаємодії внутрішніх та зовнішніх чинників, що впливають на індивідуальний життєвий план. Досягнення в області статистики також призвели до подальшого збільшення кількості досліджень життєвого циклу, включаючи створення нових методів для лонгітюдного аналізу даних.

В основі теорії життєвого циклу лежить декілька фундаментальних принципів. Вони включають: 1) соціально-історичне та географічне положення; 2) тривалість життя; (3) гетерогенність або мінливість; (4) соціальні зв'язки з іншими людьми; (5) суб’єктність та контроль; та (6) вплив минулого на майбутнє.

Вперше великий блок питань, присвячених уявленням респондентів про організацію життєвого циклу, з’явився у опитувальнику Європейскього соціального дослідження (European Social Survey, ESS) третьої хвилі (2006 р.) з ініціативи відомого дослідника Франческо Білларі (Francesco Billari). Він з колегами прагнув з’ясувати:

1) чи сприймають люди життєвий цикл як структуровану послідовність життєвих етапів і які події знаменують перехід від одного етапу до іншого?

2) чи існують соціальні норми щодо організації життєвого циклу?

3) які є очікування та можливості у людей стосовно планування свого життя? []. Опитування 9-ої хвилі ESS (2018/2019 роки) також включало в себе блок питань стосовно уявлень респондентів про час настання

важливих життєвих подій. Проте, на жаль, Україна не брала участь в цій хвилі, що не дозволяє дослідити динаміку уявлень українців про організацію життєвого циклу.

Сучасні дослідження у галузі життєвого циклу спрямовані, в першу чергу, на:

1) Виявлення характеру взаємодії між внутрішніми (психологічними) та зовнішніми (соціальними) чинниками, що впливають на стратегії планування життя;

2) Відстеження змін у плануванні на різних життєвих етапах (спостереження в динаміці);

3) Прогнозування масштабів змін у планах на різних етапах життя [].

Висновки до розділу 1

Обсесії та компульсії утворюють власну групу розладів, що характеризується дефіцитом гальмування і проявляється нав’язливими думками та діями. Сюди належать такі симптоми, як патологічне накопичення, дисморфофобія, трихотіломанія, екскоріація, а також ОКР, індукований препаратами, і невизначений обсесивно-компульсивний розлад. Такі складові як вікові особливості, гендерні відмінності, важкість порушення, переважаюча симптоматика, тип перебігу розладу – все це суттєвим чином впливає на якість життя людей з обсесивно-компульсивними проявами. Оскільки обсесивно-компульсивна поведінка і так звана "ОКР-петля" у мозку взаємно підсилюють одне одного по типу позитивного зворотнього зв’язку, між психологічними симптомами і неврологічними порушеннями виникає "порочне коло" взаємної індукції. Це призводить до специфічного когнітивного дефіциту по типу зниження ефективності виконавчих фнукцій, найбільш чутливим аспектом яких виступає здатність до планування. Можливість досягнення мети через низку проміжних дій проявляється як у повсякденних ситуаціях, так і на рівні стратегічного життєвого планування. Тому доцільним уявляється виявлення характерних патернів порушення процесу планування у людей з обсесивно-

компульсивним розладом з метою сприяння їх адаптації та успішної соціалізації.

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЯ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ СИМПТОМАМИ

2.1 Етапи емпіричного дослідження

Характеристика вибірки. Вибірка була сформована за допомогою соціальної мережі Instagram. Загальна кількість респондентів, що взяла участь в дослідженні, складає 218 респондентів жіночої статі від 14 до 25 років. Середній вік - 17.56 років, стандартне відхилення - 2,83 роки, медіана - 17. Опитування проводилося у Google Forms і включало всі методики, необхідні для дослідження.

Вікова межа, після якої початок обсесивно-компульсивної симптоматики можна назвати «пізнім», є досить розмитою, і в різних дослідженнях коливається від 14 до 25 років []. Виходить дуже широкий діапазон, який може мати свої характеристики та особливості обсесивно-компульсивних проявів. Тим паче, цей період співпадає з рамками юнацького віку. Тому для дослідження було обрано саме цю вікову категорію. Оскільки було доведено, що стратегії життєвого планування значною мірою залежать від статі респондента [], було вирішено включити в дослідження тільки дівчат, щоб вплив фактору статі не перекривав вплив обсесивно-компульсивної симптоматики. Звісно, можна було б спробувати зробити складну регресійну модель, яка б включала також і стать респондента, але тоді довелося б збільшити розмір вибірки щонайменше в два рази.

На рис. 2.1 можна побачити розподіл респондентів по кожній з вікових груп від 14 до 25 років. Найбільша кількість зосереджена у діапазоні від 14 до 17 років.

В ході аналізу з вибірки були виключені респонденти, які не давали відповіді на одне або більше питань з опитувальника (відсіяли всього 9 респондентів). До цього етапу сирі дані містили респондентів, вік або стать яких не відповідала меті дослідження, або які неуважно заповнювали опитувальник та вказували обидві альтернативи відповідей там, де потрібно було обирати одну. В подальшому цю проблему можна було б вирішити, використовуючи іншу, більш функціональну платформу для збору даних, яка б дозволила надавати питання за алгоритмом «якщо, то…». Тобто, респондент отримує доступ до певних питань тільки у тому випадку, якщо не зміг дати конкретної відповіді на попередні.

Отримана вибірка є репрезентативною щодо генеральної сукупності, адже всі респонденти мають різний культурний та соціо-економічний статус, відносяться до різних етнічних груп, мають різний світогляд, цінності та переконання.

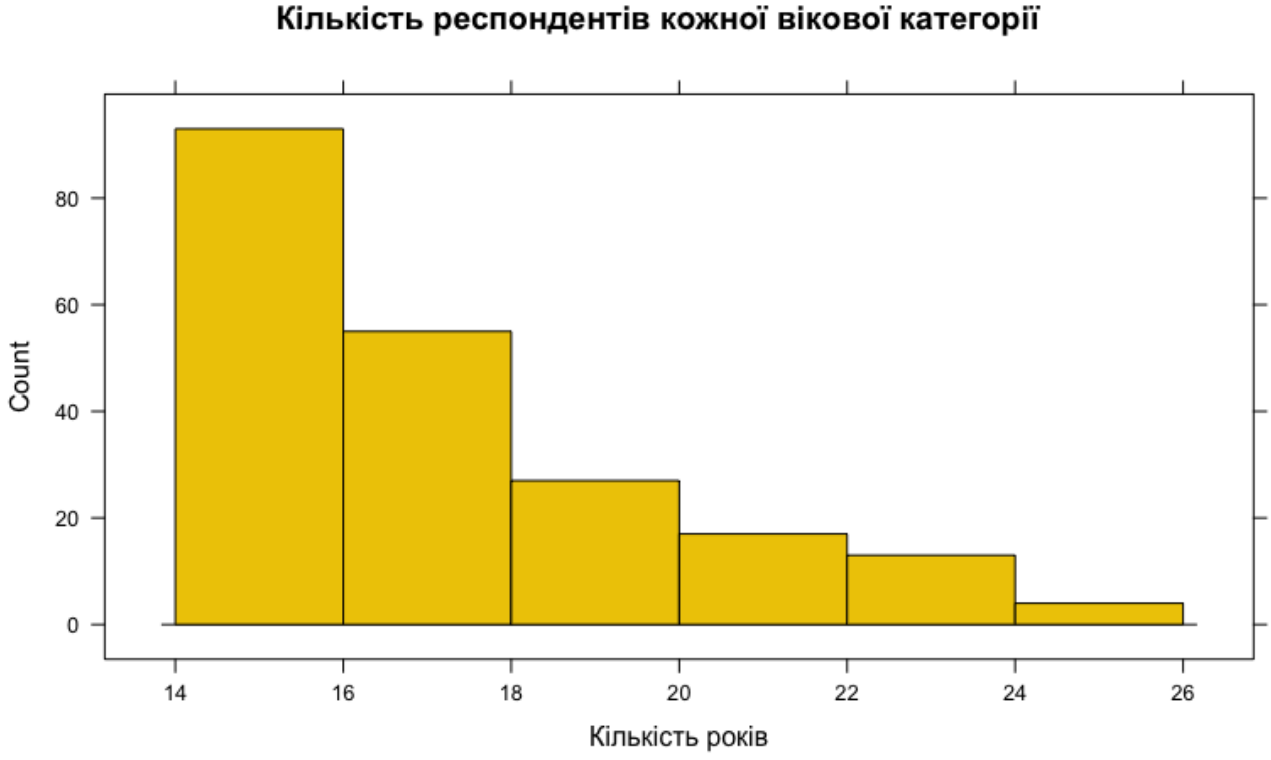

Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком

Загалом дослідження можна розділити на такі етапи:

1) Аналіз публікацій, присвячених обраній темі, створення єдиної картини з сукупності різних даних та теорій, пошук «пробілів», тобто тих моментів, що не були достатньо повно розкриті існуючих роботах;
2) Підбір методик для дослідження;
3) Створення опитувальника у Google формах, що включав обрані методики;
4) Підготовка сирих даних до роботи зі статистичними програмами (ручне відсіювання респондентів, що не відповідають умовам відбору, перейменування змінних, видалення непотрібних стовбців, категоризація змістовних відповідей);
5) Обробка даних за допомогою мови статистичного аналізу R;
6) Інтерпретація результатів, формування загальних висновків.

На теоретичному рівні дослідження використовувалися наступні методи наукового пізнання: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, моделювання. Емпіричний рівень включав такі методи:

1) метод психологічного опитування;

2) методика виявлення типу особистості та ймовірності особистісних порушень Олдхема і Морріса (*The Personality Self-Portrait Questionnaire by John M. Oldham, Lois B. Morris*), субшкала сумлінності;

3) опитувальник Модслі на виявлення обсесивно-компульсивних симптомів (*The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory*);

4) методика вимірювання суб'єктивної задоволеності життям Е.Дінера (*The Satisfaction with Life Scale by E.Diener*);

5) Опитувальник по виконавчим функціям мозку Доусона (*Executive Skills Questionnaire by Peg Dawson & Richard Guare*), субшкали по плануванню, ініціативності та тайм-менеджменту.

Для математико-статистичної обробки даних використовувалася така стратегія:

1) використання методів ***описової статистики***;

2) ***кореляційний аналіз*** зв'язків між питаннями всередині шкал;

3) перевірка надійності шкал за показником ***альфи Кронбаха***;

4) ***факторий аналіз*** кожної шкали (експлораторний, конфірматорний), візуалізація факторних навантажень та розподілу питань між латентними змінними;

5) обчислення ***інтегральних показників*** на основі результатів факторного аналізу та перевірки надійності;

6) перевірка даних на ***нормальність розподілу*** критерієм Шапіро-Уілка для вибіру наступних методів обробки;

7) кореляційний аналіз зв'язків між вимірюваними конструктами за допомогою ***непараметричного критерію Спірмена***;

8) підготовка даних до регресійного аналізу (***центрування показників, розділення вибірки на 4 группи***: 1) контрольну, 2) з вираженою ОК-симптоматикою, 3) з вираженими особистісними обсесивно-компульсивними рисами, 4) з вираженою симптоматикою та особистісними обсесивно-компульсивними рисами);

9) порівняння груп критерієм Крускала-Уолліса, перевірка величини ефекту за показником епсилон квадрату;

10) побудова ***загальних лінійних моделей регресії,*** що включають як категоріальні, так і кількісні змінні для прогнозування певних подій життя, а також **регресійних моделей з модерацією**;

11) аналіз нечислових відповідей респондентів за допомогою ***лог-лінійного аналізу***.

2.2 Організація та методи емпіричного дослідження

Для респондентів була створена Google форма, що включала усі необхідні методики для дослідження обраних конструктів.

Першою методикою був **опитувальник Модслі на виявлення обсесивно-компульсивних симптомів** (The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory). Опитувальник Модслі був розроблений у 1977 році (Hodgson &

Rachman) [], і до цього часу залишається одним із найбільш часто використовуваних методик у клінічній психології для оцінки обсесивно-компульсивних симптомів. Опитувальник застосовується як для оцінки ефективності лікування у людей з підтвердженим діагнозом, так і в якості скринінгового інструменту для неклінічної популяції. Оригінальна версія опитувальника складається з 30 пунктів, з двома альтернативами відповідей: згоден(а)/не згоден(а). Таким чином, сумарний бал коливається від 0 (повна відсутність обсесивно-компульсивних симптомів) до 30 (максимальна вираженість обсесивно-компульсивних симптомів). Опитувальник містить чотири субшкали, що відображають різні категорії обсесивно-компульсивних проявів: перевіряння (checking), повільність (slowness), гігієна (cleaning), сумніви (doubting). Але питання, що входять до цих субшкал, можуть дещо варіювати у різних дослідженннях при проведенні факторного аналізу (рис.2.2).

Table I. Item Numbers on Each Factor in Previous Factor Analyses of the MOCI

Subscales															
Checking				Cleaning				Slowness				Doubting			
Chan (1990)	Hodgson & Rachman (1977)	Rachman & Hodgson (1980)	Sanavio & Vidotto (1985)	Chan (1990)	Hodgson & Rachman (1977)	Rachman & Hodgson (1980)	Sanavio & Vidotto (1985)	Chan (1990)	Hodgson & Rachman (1977)	Rachman & Hodgson (1980)	Sanavio & Vidotto (1985)	Chan (1990)	Hodgson & Rachman (1977)	Rachman & Hodgson (1980)	Sanavio & Vidotto (1985)
—	2	2	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	2
6	6	6	6	—	4	—	—	—	4	—	—	—	3	3	—
—	8	8	—	5	5	—	—	—	8	—	—	—	7	7	—
12	—	—	—	9	9	—	9	—	16	—	—	8	—	—	8
—	14	—	—	—	13	13	—	—	23	—	—	10	10	10	10
—	15	15	—	—	—	—	16	—	25	—	—	—	11	11	—
18	—	—	18	17	17	17	17	—	29	—	—	12	12	—	—
20	20	20	20	—	19	19	19	—				—	18	18	—
—	22	22	22	21	21	21	21					30	30	—	30
—	—	—	23	23	—	—	—								
—	26	—	—	24	24	—	24								
28	28	28	28	—	26	26	26								
—	—	—	30	—	27	27	27								
				—	—	—	29								

Рис. 2.2. Розподіл питань по чотирьом субшкалам згідно результатів факторного аналізу у різних дослідженнях[]

Інтегральний показник по кожній із субшкал вказує на тяжкість конкретної групи симптомів. Набір питань, які входять до різних субшкал, визначається за допомогою факторного аналізу, і може варіювати у різних дослідженнях. Значною мірою на розподіл елементів по субшкалам може впливати переклад, оскільки в оригіналі респонденти можуть вбачати в питанні один зміст, а в перекладі - зовсім інший. Оцінки надійності опитувальника також відрізняються у різних роботах. В середньому, показник внутрішньої узгодженості становить 0,76.

Опитувальник Модслі може застосовуватися для оцінки обсесивно-компульсивних проявів у дорослих, дітей та підлітків, тобто для всіх вікових

категорій. Крім того, його неодноразово використовували для оцінки обсесивно-компульсивної симптоматки не тільки у пацієнтів з ОКР, але також і у людей з іншими розладами (наприклад, у пацієнтів з депресією). Часто опитувальник Модслі застосовується як інструмент скринінгу для неклінічних груп населення. Оскільки ця методика є дуже чутливою до терапевтичних змін, вона також часто застосовується в емпіричних дослідженнях, що оцінюють ефективність психологічних та / або фармакологічних методів лікування пацієнтів з ОКР.

На основі відповідей респондентів ми побудували кореляційну матрицю, що відображає зв'язки між питаннями шкали (рис.2.3). Таким чином можна перевірити, наприклад, чи дійсно питання зі зворотнім ключем сприймаються респондентами як ті, що несуть протилежний зміст щодо вимірюваного конструкту. Також за такою кореляційною матрицею можна визначити, які питання є близькими за змістом або за формою.

Так, за рис.3 візуально можна виділити питання зі зворотнім ключем: 5, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29.

Також ми перевірили психометричні показники методики, а саме її внутрішню узгодженість (альфа Кронбаха = 0,74). Це відповідає загальним нормам і схоже на ті значення, що надаються у інших роботах.

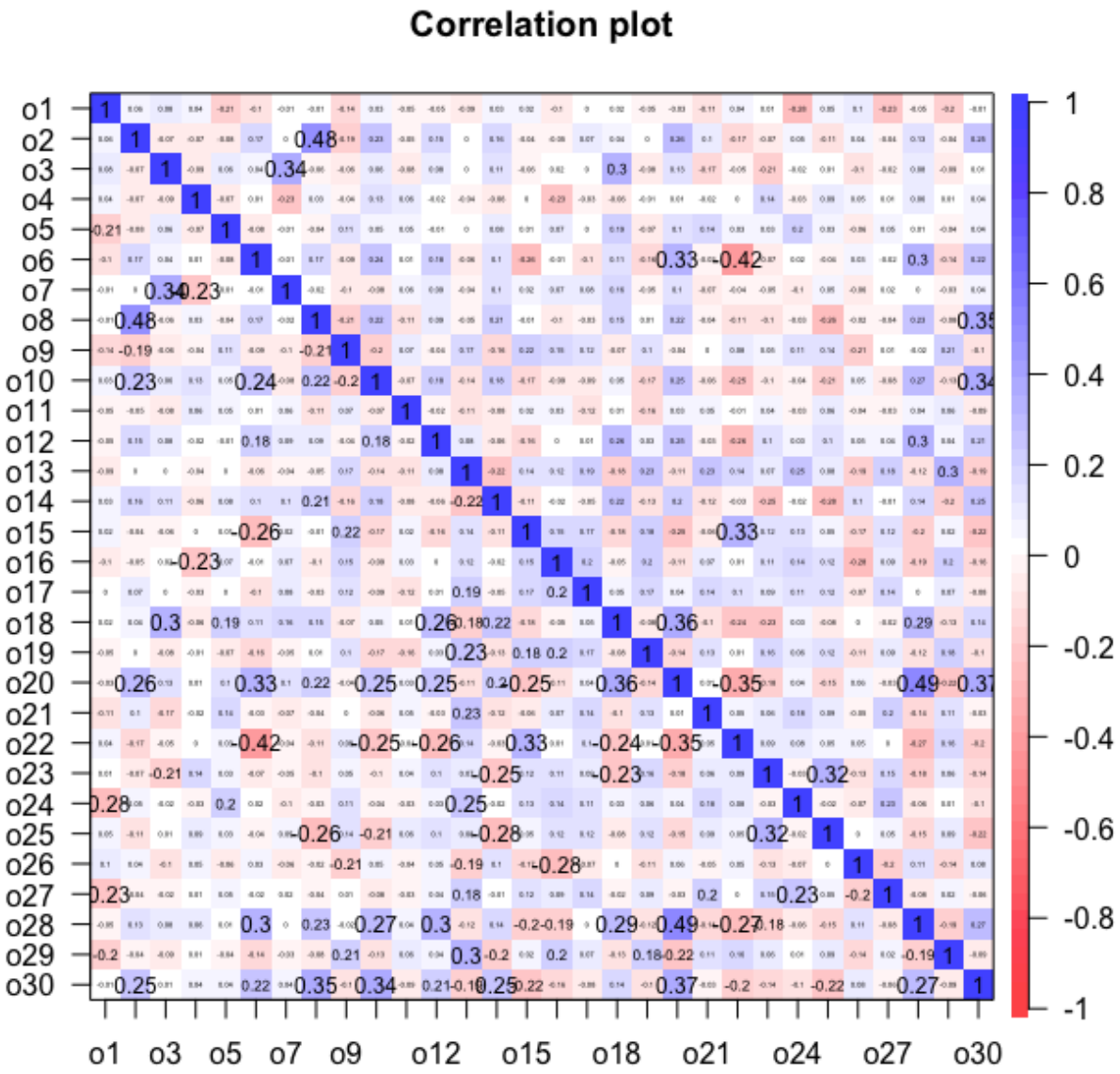

Рис. 2.3. Кореляційні зв’язки між питаннями шкали Модслі з оцінки вираженості обсесивно-компульсивних симптомів

Далі, щоб виділити чотири субшкали, які відображають різні категорії обсесивно-компульсивних симптомів, ми використовували факторний аналіз. І хоча, за результатами паралельного аналізу Хорна (рис. 2.4), слід було взяти п’ять факторів для проведення експлораторного аналізу, ми вирішили почати з чотирьох факторів.

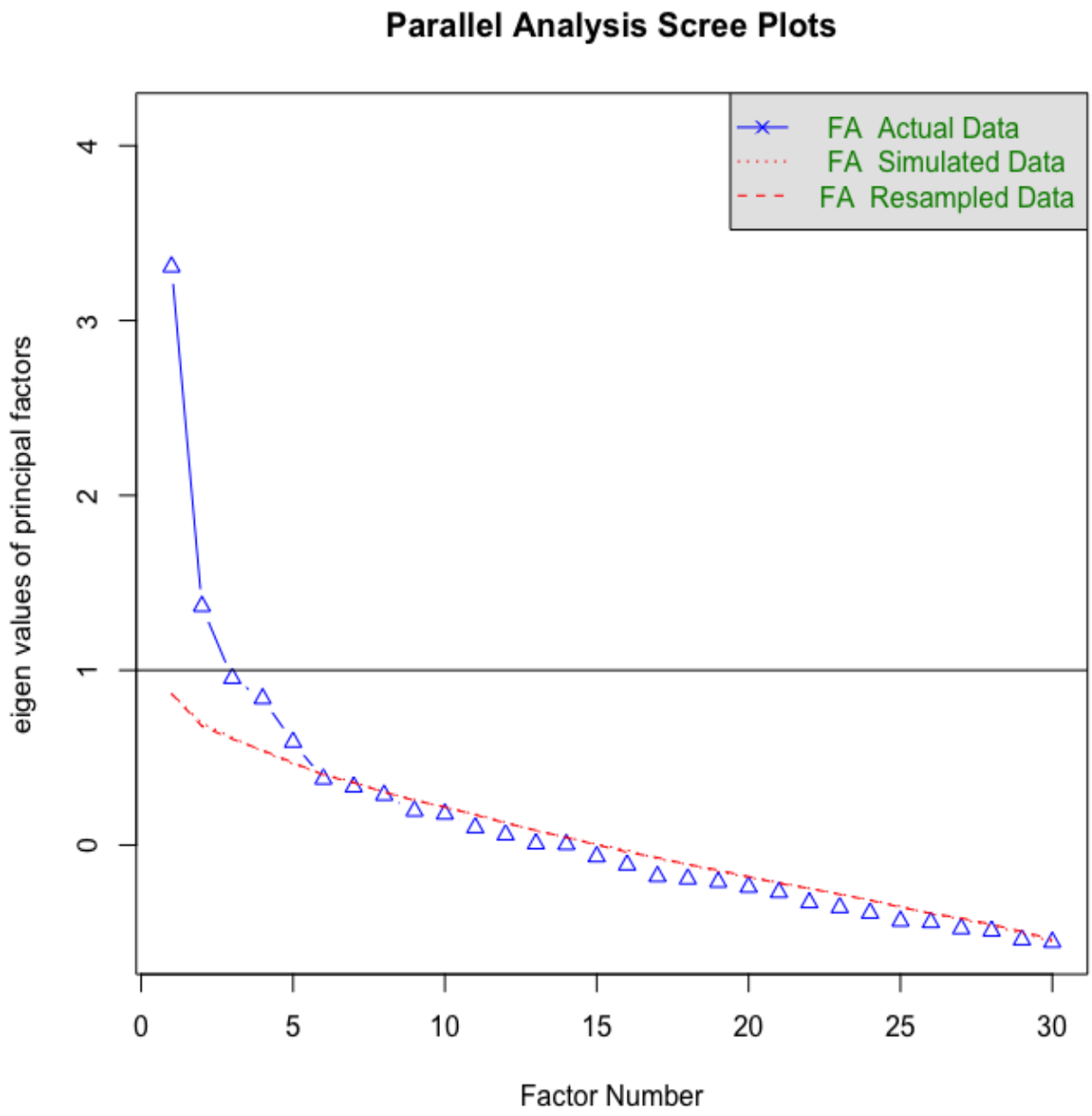

Рис. 2.4. Паралельний аналіз Хорна для шкали Модслі з оцінки вираженості обсесивно-компульсивних симптомів

Результати експлораторного (розвідувального) факторного аналізу для чотирьох факторів наведені у таблиці 2.1. Відображені факторні навантеження, показники спільності та характерності для кожної змінної зі шкали Модслі.

Таблиця 2.1

Результати експлораторного факторного аналізу для шкали Модслі (кількість факторів = 4)

№ питання	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	h2	u2	com
1		-0.35			0.122	0.88	1.3
2				0.53	0.333	0.67	1.4
3			0.54		0.301	0.70	1.1
4			-0.31		0.116	0.88	1.9
5					0.068	0.93	2.2
6	0.52				0.285	0.71	1.1
7			0.42		0.176	0.82	1.1
8				0.65	0.431	0.57	1.1
9		0.27		-0.22	0.149	0.85	1.9
10	0.29			0.28	0.262	0.74	2.7
11				-0.21	0.040	0.96	1.6
12	0.54				0.263	0.74	1.2
13		0.51			0.290	0.71	1.1
14			0.33	0.40	0.319	0.68	2.3
15	-0.40	0.24			0.227	0.77	1.7
16		0.42			0.205	0.79	1.4
17		0.36			0.126	0.87	1.2
18	0.33		0.47		0.377	0.62	1.8
19		0.34			0.159	0.84	1.4
20	0.58				0.493	0.51	1.4
21		0.33			0.140	0.86	1.6
22	-0.60				0.352	0.65	1.0
23			-0.34	-0.25	0.227	0.77	2.3
24		0.44			0.184	0.82	1.2
25				-0.47	0.257	0.74	1.5
26		-0.38			0.152	0.85	1.2
27		0.39			0.148	0.85	1.0
28	0.51				0.359	0.64	1.2
29		0.30			0.160	0.84	1.7
30	0.29			0.37	0.329	0.67	2.1

Оскільки в даній моделі більшість питань мають високі показники спільності (h2), тобто частини дисперсії змінної, що обумовлена спільною дією

всіх факторів, а не специфікою змінної чи похибками вимірів (u2), а факторні навантаження дозволяють пояснити варіативність у змінних превалюючою дією тільки одного з факторів, можна сказати, що ця модель пояснює достатньо багато кореляцій між змінними при своїй простоті (зв'язки, що не були пояснені 4-факторною моделлю, представлені на рис.5). Тому має сенс перевірити, чи буде дана модель добре прилягати до наших даних за допомогою конфірматорного факторного аналізу.

Єдиним недоліком отриманої моделі є те, що вона недостатньо чітко розводить питання із прямим та зворотним ключем.

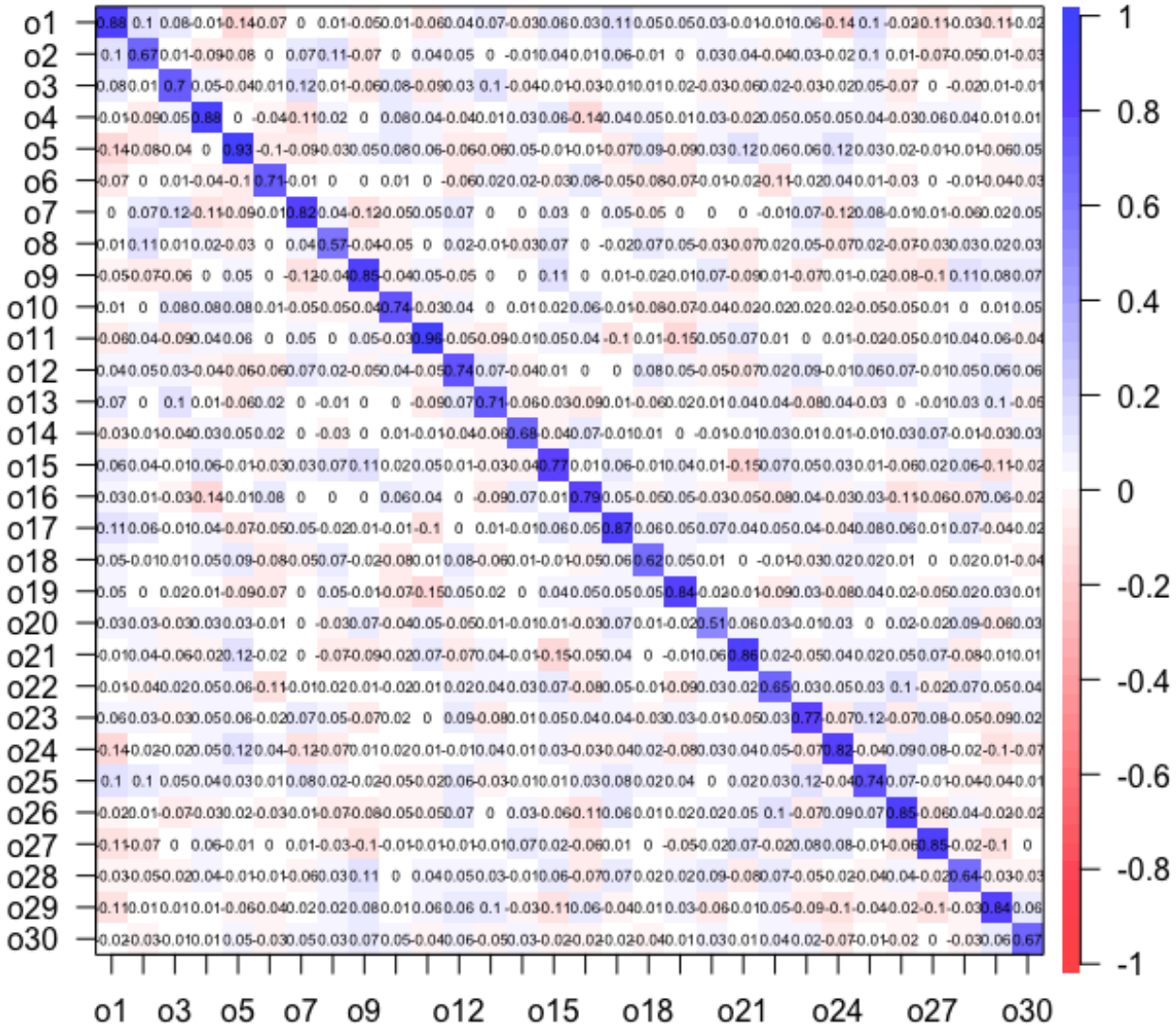

Рис.2.5. Кореляційні зв'язки між питаннями шкали Модслі, що не пояснюються 4-факторною моделлю

Кореляційні зв’язки між факторами відображені у таблиці 2.2. Бачимо, що компульсивні перевіряння деякою мірою (0,33) пов’язані з сумнівами, тобто з нав’язливими думками, а чистота негативно корелює з усіма іншими факторами.

Таблиця 2.2

Кореляційні зв’язки між факторами для шкали Модслі

	Фактор 1	**Фактор 2**	**Фактор 3**	**Фактор 4**
Фактор 1	1.00	-0.16	0.18	0.33
Фактор 2	-0.16	1.00	-0.15	-0.20
Фактор 3	0.18	-0.15	1.00	0.11
Фактор 4	0.33	-0.20	0.11	1.00

Отриману модель ми переіврили за допомогою конфірматорного факторного аналізу і назвали фактори у відповідності до субшкал, до яких належать питання: Перевіряння (Checking), Чистота (Cleaning), Повільність (Slowness), Сумніви (Doubting) (рис.2.6).

До фактору під назвою «Перевіряння» віднесли питання, які відображають прояви симптому компульсивного перевіряння (наприклад, чи закриті двері, чи вимкнене світло, чи написаний лист без помилок). До фактору «Чистота» увійшли пункти, які респонденти пов’язують з миттям, гігієною, чистотою та страхом забруднення або зараження. Фактор «Повільність» містить питання, що оцінюють надлишкову увагу до деталей. Фактор «Сумніви» об’єднує пункти, які здебільшого стосуються обсесивних проявів (нав’язливі думки).

Питання під номерами 9 («*Я не дуже переймаюсь, якщо раптом зіткнусь із кимось*»), 10 («*Зазвичай я переживаю серйозні сумніви з приводу простих повсякденних справ*») та 23 («*Я не дотримуюсь чіткого розпорядку, коли займаюся повсякденними справами*») були виключені з моделі, тому що їх факторні навантаження були рівномірно росподілені між двома та більше факторами, тобто за ними стоїть декілька латентних змінних.

Показники якості отриманої моделі відповідають старим нормам: RMSEA = 0,026; TLI = 0,919; CFI = 0,929. Значення хі-квадрату складає 354.977 при df = 310 і p-значенні = 0.04, що свідчить про відповідність побудованої моделі емпіричним даним.

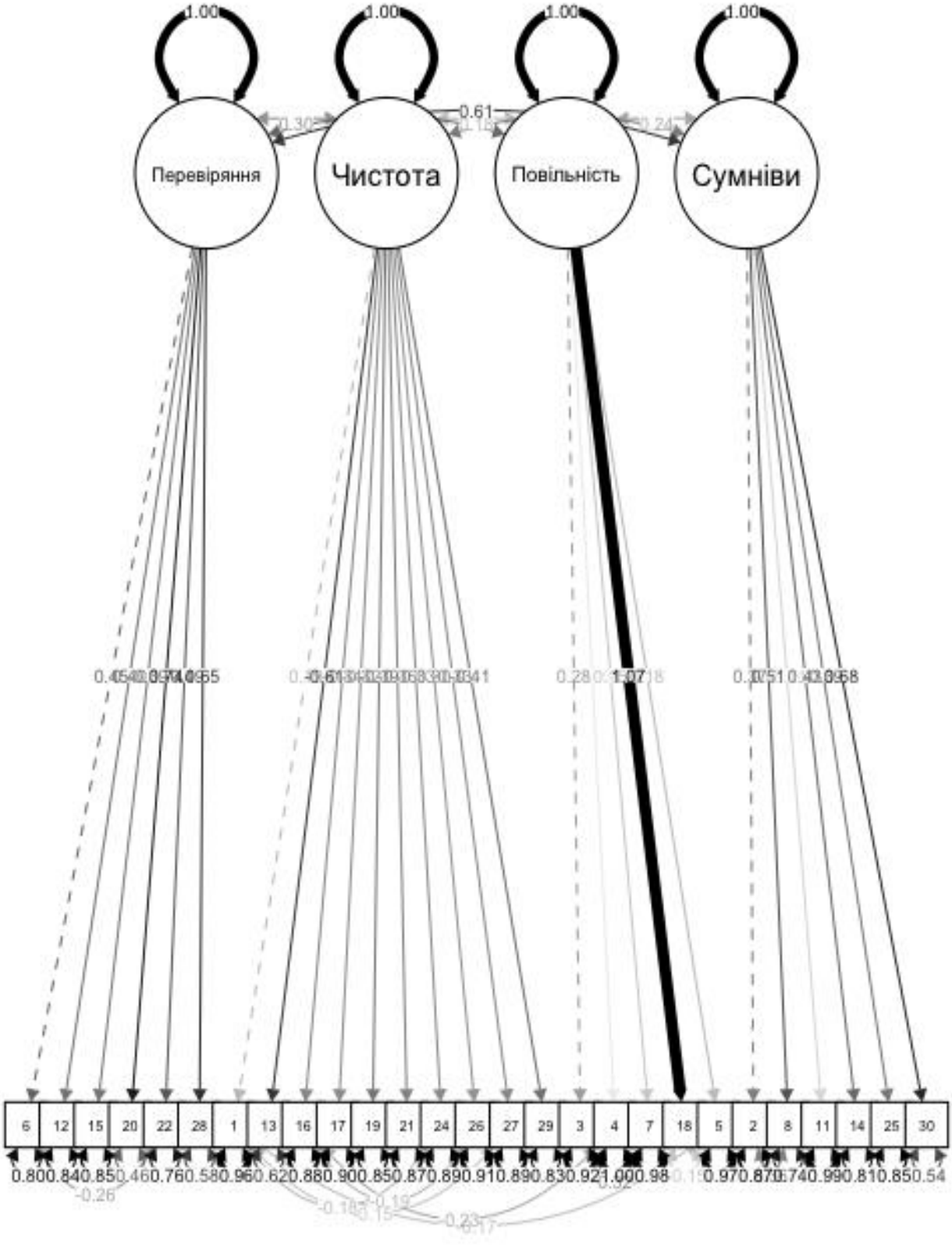

Рис.2.6. Візуалізація чотирьохфакторної моделі для шкали Модслі

Наступна методика - **виявлення типу особистості та ймовірності особистісних порушень Олдхема і Морріса** (The Personality Self-Portrait Questionnaire by John M. Oldham, Lois B. Morris). Опитувальник розроблений Дж.Олдхемом та Л.Моррісом у 1994 році на основі критеріїв DSM-IV (Diagnostic and Static Manual of American Psychiatry association, Fourth edition - Діагностичний і статистичний посібник Американської психіатричної асоціації, редакція четверта). Тобто, методика передбачає використання тої класифікації особистісних розладів та, відповідно, діагностичних критеріїв, що наведена у DSM-IV.

За DSM-IV, певна особистісна риса за ступенем вираженості може вважатися розладом, акцентуацією або нормою. І незважаючи на те, що не можна провести чітку межу між типом особистості і порушенням (розладом), можна спиратися на такі критерії: якщо людина здатна до гнучкої взаємодії з іншими, якщо вона відчуває задоволення від звичайних справ та переживань, то ми відносимо дану індивіда до здорової особистості. Якщо ж людина на буденні завдання реагує неадаптивно чи взагалі здатна їх виконувати, а також якщо звичайні справи та переживання спричинюють дискомфорт, позбавляють людину здатності самовдосконалюватися, тоді ми говоримо про малоадаптовану або порушену особистість.

Опитувальник складається з чотирнадцяти субшкал, які вимірюють вираженість різних особистісних характеристик. Ці особистісні риси відповідають різним розладам особистості, наведеним у DSM-lV. Наприклад, високі показники по шкалі самовпевненості корелюють з проявами нарцисичного розладу особистості, а по шкалі пильності - з параноїдною особистістю. Для дослідження ми взяли субшкалу сумлінності, що відповідає проявам, характерним для обсесивно-компульсивного розладу особистості. Інтерпретація результатів опитувальника Олдхема і Морріса відрізняється від стандартної процедури підрахунку сумарних показників. На основі балів, які респондент набирає по кожній субшкалі, будується графік, який дозволяє не

стільки визначити тип особистості, скільки виявити загальні тенденції. Людина може мати низькі показники по всім субшкалам, або навпаки дуже високі, і тому варто порівнювати бали між собою в межах одного респондента, а не між різними людьми. Саме тому не існує нормативних показників, на які можна орієнтуватися, аналізуючи результати особистісного опитувальника. Але оскільки перед нами не стояла задача скласти портрет особистості для кожного респондента, і ми взяли тільки субшкалу по сумлінності, процедура інтепретації результатів зводилася до підрахунку сумарного балу, який відображав ступінь вираженості обсесивно-компульсивних особистісних рис.

У субшкалі сумлінності використовувався набір з семи питань, для яких респондентам пропонувалося декілька альтернатив відповіді: 1) не згоден(а), 2) можливо, 3) згоден(а). Відповідно, за кожен пункт опитувальника можно було отримати 0, 1 або 2 бали. Максимальна кількість - 14 балів, тобто відповідь «згоден(а)» на кожне з питань. Надалі ці показники порівнювалися між респондентами, і визначалася умовна норма в межах вибірки. Якщо респондент набирав кількість балів, яка була вище норми по вибірці, його виділяли в групу з вираженими обсесивно-компульсивними особистісними рисами.

Обсесивно-компульсивні симптоми та обсесивно-компульсивні особистісні риси є коморбідними, але часто зустрічаються окремо. Основною відмінністю є егодистонний або егосинтонний характер обсесивно-компульсивних проявів, тобто наявність зовнішнього локусу контролю за поведінкою та критичного мислення. Якщо обсесивно-компульсивні прояви вписані в особистість та не підлягають критиці, говоримо про їх егосинтонний характер, і відповідно про особистісне порушення, а не просто про симптоматику. Тому, щоб розрізняти джерело походження обсесивно-компульсивних проявів, у дослідження включили як ті методики, що вимірюють симптоматику (описаний вище опитувальник Модслі), так і ті, що визначають вираженість відповідних рис особистості (опитувальник Олдхема і Морріса).

Наразі в науковій літературі відсутні дані щодо психометричних характеристик оригінальної версії опитувальника. Можливо, автори вважають достатнім те, що методика основана на критеріях «Біблії Американської психіатрії». Надалі, при адаптації методики, зокрема при перекладі на російську мову, шкали були валідизовані []. Виявився, що показник вираженості сумлінного типу (субшкала J) позитивно корелював ($r = 0.52$; $p < 0.01$) з шкалою Q3 Кеттела. Показник Q3, відповідно до опису, трактується таким чином: «Розвинений самоконтроль, сумлінне виконання соціальних вимог і зобов'язань. Людина здатна контролювати свої емоції і поведінку, завжди доводить справи до завершення. Їй властива інтегрованість особистості та цілеспрямованість». Опис шкали сумлінності є дуже схожим: «Люди з високими моральними якостями, вони не допускають відпочинку, доки робота не завершена. Вони віддані своїй родині, своїй роботі та керівникам. Довга наполеглива праця є для них звичайним ділом».

Ми вирішили перевірити психометричні характеристики субшкали сумлінності із особистісного опитувальника Олдхема і Морріса. Спочатку ми побудували кореляційну матрицю, що відображала зв’язки між питаннями субшкали (рис.2.7).

Виявилося, що 6 питання («*Я просто не можу викидати старі речі, навіть якщо вони не приносять мені користі*») негативно корелює з іншими елементами шкали, хоча в оригіналі це не є питання з оберненим ключем. Питання 5 («*Можливо, деякі вважають мене занадто скутим, але я свято вірю, що для аморальної або неетичної поведінки виправдань немає*») та 7 («*Я не можу легко витрачати гроші, хоча деякі звинувачують мене у скупості. Я вважаю за краще залишати щось на чорний день*») не мають значних зв’язків з іншими елементами шкали. Питання під номером 1 («*Я проводжу за роботою більше часу, ніж мої колеги, адже люблю, щоб все було зроблено правильно та добре*») та 3 («*Іноді мене називають трудоголіком. Я справді працюю дуже напружено, навіть коли є гроші та оплачені рахунки. Думаю, якби я захотів(ла), мені б вдалося розслабитися та відпочити*») мають дуже схожий

зміст або формулювання, про що свідчить коефіцієнт кореляції 0,48. Також питання 3 тісно пов'язане з питанням 2 («*Я дуже організований(а). Я люблю дотримуватися графіків і складати списки справ, які слід виконати. Іноді в мене з'являється стільки списків справ, що я не знаю, що з ними робити*»), показник коефіцієнту кореляції - 0,3, і питанням 4 («*Я люблю свої повсякденні справи та обов'язки та стаю впертим(ою), якщо хтось намагається змусити мене зрадити їм*»), коефіцієнт кореляції - 0,24.

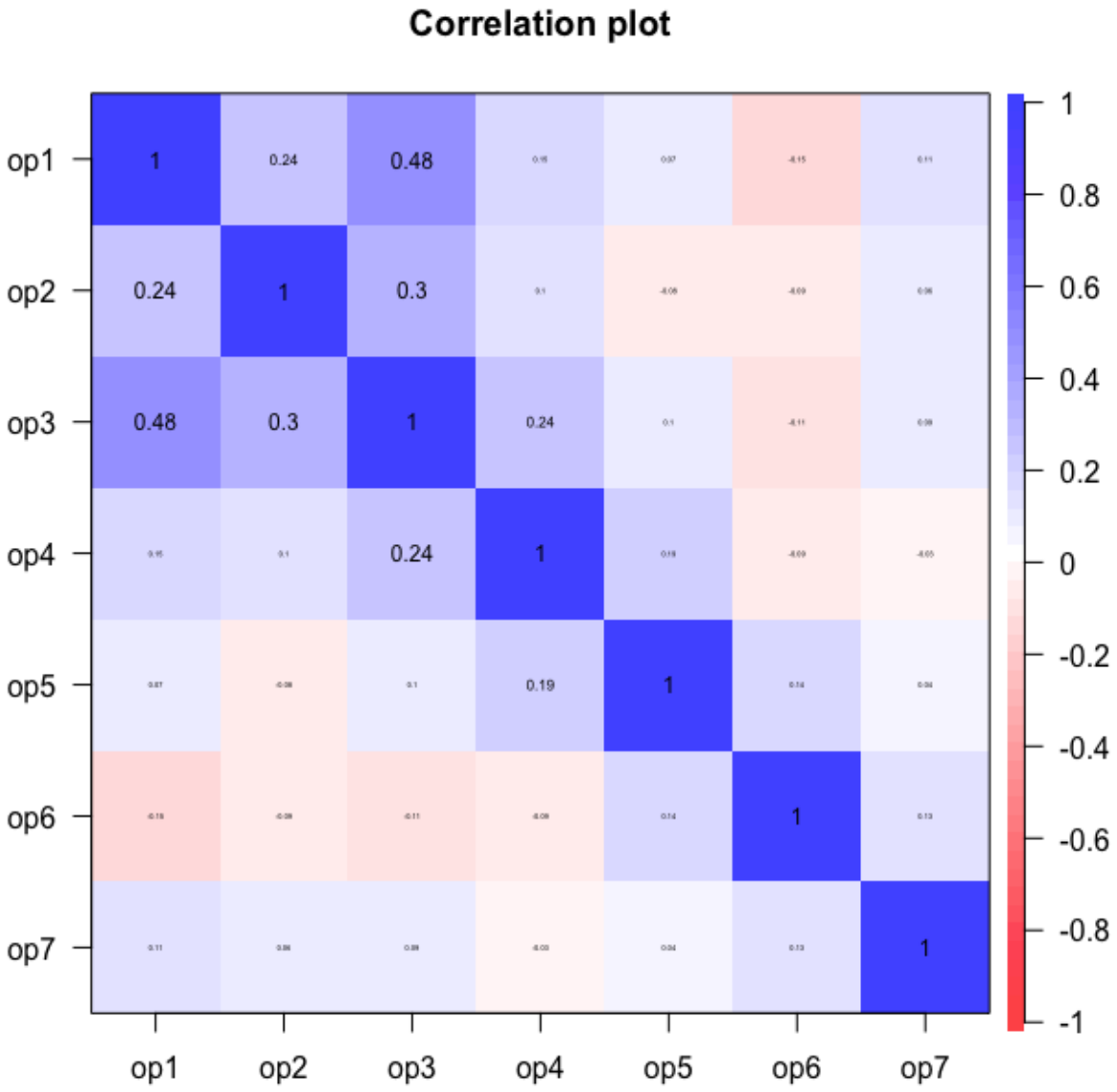

Рис.2.7. Кореляційні зв'язки між питаннями шкали Олдхема і Морріса

При перевірці внутрішньої узгодженості показник альфи Кронбаха становив лише 0,41. При виключенні зі шкали питань 5-7 альфа Кронбаха

зростала до 0,61. Такий показник не відповідає нормам, але є непоганим для такої невеликої кількості питань.

Подібні результати свідчать про те, що тільки перші чотири питання шкали вимірюють один конструкт.

Для того, щоб дослідити зв'язки між змінними більш детально, ми використовували факторний аналіз. За допомогою паралельного аналізу Хорна ми визначили, що оптимальною кількістю факторів для моделі буде 2 (рис.2.8), але вирішили почати з однофакторної моделі, оскільки кращою завджи є проста модель, яка достатньо добре прилягає до даних.

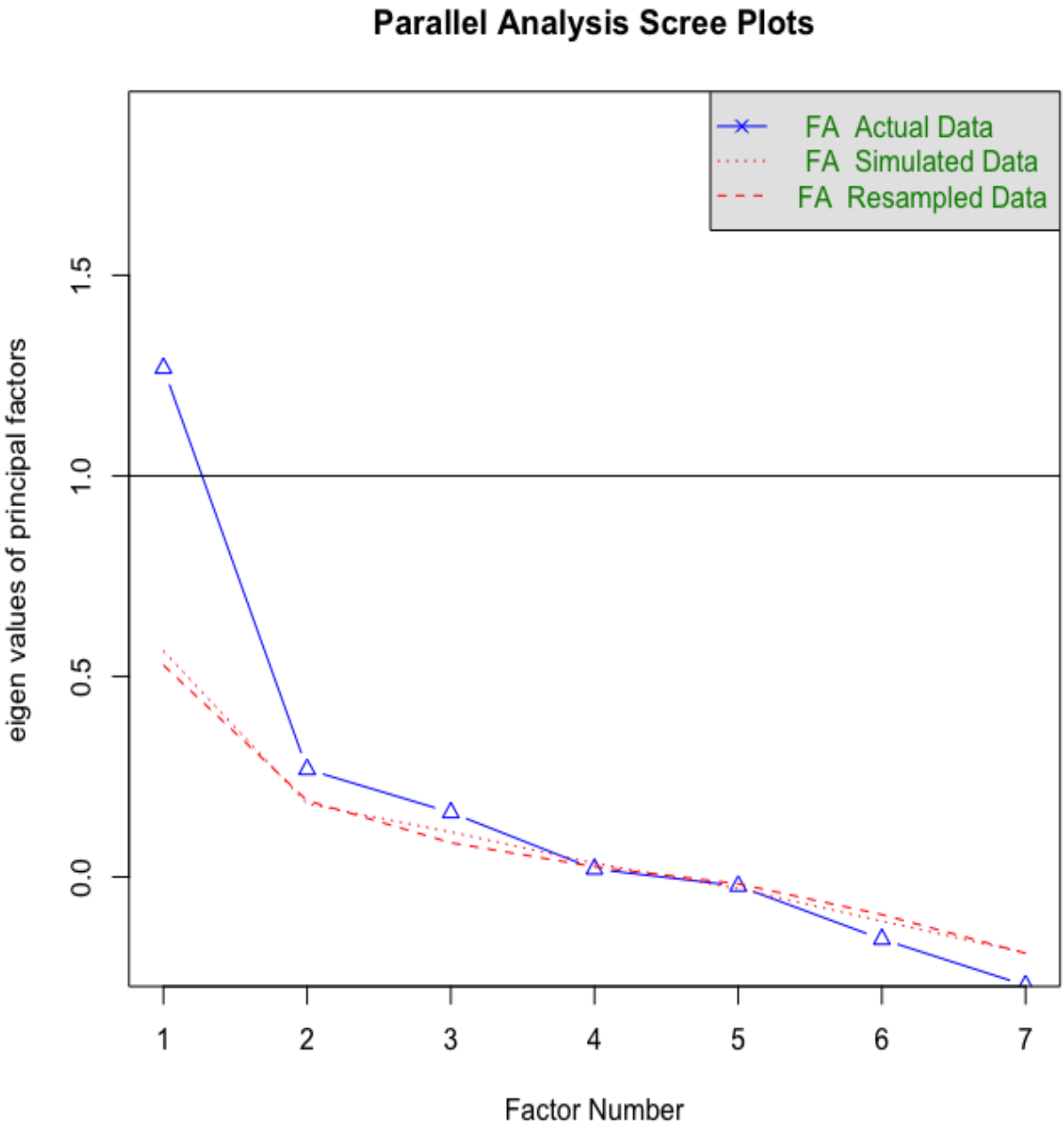

Рис.2.8. Паралельний аналіз Хорна для шкали Олдхема і Морріса з оцінки вираженості обсесивно-компульсивних особистісних проявів

Результати експлораторного факторного аналізу для одного фактору представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати експлораторного факторного аналізу для шкали Олдхема і Морріса (кількість факторів = 1)

№ питання	Фактор 1	h2	u2	com
1	0.63	0.393	0.61	1
2	0.38	0.143	0.86	1
3	0.77	0.597	0.40	1
4	0.29	0.086	0.91	1
5		0.010	0.99	1
6		0.029	0.97	1
7		0.011	0.99	1

Факторні навантаження для фактору 1 виявилися меншими за 0,2 у питань 5-7, при низьких значеннях спільності (h2) і високих показниках характерності (u2). Подібні результати означають, що варіативність у цих змінних не можна пояснити дією якогось фактору, і, отже, кожне з питань вимірює щось своє, а не заданий методикою конструкт. Двофакторна модель не покращила ситуації, тому що дисперсія у питаннях 5-7 все рівно значною мірою пояснювалася специфікою змінної, а не дією факторів. В цілому, можна сказати, що результати експлораторного факторного аналізу для шкали Олдхема і Морріса з оцінки вираженості обсесивно-компульсивних особистісних проявів доповнюють ті результати, що ми отримали при

процедурі кореляційного аналізу для дослідження зв'язку між елементами шкали.

Для відображення тих зв'язків, які не пояснила однофакторна модель, ми створили кореляційну матрицю (рис. 2.9). Бачимо, що залишилися сильні кореляції між 5 та 6 питаннями, а також між 6 та 7.

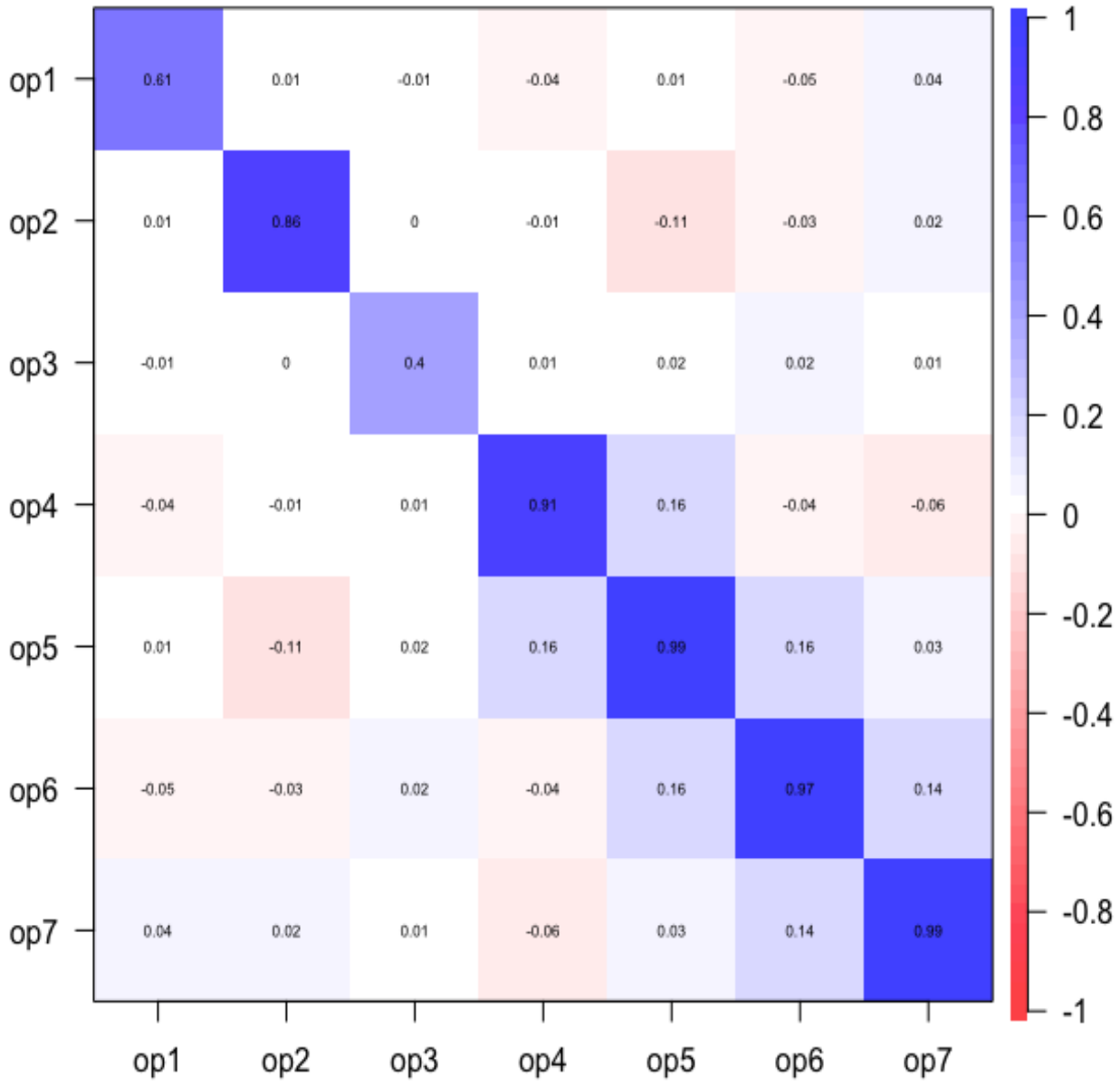

Рис.2.9. Кореляційні зв'язки між питаннями шкали Олдхема і Морріса, що не пояснюються однофакторною моделлю

Якщо брати до уваги результати кореляційного та факторного аналізу, а також результати перевірки внутрішньої узгодженості, можна зробити

висновок, що питання 5-7 вимірюють не заданий конструкт, а якійсь інші явища, тому їх не варто використоувати при обчисленні інтегрального показника по шкалі Олдхема і Морріса. Але при перевірці отриманої моделі конфірматорним аналізом ми вирішили включити 6 питання, щоб візуалізувати його негативну кореляцію з вимірюваним конструктом (рис. 2.10).

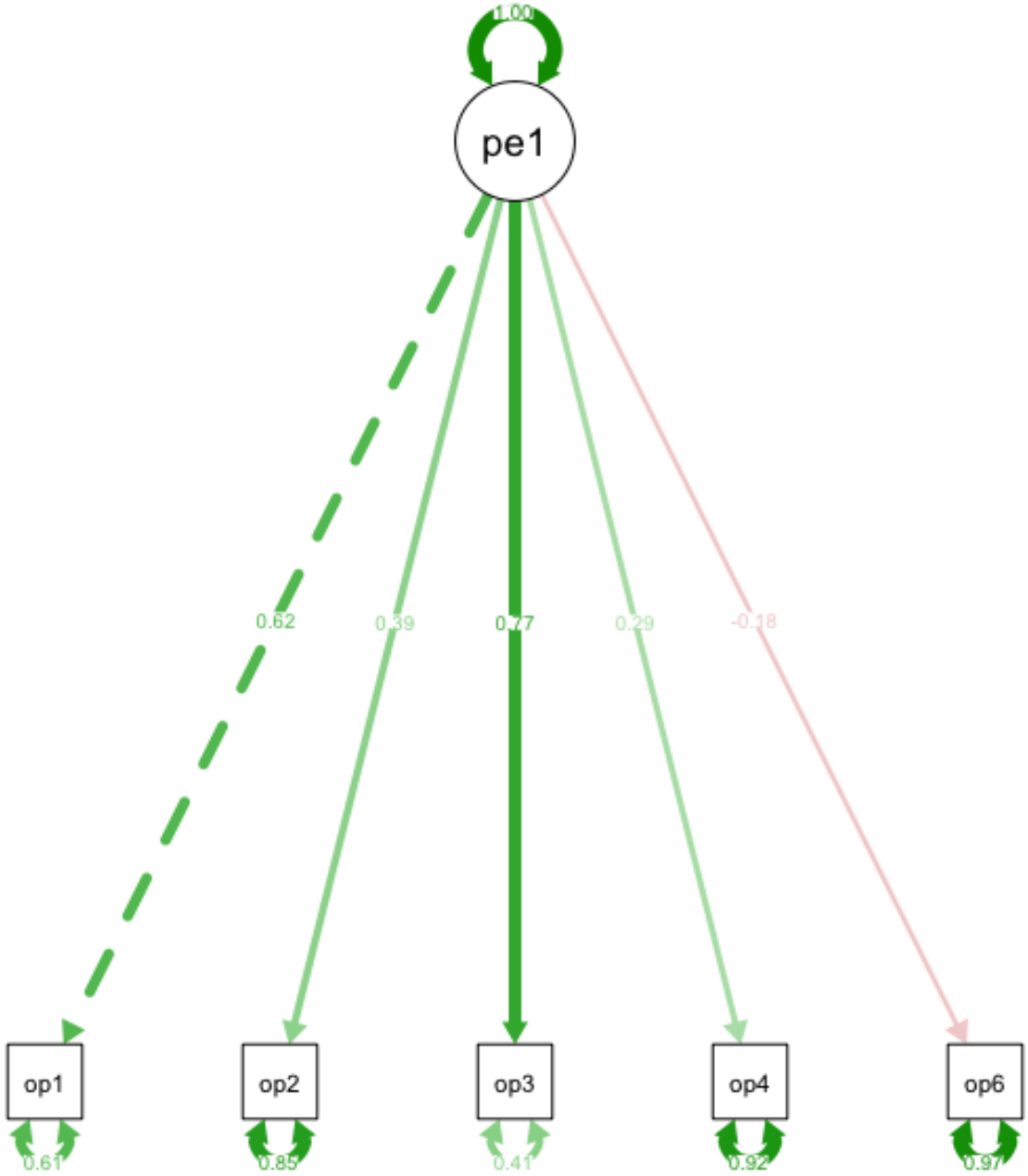

Рисунок 2. 10. Візуалізація однофакторної моделі для шкали Олдхема і Морріса

Цікаво, що небажання викидати старі речі (за змістом 6-го питання), на думку респондентів, протирічить обсесивно-компульсивним особистісним проявам, хоча це є один із ключових критеріїв визначення обсесивно-компульсивної особистості за DSM-IV. Даний аспект скоріше можна віднести до синдрому компульсивного накопичення. Можливо, до опитувальника слід включити питання з протилежним змістом, наприклад про тяжіння до мінімалізму та структурованості навіть у оточуючому середовищі. Питанням, що сильніше всього відображає суть вимірюваного конструкту, виявилося 3 (факторне навантаження 0,77, на рисунку сила зв'язку з фактором відображена за допомогою товщини стрілки). Показники якості такої моделі відповідають нормам: RMSEA - менше 0,0001, CFI = 1, TLI = 1,068. Надалі для вирухвання сумарного балу по субшкалі сумлінності ми будемо використовувати тільки перші чотири питання.

Опитувальник по виконавчим функціям мозку Доусона (Executive Skills Questionnaire by Peg Dawson & Richard Guare) був розроблений у 2010 році дослідниками П.Доусоном та Річардом Гуаре. Методика застосовується для вимірювання розвинутості виконавчих функцій мозку (executive functions).

Виконавчі функції мозку - це нейропсихологічна концепція, що описує пізнавальні процеси високого рівня, які необхідні для планування та керування своєю діяльністю, включаючи ініціювання та реалізацію завдань, оперативну пам'ять, стійкість уваги, моніторинг ефективності, гальмування імпульсів та цілеспрямовану наполегливість. Опитувальник вимірює ці здатності за допомогою дванадцяти відповідних субшкал, кожна з яких включає три пункти. У інструкції респонденту пропонується оцінити ступінь своєї згоди з певними твердженнями за допомогою 7-бальної шкали: 1) абсолютно не згоден(а), 2) не згоден(а), 3) скоріше не згоден(а), 4) не знаю, 5) скоріше згоден(а), 6) згоден(а), 7) повністю згоден(а).

Показник надійності для оригінальної версії опитувальника, що включає 36 пунктів, становить 0,91. До процедури факторного аналізу перша версія опитувальника містила 61 пункт, і альфа Кронбаха дорівнювала 0,96.

Для дослідження ми виділили три субшкали, які відображають здатність до *повсякденного планування*: ініціювання завдань, тайм-менеджмент та безпосередньо планування. Ось як автори характеризують конструкти, які вимірюються в обраних субшкалах:

1) **планування** - можливість створити когнітивну карту для досягнення мети або виконання завдання. Це також передбачає можливість приймати рішення, відділяючи головне від другорядного;

2) **тайм-менеджмент** - спроможність індивіда оцінити, скільки в нього є часу, як його розподілити та дотримуватися певних обмежень та термінів. Це також передбачає відчуття важливості часу.

3) **ініціювання завдань** - здатність почати виконувати завдання без зволікання, тобто відсутність прокрастинації.

Ми припускаємо, що здатність до повсякденного планування, що вимірюється субшкалами методики по виконавчим функціям мозку, напряму впливає на стратегічне планування, що відображається в уявленнях респондентів про ідеальний час настання певних подій життя. При цьому, наявність або відсутність вираженої обсесивно-компульсивної симптоматики виступає модератором цього зв'язку. Тобто, посилює або послаблює його. Іншими словами, людина з обсесивно-компульсивними проявами може бути доволі успішною у плануванні та виконанні повсякденних справ, але якщо мова йде про довгострокові та відповідальні рішення, її стратегії життєвого планування можуть відрізнятися від інших людей. І для перевірки цієї гіпотези доцільно застосовувати методику, що вимірює здатність до повсякденного планування.

Отже, з 36 пунктів шкали ми обрали 9 для нашого дослідження. За кожне питання респондент може отримати від 0 до 6 балів, тобто інтегральний показник буде становити максимум 54 бали.

Ми створили кореляційну матрицю для відображення зв'язків між питаннями з трьох субшкал по виконавчим функціям (рис. 2.11). За результатами кореляційного аналізу, ми можемо побачити, що питання 1 («*Незалежно від того, яка задача стоїть переді мною, я приступаю до роботи якомога швидше*») та 3 («*Я рідко відкладаю справи до останнього*») тісно пов'язані між собою за змістом (показник кореляції = 0,6). Також, високу спорідненість має 3 питання з 2 («*Зазвичай я не прокрастиную*»). Ці три питання належать до субшкали «ініціювання завдань».

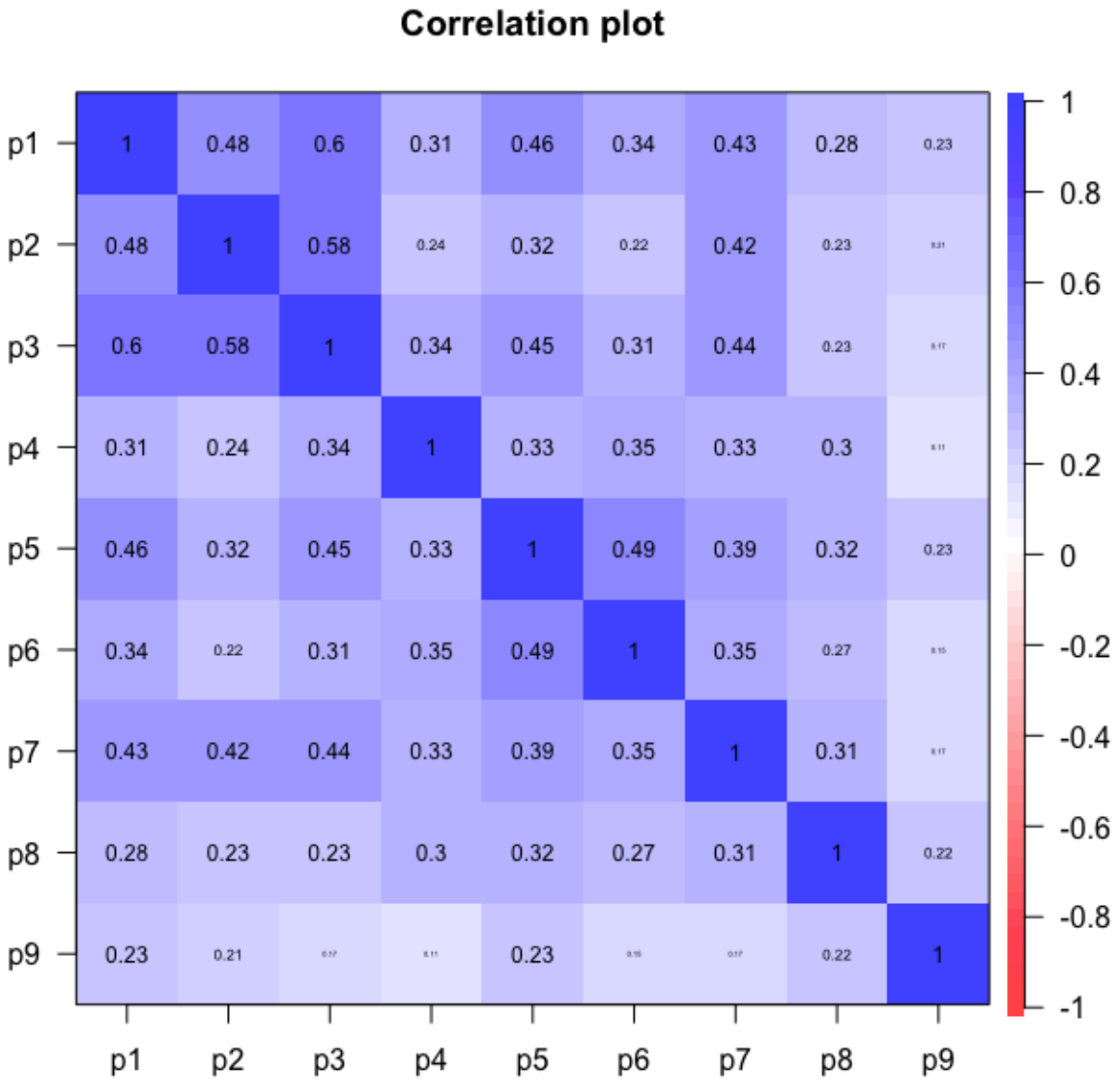

Рис. 2.11. Кореляційні зв'язки між питаннями шкали оцінки виконавчих функцій мозку

Між іншими питаннями шкали спостерігається слабша кореляція, хоча ми припускали, що питання всередині субшкал будуть мати досить тісні змістовні зв'язки. Відсутні елементи з негативною кореляцією, що свідчить про сприйняття респондентами питань, як таких, що вимірюють один конструкт. У оригінальній версії опитувальника питання зі зворотнім ключем також були відсутні. Для перевірки внутрішньої узгодженості шкали ми використали показник альфи Кронбаха. Він дорівнював 0,81, що цілком відповідає нормам.

Далі ми перевірили, чи стоїть за варіативністю змінних тільки один фактор. Для цього ми спочатку використали паралельний аналіз Хорна, що показував, яку кількість факторів оптимально брати для проведення експлораторного факторонго аналізу (рис. 2.12).

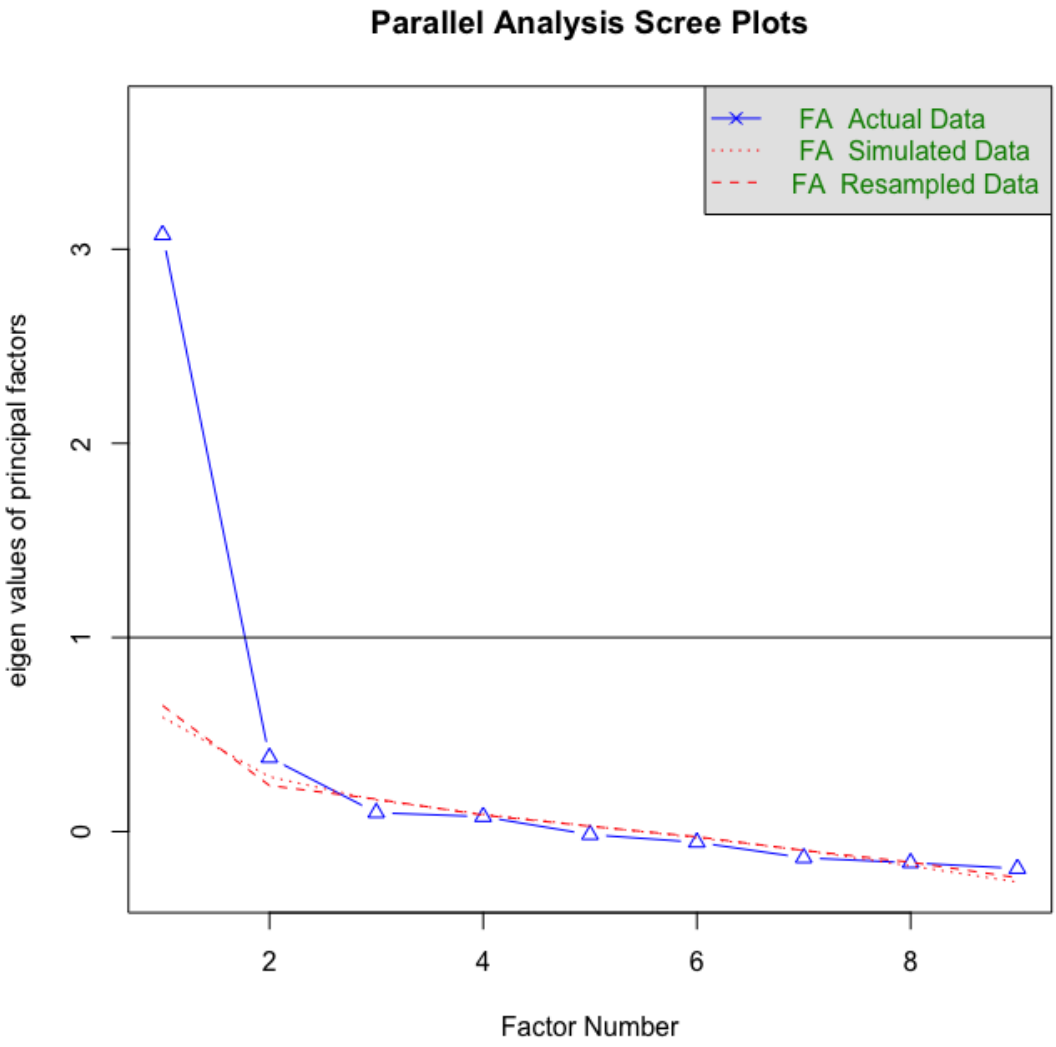

Рис.2.12. Паралельний аналіз Хорна для шкали виконавчих функцій мозку

За результатами паралельного аналізу Хорна, доцільно використовувати двофакторну модель. Через невелику кількість змінних ми вирішили спочатку перевірити, чи не буде добре прилягати до даних більш проста однофакторна модель. Але аналіз залишкових кореляцій показав, що однофакторна модель не пояснює досить великий відсоток зв'язків між змінними. Тому далі ми сформували двофакторну модель, показники якої можна побачити у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Результати експлораторного факторного аналізу для шкали виконавчих функцій (кількість факторів = 2)

№ питання	**Фактор 1**	**Фактор 2**	**h2**	**u2**	**com**
1	0.58	0.21	0.531	0.47	1.3
2	0.77		0.519	0.48	1.0
3	0.79		0.658	0.34	1.0
4		0.47	0.277	0.72	1.1
5		0.63	0.503	0.50	1.1
6		0.71	0.430	0.57	1.0
7	0.34	0.35	0.388	0.61	2.0
8		0.46	0.234	0.77	1.0
9		0.20	0.094	0.91	1.7

Показники спільності (h2) для змінних даної моделі є досить високими. Це означає, що велика частина варіативності питань пояснюється дією факторів. До фактору 1 увійшли питання 1-3, до фактору 2 - питання 4, 5, 6, 8, 9. Питання під номером 7 («*В кінці дня я зазвичай закінчую те, що*

збирався(лась) зробити») має рівномірно розподілене факторне навантаження між двома факторами, і, до того ж, воно за результатами кореляційного аналізу має слабкі зв'язки з іншими питаннями шкали. Тому його слід або взагалі виключити з моделі під час проведення конфірматорного аналізу, або віднести до того фактора, де навантаження є трохи сильнішим. Ми обрали другий варіант, тому що для такої невеликої кількості елементів шкали показники якості моделі в будь-якому випадку будуть високими і відповідати нормам.

Кореляція між факторами для шкали виконавчих функцій (табл. 2.5) є достатньо сильною (0,64). Тобто, ці фактори дуже близькі за змістом вимірюваного конструкту.

Таблиця 2.5

Кореляційні зв'язки між факторами для шкали виконавчих функцій

	Фактор 1	**Фактор 2**
Фактор 1	1.00	0,64
Фактор 2	0,64	1.00

Також ми провели аналіз залишкових кореляцій, щоб виявити, які зв'язки між змінними не пояснила двофакторна модель (рис. 2.13).

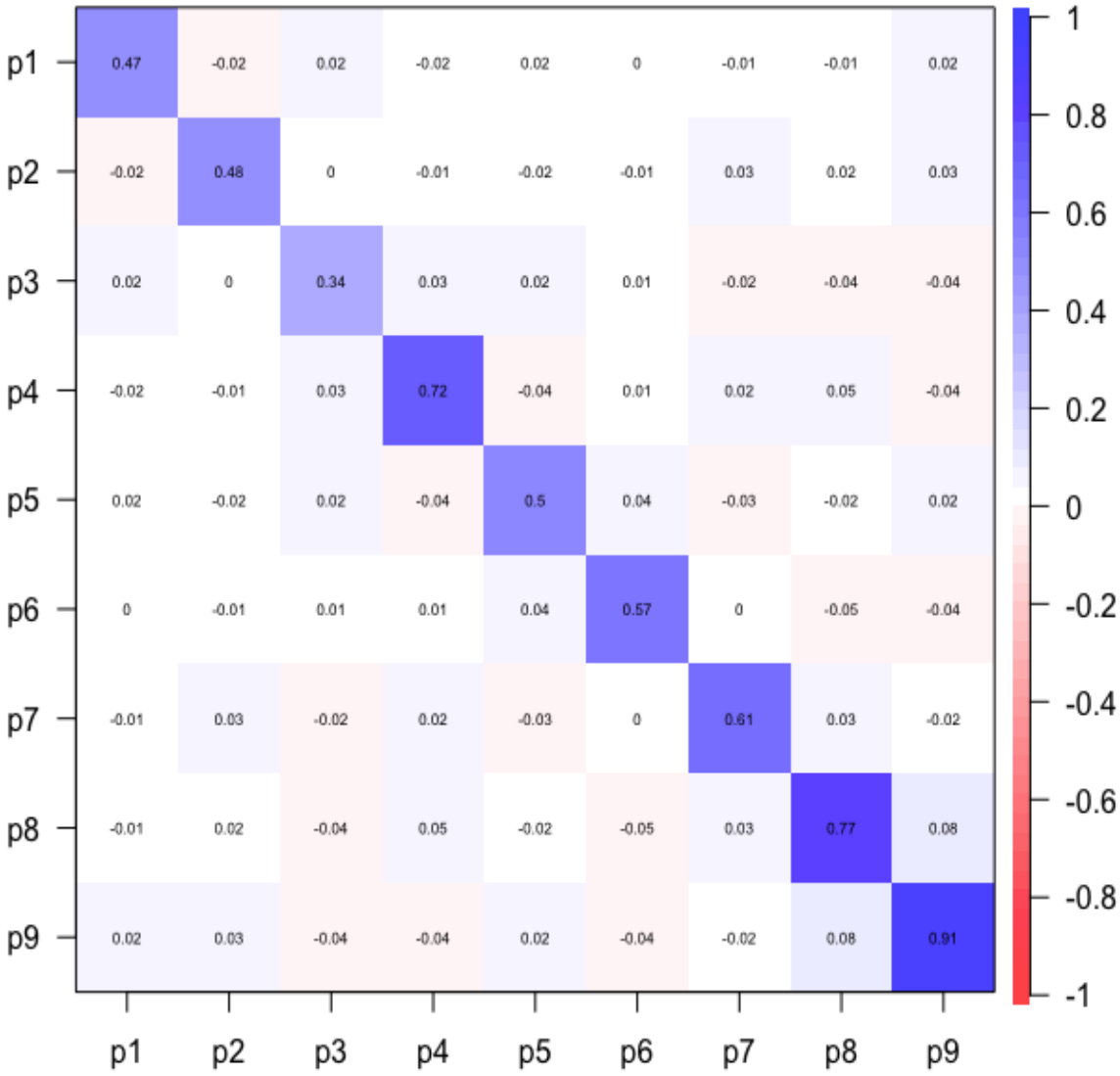

Рис. 2.13 Кореляційні зв’язки між питаннями шкали оцінки виконавчих функцій мозку, що не пояснюються двофакторною моделлю

Для того, щоб перевірити, чи відповідає отримана модель нашим емпіричним даним, ми використали конфірматорний факторний аналіз (рис. 2.14). Найбільше факторне навантаження для першого фактору мало 3 питання (0,81), для другого фактору - 5 питання (0,7). Інтенсивність зв’язку відображається товщиною стрілок.

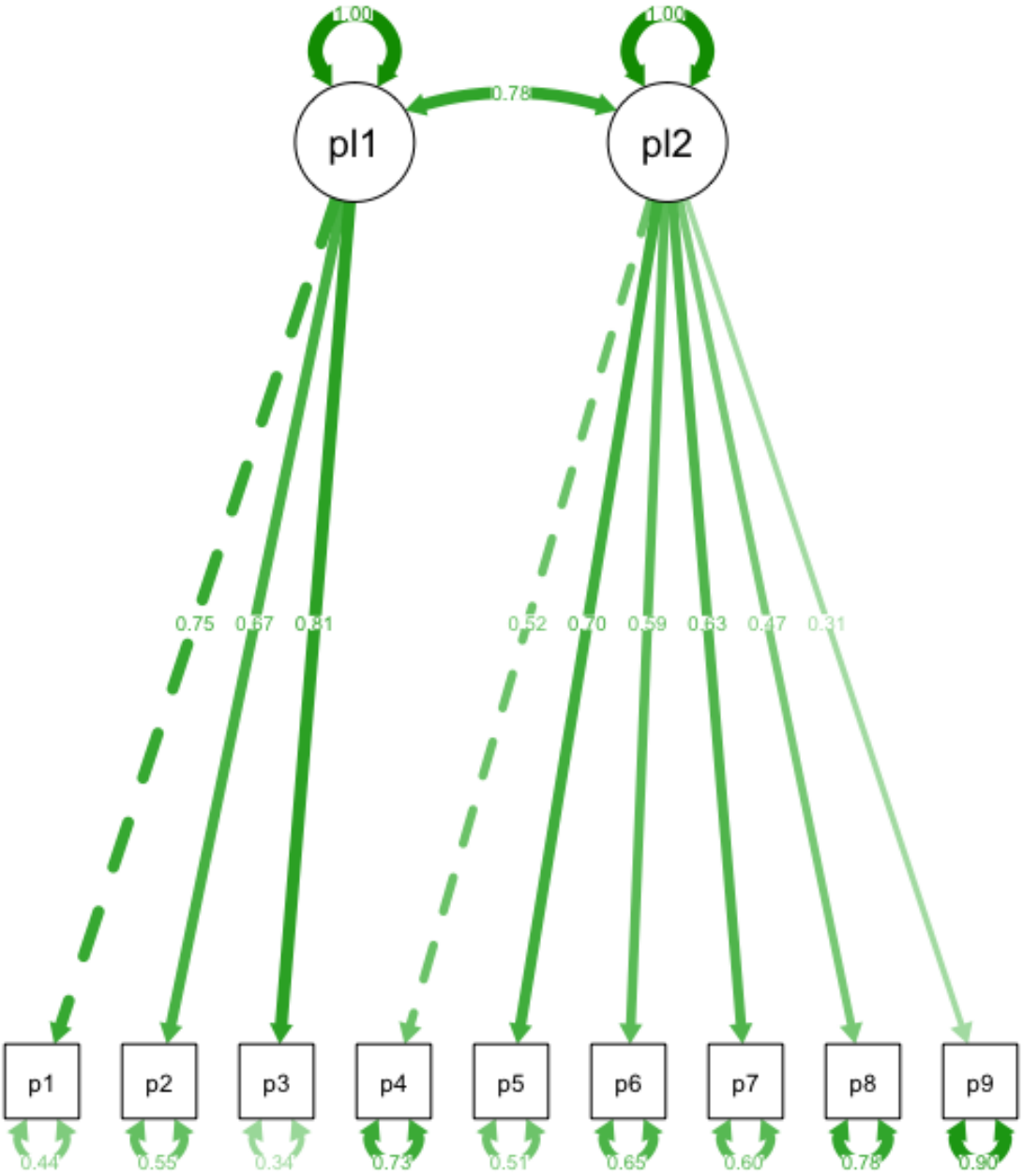

Рис. 2.14. Візуалізація двофакторної моделі для шкали оцінки виконавчих функцій мозку

Показники якості моделі відповідають загальноприйнятим нормам: RMSEA = 0,025, CFI = 0,993, TLI = 0,99. Тобто, створена модель добре прилягає до даних.

Наступна методика - **вимірювання задоволеності життям Е.Дінера** (The Satisfaction with Life Scale by E.Diener). Це короткий опитувальник, що

складається з 5 пунктів, і призначений для аналізу когнітивної оцінки відповідності життєвих обставин індивіда його очікуванням. Кожен пункт оцінюється за допомогою 7-бальної шкали. Інтегральний показник за цією шкалою відображає оцінку задоволеності життям в цілому. Сумарний бал може, таким чином, варіювати від 0 до 30.

Шкала суб'єктивної задоволеності життям була створена у 1985 році групою вчених на чолі з професором Е.Дінером. Вона була процитована більше 10 000 разів у різних наукових публікаціях. Для оцінки конвергентної та дивергентної валідності шкали у якості критеріїв використовували інші змінні. Так, M.Galanakis та A.Lakioti виявили, що оцінка задоволеності життям негативно корелює з негативними емоціями, стресом, депресією та тривогою, а також позитивно з суб'єктивним щастям, психологічною стійкістю, надією, позитивними емоціями та наявністю сенсу життя. Для оцінки конкурентної валідності аналізувалася кореляція між SWLS та індексом задоволеності життям. Показник надійності шкали, що вимірявся за допомогою альфи Кронбаха, становив 0,84. У одній із російськомовних адаптацій показник альфи Кронбаха для шкали задоволеності життям дорівнював 0,77.

Інструкція до методики:

Нижче наведено п'ять тверджень, з якими Ви можете погодитися чи не погодитися. За допомогою шкали від 1 до 7 нижче вкажіть, наскільки Ви згодні з кожним із пунктів.

1) В основному моє життя є близьким до ідеалу.

2) Умови мого життя є доволі сприятливими.

3) Я повністю задоволений(а) своїм життям.

4) У мене в житті є те, що мені по-справжньому потрібно.

5) Якби мені довелося прожити моє життя знову, я б майже нічого не змінив(ла).

Альтернативи відповідей:

1) абсолютно не згоден(а),;

2) не згоден(а);

3) скоріше не згоден(а);

4) не знаю;

5) скоріше згоден(а);

6) згоден(а);

7) повністю згоден(а).

Інтерпретація показників:

- 26-30 балів - повністю задоволений(а) життям
- 21-25 балів - задоволений(а) життям
- 16-20 балів - частково задоволений(а) життям
- 15 балів - нейтрально
- 10-14 балів - трохи незадоволений(а) життям
- 5-9 балів - незадоволений(а) життям
- 0-4 бали - абсолютно незадоволений(а) життям.

Для аналізу зв'язків між питаннями шкали суб'єктивного благополуччя ми побудували кореляційну матрицю (рис. 2.15).

Всі питання шкали мають взаємну позитивну кореляцію. При цьому, найсильніший зв'язок спостерігається між питаннями 1 («*В основному моє життя є близьким до ідеалу*») та 3 («*Я повністю задоволений(а) своїм життям*») - показник кореляції - 0,64, а також між 3 та 2 («*Умови мого життя є доволі сприятливими*»), кореляція 0,62.

Внутрішньою узгодженість між елементами шкали перевірили за допомогою показнику альфи Кронбаха, який становив 0,83. Це відповідає загальноприйнятим нормам, а також схоже на ті результати, що були отримані у інших роботах.

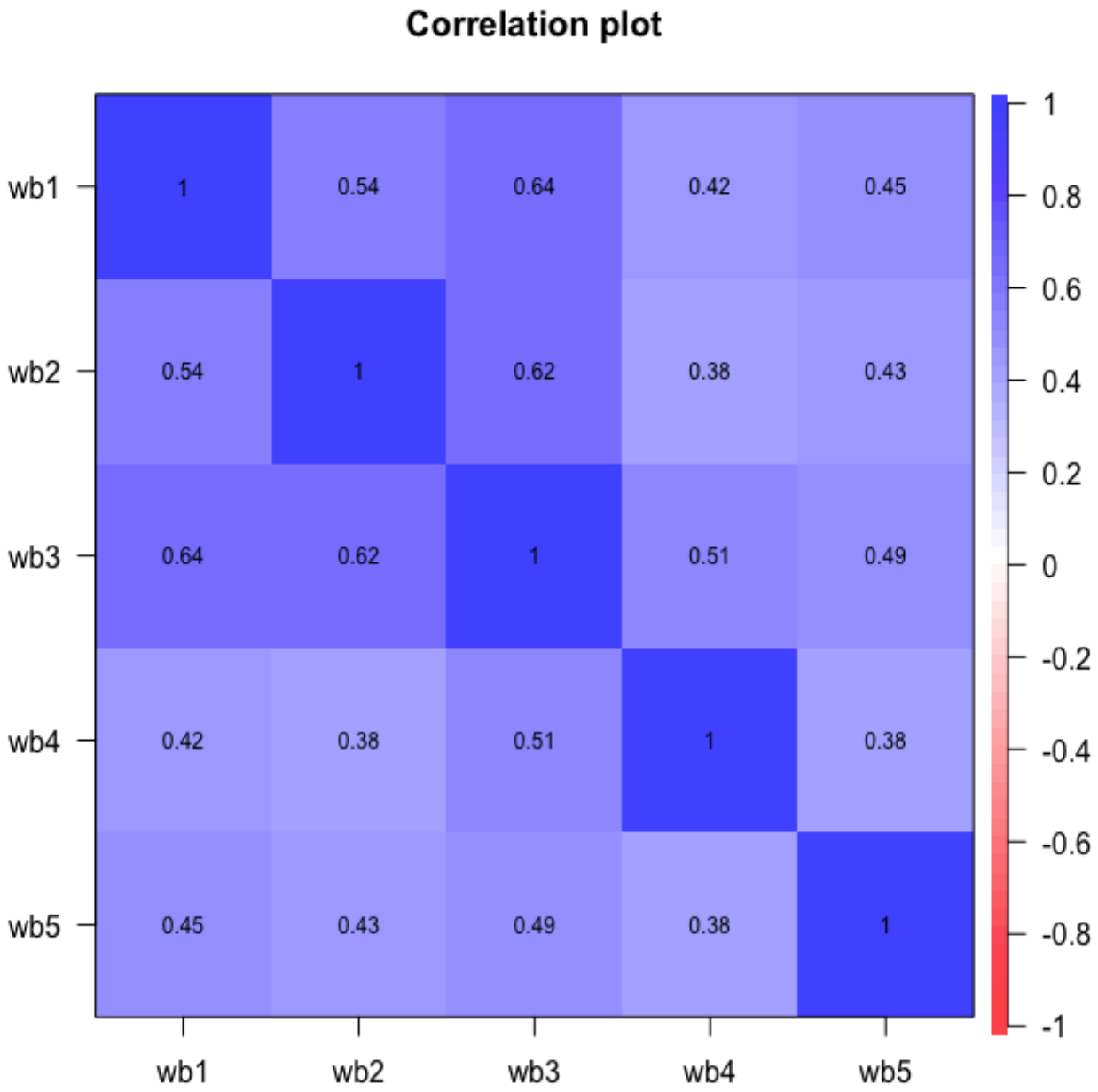

Рис. 2.15. Кореляційні зв’язки між питаннями шкали оцінки суб’єктивної задоволеності життям

Результати паралельного аналізу Хорна свідчать про те, що для експлораторного факторного аналізу шкали оцінки суб’єктивної задоволності життям Е.Дінера слід використовувати двофакторну модель (рис. 2.16). Але ми почали з більш простої однофакторної, оскільки ідеальна модель повинна добре прилягати до даних, але не були занадто “громіздкою”.

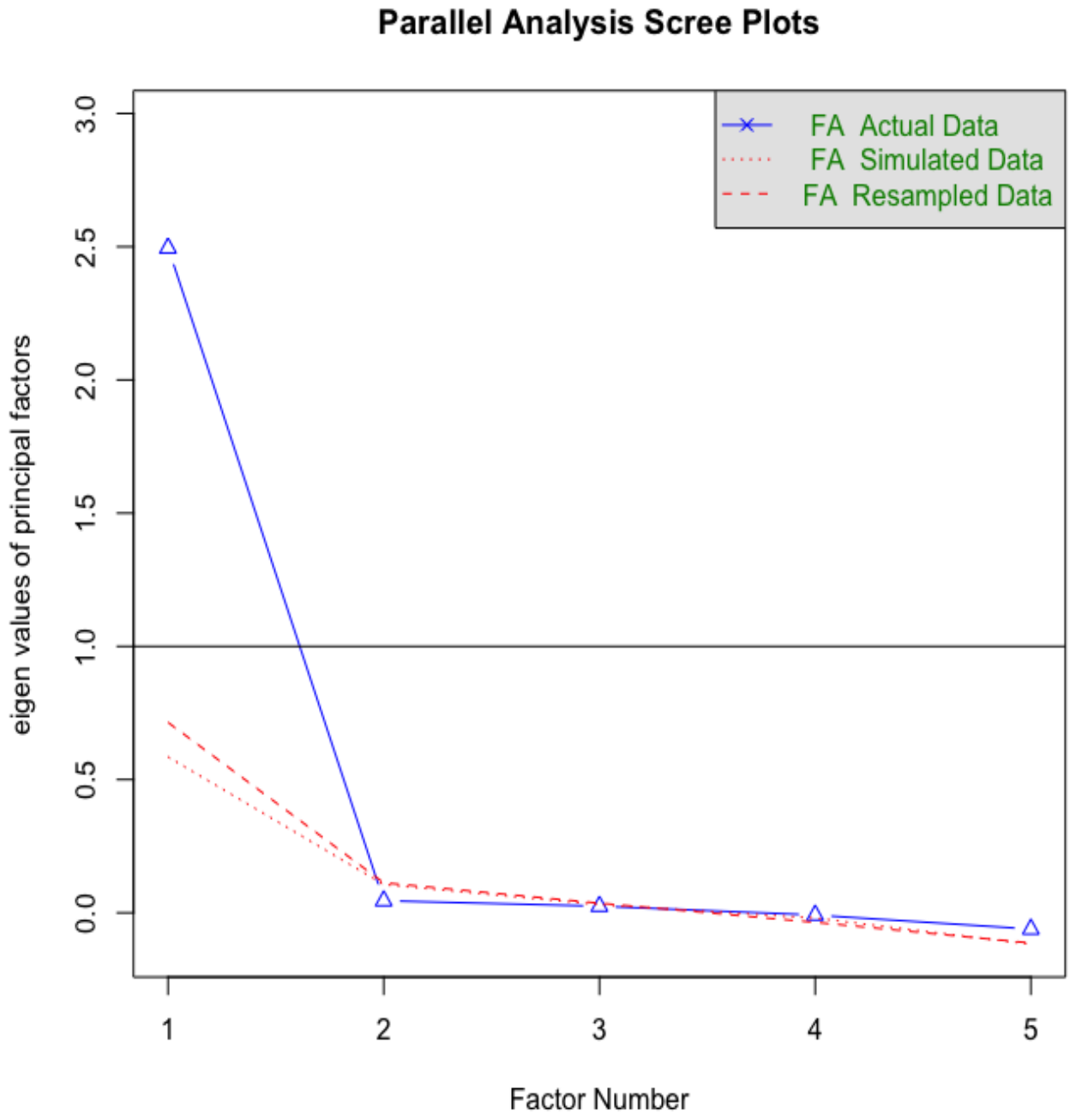

Рис. 2.16. Паралельний аналіз Хорна для шкали суб'єктивної задоволеності життям

За результатами експлораторного факторного аналізу (табл. 2.6), значна кількість варіацій у питаннях шкали оцінки суб'єктивного благополуччя може бути пояснена дією певного фактора (високі показники спільності h2). При цьому, найбільше факторне навантаження має питання 3 («*Я повністю задоволений(а) своїм життям*»), яке, очевидно, значною мірою відображає суть вимірюваного конструкту. Кількість дисперсії, яка пояснюється

спефицікою питання чи похибкою вимірів (u2) є порівняно невисокою. Найбільшу унікальність та найменше факторне навантаження має пункт під номером 4 («*У мене в житті є те, що мені по-справжньому потрібно*»). Тобто, наявність в житті індивіда необхідних, на його думку, речей свідчить не зовсім про високий рівень суб'єктивного благополуччя, а швидше про рівень його забезпеченості важливими ресурсами.

Таблиця 2.6

Результати експлораторного факторного аналізу для шкали суб'єктивної задоволеності життям (кількість факторів = 1)

№ питання	**Фактор 1**	**h2**	**u2**	**com**
1	0.75	0.56	0.44	1
2	0.71	0.50	0.50	1
3	0.86	0.74	0.26	1
4	0.58	0.33	0.67	1
5	0.60	0.36	0.64	1

Отримана однофакторна модель при своїй простоті залишає невелику кількість непояснених зв'язків між елементами шкали, у чому можна пересвідчитися за результатами аналізу залишкових кореляцій (рис. 2.17). Оскільки не залишилося значних зв'язків між питаннями, які не обумовлюються дією факторів, немає сенсу включати додаткову коваріацію між пунктами для покращення показників моделі при проведенні процедури конфірматорного факторного аналізу. У інших публікаціях оптимальні моделі для шкали оцінки рівня суб'єктивного благополуччя також були однофакторними, тож отримані в даній роботі результати підтверджують напрацювання минулих років.

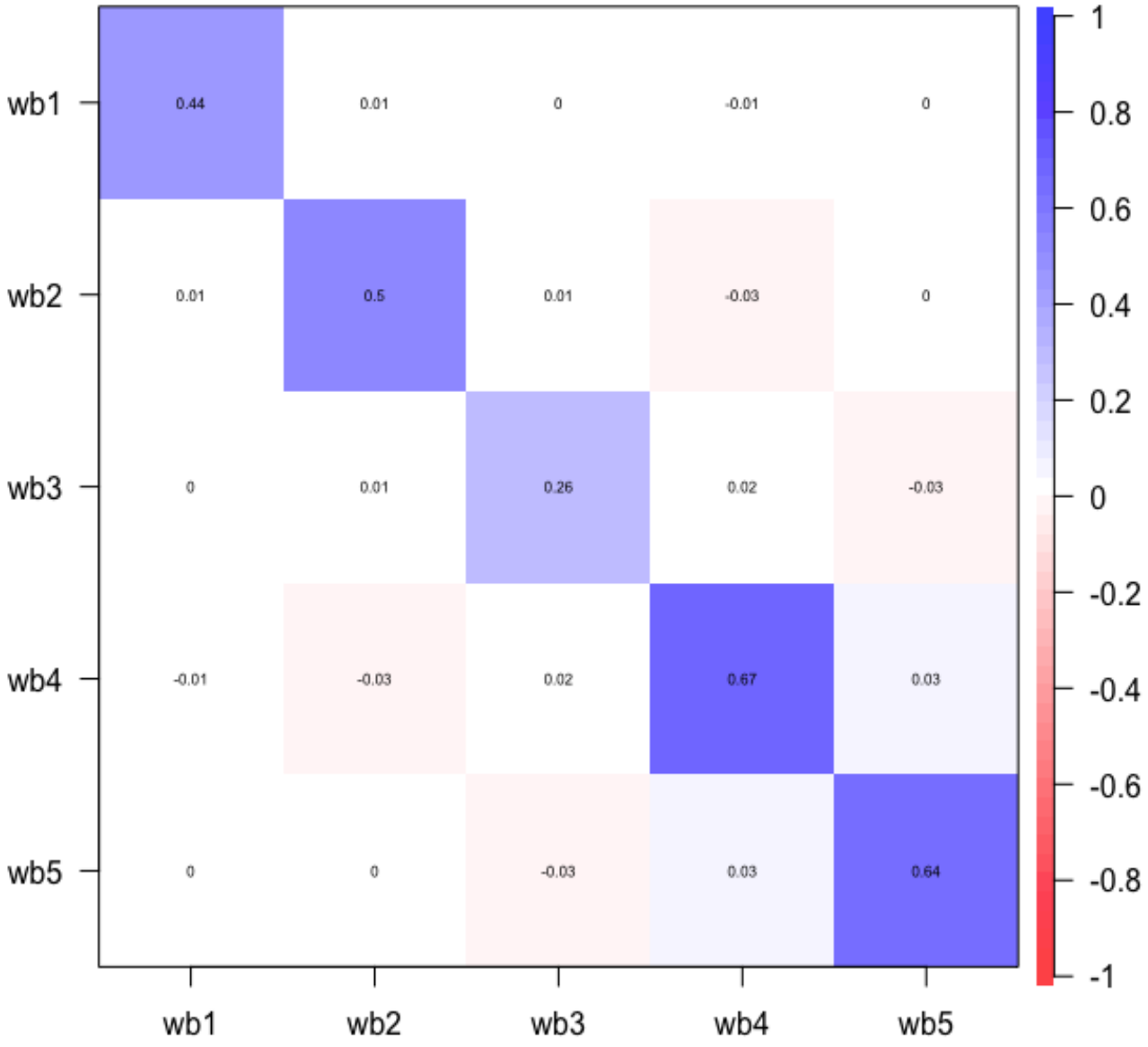

Рис.2.17. Кореляційні зв'язки між питаннями шкали оцінки рівня задоволеності життям, що не пояснюються однофакторною моделлю

Отриману модель візуалізували процедурою конфірматорного факторного аналізу (рис.2.18). Показники якості моделі цілком відповідають новим нормам: RMSEA менше за 0,0001, CFI = 1, TLI = 1,014. Значення хі-квадрату показує результат порівняння емпірічної матриці з модельною і становить 367.065 при df = 10 і p-значенні < .000. Тобто, ми залишаємося при нульовій гіпотезі: немає різниці між моделлю та емпіричними

спостереженнями; кількість залишкових кореляцій в моделі є мінімальною; модель добре прилягає до наших даних.

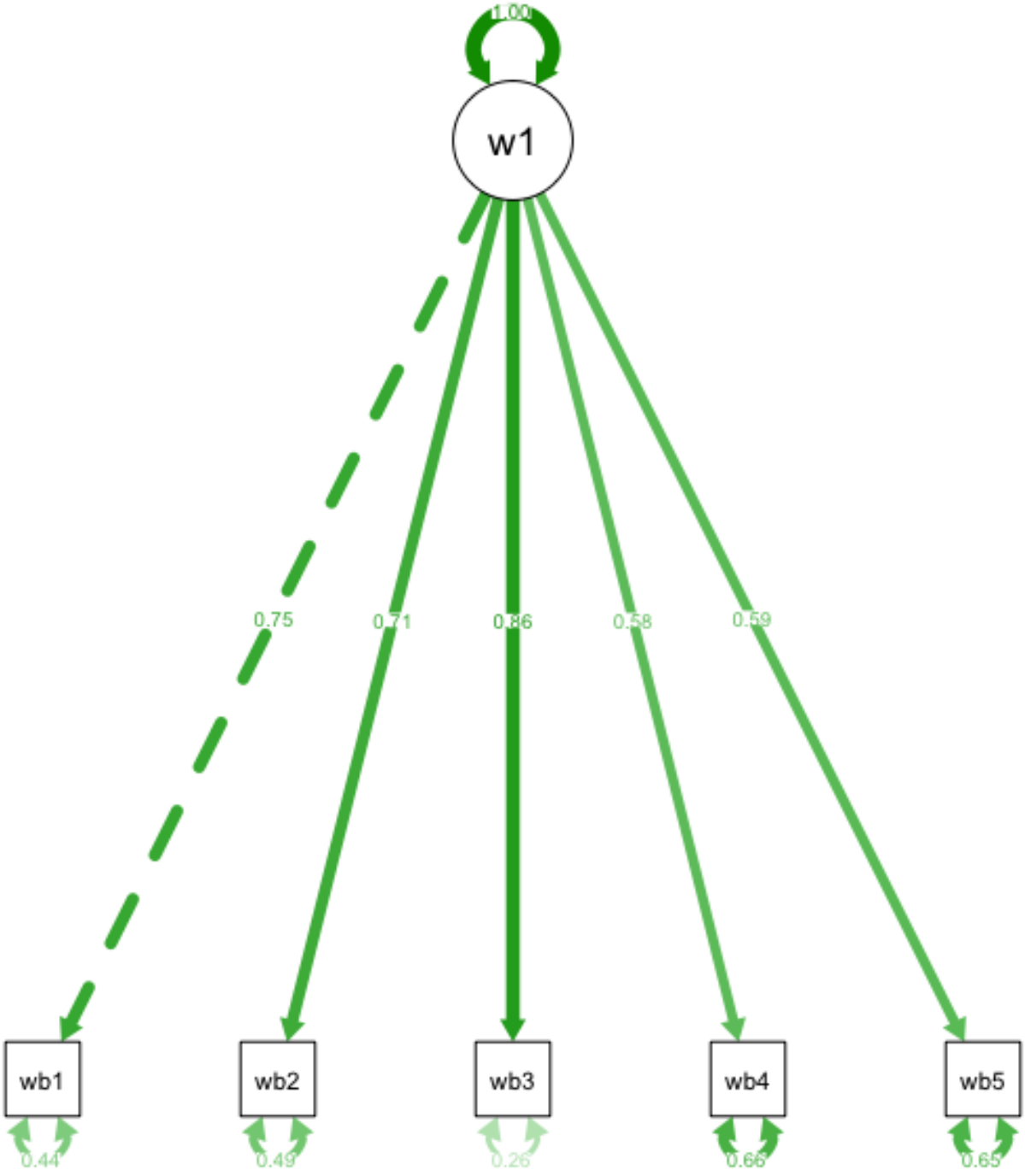

Рисунок 2.18. Візуалізація однофакторної моделі для шкали оцінки рівня суб’єктивної задоволеності життям

Останніми у Google формах йшли питання щодо **стратегій життєвого планування**. Це модифіковані пункти, взяті із опитувальника Європейського соціального дослідження (European Social Survey, ESS) третьої хвилі, що

входять до великого блоку під назвою Timing of life, або, інакше, планування життя. Респондентам пропонується визначитися, яким вони вважають ідеальний вік для того, щоб жити разом з партнером, одружитися, народити дітей та вийти на пенсію. Причому, на ці питання респонденти можуть давати не тільки числові відповіді, але і відповіді з певним змістовним навантаженням. Наприклад, «*для даної події немає ідеального віку*», «*ніколи не варто, щоб ця подія траплялася*» та «*важко відповісти*». Щодо віку виходу на пенсію також пропонувалася відповідь «краще ніколи не працювати».

У оригінальній версії опитувальника дослідження проводилося у техніці split-ballot, тобто одній половині респондентів задавалися питання щодо ідеального віку для настання певних подій для чоловіків, а іншій половині - для жінок. Таким способом можна було виявити поширеність у суспільстві подвійних стандартів для різних статей. Але це не було метою нашого дослідження, тому питання були перебудовані у безособову форму (наприклад, «*Як Ви вважаєте, яким є ідеальний вік, щоб одружитися?*»).

Також, для події «народження дітей» у ESS не надавався варіант відповіді «ніколи не варто», але ми включили таку альтернативу у дану роботу, тому що ця позиція може бути важливою характеристикою світогляду.

Ідеальний вік для певних подій життя ми пропонуємо використовувати як залежну змінну, що певною відображає стратегії життєвого планування. При цьому, для аналізу кількісних та категоріальних відповідей ми використовуємо різні види статистичної обробки даних.

В даній роботі також були використані наступні ***методи математико-статистичної обробки даних***: аналіз внутрішніх зв’язків з використанням кореляційних матриць, перевірка внутрішньої узгодженості шкал за показником альфи Кронбаха, паралельний аналіз Хорна, експлораторний факторний аналіз, конфірматорний факторний аналіз, методи описової статистики, перевірка на нормальність розподілу даних за критерієм Шапіро-Уілка, порівняння груп критерієм Крускала-Уолліса, перевірка величини ефекту за показником епсилон квадрату, кореляційний аналіз за допомогою

непараметричного критерію Спірмена, побудова простих регресійних моделей, загальних лінійних моделей регресії з категоріальними та кількісними предикторами, регресійний аналіз з модерацією, лог-лінійний аналіз для аналізу нечислових відповідей респондентів.

Аналіз внутрішніх зв'язків з використанням кореляційних матриць застосовується для візуалізації кореляцій між питаннями шкали. За допомогою цього простого та наочного методу можна виявити питання зі зворотнім ключем, які повинні мати негативну кореляцію з іншими елементами шкали. Іноді, частіше за все при адаптації методик українською чи російською мовою, початкове формулювання питання, подане в оригіналі, змінюється настільки сильно, що респонденти починають вбачати у ньому зовсім інший зміст, ніж передбачалося, тобто протилежний до вимірюваного конструкту. Тоді питання також буде мати негативну кореляцію з деякими або всіма елементами шкали з прямим ключем, але помилково. Можлива і інша ситуація - коли питання із початково зворотнім ключем позитивно корелює з пунктами, які повинні нести протилежний йому зміст. В цьому випадку, для перспективи подальшого використання методики у дослідженнях, слід переформулювати питання таким чином, щоб воно несло зміст, максимально наближений до оригіналу. Також за допомогою кореляційних матриць можна виявити питання, які корелюють між собою занадто сильно (коли показник кореляції більше 0,75). Тоді має сенс при адаптації методики об'єднати ці питання в одне. Загалом, елементи шкали повинні мати достатньо сильну кореляцію - це свідчить про те, що вони вимірюють один конструкт. Але зв'язок не має бути настільки тісним, щоб показник кореляції перевищував 0,75 - це, скоріш за все, буде означати, що питання сформульовані майже однаковим чином, і їх кількість є надлишковою для гарної роботи методики.

Перевірка внутрішньої узгодженості за показником альфи Кронбаха є базовим методом, який дозволяє проаналізувати надійність емпіричних даних. Відмінність надійності від валідності полягає в тому, що надійність показує, чи вимірюють всі питання шкали один конструкт, а валідність - чи вимірюємо ми

саме те, що хочемо (наприклад, стрес). Оцінивши надійність емпіричних даних, можна побудувати навколо індивідуального показника за шкалою довірчий інтервал, що передаватиме ступінь невпевненості відносно того, яким є реальне значення респондента за шкалою. Оптимальною альтернативою застосування коефіцієнту альфи Кронбаха є коефіцієнт лямбда Гутмана. Вони є практично взаємозамінними. Показник альфи Кронбаха може варіювати в діапазоні від — ∞ до 1, але інтерпретації підлягають тільки позитивні значення. Є загальноприйняті норми, за якими інтерпретується отриманий результат:

- > 0.9 - шкала дуже узгоджена, всі питання сприймаються респондентами як тотожні
- > 0.8 - шкала добре узгоджена
- > 0.7 - шкала достатньо узгоджена
- > 0.6 - сумнівно
- > 0.5 - шкала погано узгоджена
- ≤ 0.5 - шкала недостатньо узгоджена

Підвищити показник внутрішньої узгодженості можна, вилучивши зі шкали ті пункти, що мають слабку кореляцію з іншими елементами. Програми зі статистичної обробки зазвичай автоматично показують, як зміниться коефіцієнт альфи Кронбаха при видаленні одного конкретного питання. На шкалах, що включають мало питань, домогтися високого показника внутрішньої узгодженості складніше, ніж при наявності великої кількості пунктів.

Паралельний аналіз Хорна - це статистичний метод, який застосовується для визначення оптимальної кількості факторів для проведення процедури експлораторного факторного аналізу, або кількості компонент для аналізу головних компонент. Принцип роботи методу полягає у порівнянні значень, згенерованих з матриці емпіричних даних, зі значеннями з матриці Монте-Карло, створеної на основі випадкових значень того ж розміру вибірки. І хоча паралельний аналіз Хорна визнаний одним із найбільш ефективних методів для

визначення опимальної кількості факторів для проведення експлораторного факторного аналізу, його застосування може бути недоцільним у багатьох випадках. На результативність даного виду анализу впливає обсяг вибірки та тип коефіцієнту кореляції.

Експлораторний (розвідувальний) факторий аналіз спрямований на пошук латентних змінних, або факторів, що стоять за окремими характеристиками складного об’єкту. Метою експлораторного факторного аналізу є відповідь на питання, чи лежить за низкою певних характеристик більш загальна ознака, що їх об’єднує. Завданням експлораторного факторного аналізу є встановлення факторної структури емпіричних даних, в результаті чого кількість змінних, що використовується для їх опису, зменшується. У випадку використання такого типу факторного аналізу психолог, як правило, не має уявлення про кількість та зміст факторів, а також про їх внесок у варіативність (дисперсію) даних. Експлораторний факторий аналіз є найбільш поширеним варіантом факторного аналізу. Він використовується на ранніх етапах дослідження, коли необхідно виявити невідомі фактори, що лежать за гетерогенністю великої кількості ознак.

Конфірматорний, або підтверджуючий, факторний аналіз застосовують на більш пізніх стадіях дослідження, коли кількість факторів вже є остаточно визначеною, і потрібно перевірити якість моделі, утвореної цими факторами. При використанні даного типу факторного аналізу психолог вже може робити припущення про кількість факторів, їх зміст і зв’язки зі змінними, які аналізуються. Принцип роботи конфірматорного факторного аналізу полягає у порівнянні створеної моделі із емпіричними даними за допомогою методу хі-квадрат. Показниками якості моделі слугують:

1) квадратний корінь середньої похибки апроксимації (Root mean square error of approximation, RMSEA) - показує, наскільки модель наближає емпіричні дані. Похибка свідчить про різницю реальних кореляцій і тих, що відображуються моделлю. Тобто, ця величина повинна бути якомога меншою.

За старими нормами, адекватным показником вважається 0,08, а станом на сьогодні - 0,05.

2) Порівняльний індекс відповідності (Comparative fit index, CFI) - повинен бути більше 0,9 за старими нормами і перевищувати 0,95 - за новими.

3) Індекс Такера-Л'юїса (Tucker-Lewis Index, TLI) - норми такі самі, як і для CFI.

Методи дескриптивної (описової) статистики - це набір базових методів обробки емпіричних даних, що спрямовані на систематизацію даних, їх кількісний опис за допомогою основних статистичних показників, а також візуальне представленя у вигляді таблиць і графіків. Методи дескриптивної статистики виконують інакшу роль, ніж статистичний висновок, адже на основі результатів аналізу окремих випадків не робиться висновок про генеральну сукупність. Статистичний висновок, в свою чергу, дає змогу зробити припущення, що ті ознаки та закономірності, що були виявлені під час аналізу об'єктів вибірки, характерні також і для генеральної сукупності. Дескриптивна статистика застосовує три основні методи обробки даних: розрахунок статистичних показників, графічне зображення та візуалізація у вигляді таблиць. Статистичні показники, що описують вибірку, в свою чергу діляться на дві групи: міри розкиду (наприклад, середньоквадратичне відхилення) та міри центру розподілу (середнє значення, мода, медіана, стандартна похибка, довірчий інтервал, мінімум, максимум і т.д).

Критерій Шапіро-Уілка призначений для перевірки відповідності розподілу даних у досліджуваній вибірці закону нормального розподілу. Даний критерій є достовірним при застосуванні на малих вибірках кількістю від 8 до 50 осіб, але існує також модифікований варіант цього критерію, що застосовується для вибірок до 2000 осіб. Перевірка емпіричних даних на нормальність розподілу потрібна для того, щоб визначитися із оптимальним методом для подальшого аналізу: в деяких випадках краще застосовувати параметричні методи, а іноді виграш дають непараметричні.

Критерій Крускала-Уолліса є непараметричним аналогом однофакторного дисперсійного аналізу і використовується для порівняння незалежних груп у кількості більше двох. Термін «непараметричний» означає, що цей тест не передбачає, що емпіричні дані походять з певного розподілу. Іноді тест Крускала-Уолліса ще називають ранговим, оскільки при його проведенні використовуються не фактичні значення даних, а ранги. Суть цього статистичного методу полягає у порівнянні середніх значень двох та більше груп і визначення того, чи відрізняються вони між собою. Як і для більшості статистичних критеріїв, спочатку обчислюється певний статистичний показник, який надалі порівнюється з критичними значеннями. Нульова гіпотеза передбачає, що середні значення у всіх групах порівняння рівні, тобто групи не відрізняються між собою. Альтернативна гіпотеза приймається, коли середні значення у групах відрізняються. Умови проведення тесту Крускала-Уолліса наступні:

1) Наявність незалежної змінної з двома або більше рівнями (незалежні групи). Частіше застосовується за наявності трьох або більше груп. Для порівняння двох незалежних груп зазвичай використовують ранговий критерій Манна-Уітні;
2) Залежні змінні надані у порядковій, інтервальній або абсолютній шкалі;
3) Спостереження повинні бути незалежні. Іншими словами, не повинно бути зв’язків між членами групи або між групами;
4) У всіх групах повинна бути однакова форма розподілу.

Критерій Крускала-Уолліса дозволяє дізнатись, чи є різниця між групами взагалі. Але він не дає можливості визначити, між якими саме групами спостерігається різниця. Для цього потрібно проводити post-hoc тест.

Щоб показати, наскільки результати статистично значущі, використовуємо поняття величини ефекту (effect size). Величина ефекту - це показник, що характеризує силу експериментального впливу. За величиною ефекту також визначається потужність статистичного критерію. Величина ефекту зазвичай обчислюється після проведеного тесту, щоб вірно

інтерпретувати результат та його практичний зміст. Але ми також можемо наперед задати величину ефекту, яка буде мати для нас сенс, і виходячи з цього планувати дослідження (оцінити розмір вибірки). Щоб оцінити науковий сенс відмінностей (відхилень від нульової гіпотези), користуються спеціальними індексами. Вони відрізняються для різних статистичних тестів. Наприклад, для того, щоб оцінити величину ефекту для тесту Крускала-Уолліса, застосовують показник епсилон-квадрат. Епсилон-квадрат визначає ступінь того, наскільки одна група має вищі ранги, ніж інша. На відміну від p-значення, показник величини ефекту не залежить від розміру вибірки. Інтерпретація значення епсилон-квадрату випливає з наступних стандартів:

1) 0.01 – < 0.08 - незначний ефект;
2) 0.08 – < 0.26 - середній ефект;
3) ≥ 0.26 - значний ефект.

Кореляційний аналіз спрямований на аналіз зв’язку між певними випадковими показниками. У дослідженнях емпіричного типу такими випадковими показниками можуть бути значення змінних або характеристики об’єктів, що досліджуються. Процедура кореляційного аналізу передбачає розрахунок кореляційних коефіцієнтів, що можуть набувати позитивних або негативних значень, в залежності від спрямованості зв’язку між досліджуваними змінними. Величина коефіцієнта кореляції, в свою чергу, показує силу зв’язку. Тип змінних впливає на спосіб розрахунку кореляційних коефіцієнтів. Якщо шкала є кількісною, застосовують коефіцієнт кореляції Пірсона. Для шкал порядкового типу зазвичай використовується коефіцієнт кореляції Спірмена. Незважаючи на те, що кореляційний аналіз є відносно простим методом аналізу і його результати легко інтерпретуються, важливо враховувати його специфіку. При розрахуванні коефіцієнтів кореляції слід обов’язково перевіряти їх статистичну значущість та будувати навколо отриманого значення довірчий інтервал. Також треба розуміти, що кореляційний аналіз не показує форми зв’язку між змінними і не дозволяє

прогнозувати значення залежної змінної за значеннями одної або багатьох незалежних змінних. Для цієї мети використовують регресійний аналіз.

Регресійний аналіз є методом, спрямованим на дослідження зв'язку між залежною змінною (у) та незалежними (х), яких може бути більше одної. Залежна змінна у рівнянні регресії називається «відгуком», а незалежна - «предиктором». Зв'язок між значеннями змінних предиктора та змінної-відгука відображається в рівнянні регресії. У більшості випадків для побудови простих моделей використовується лінійна регресія, для аналізу лінійних зв'язків. Регресійний аналіз деякою мірою нагадує кореляційний (не математичним змістом, а висновками). Якщо у кореляційному аналізі визначається сила та напрямок зв'язку між змінними, то в регресійному досліджується форма цього зв'язку. Тобто, обидва методи досліджують одні і ті самі взаємозв'язки, але начебто з різних боків, тому є взаємодоповнюючими. Зазвичай кореляційний аналіз проводять перед процедурою регресійного аналізу. Метою регресійного аналізу є прогнозування очікуваного значення залежної змінної на основі регресійного рівняння. Ключовими завданнями регресійного аналізу є визначення форми та типу зв'язку, оцінка показників точності моделі, побудова довірчих інтервалів для коефіцієнтів, перевірка статистичнї значущості коефіцієнтів, оцінка параметрів регресійного рівняння. Для прогнозування значення залежної змінної на основі значень категоріальних та кількісних предикторів застосовують загальну лінійну модель регресії. Також, в залежності від дослідницького питання, може проводитися регресійний аналіз з модерацією або медіацією, що передбачає більш складні взаємозв'язки між змінними.

Лог-лінійний аналіз застосовується для дослідження взаємозв'язків між категоріальними змінними. Це є свого роду багатовимірні таблиці спряження, в яких частота у комірці моделюється як функція категорій предикторів і їх інтеракцій різного рівня (двофакторних, трьохфакторних і т.д.). Лог-лінійний аналіз має спільні риси з регресійним (лінійний зв'язок між предикторами та натуральними логарифмами частот) та дисперсійним (дослідження взаємодії

факторів) аналізами. Цей статистичний метод може застосовуватися у психологічних дослідженнях для аналізу взаємодії між тими змінними, які не представлені у метричній шкалі.

Висновки до розділу 2

Для проведення емпіричного дослідження ми використали наступну стратегію: аналіз наукових публікацій, пов’язаних з темою особливостей життєвого планування у осіб з обсесивно-компульсивними проявами, підбір методик для дослідження, проведення емпіричного дослідження, аналіз результатів.

При проведенні дослідження були застосовані такі методики: опитувальник Модслі на виявлення обсесивно-компульсивних симптомів (The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory); методика виявлення типу особистості та ймовірності особистісних порушень Олдхема і Морріса (The Personality Self-Portrait Questionnaire by John M. Oldham, Lois B. Morris), субшкала сумлінності; методика вимірювання суб’єктивної задоволеності життям Е.Дінера (The Satisfaction with Life Scale by E.Diener); Опитувальник по виконавчим функціям мозку Доусона (Executive Skills Questionnaire by Peg Dawson & Richard Guare), субшкали по плануванню, ініціативності та тайм-менеджменту.

Також були використані методи математико-статистичного аналізу даних: методи дексриптивної статистики, кореляційний аналіз, перевірка внутрішьої узгодженості, паралельний аналіз Хорна, експлораторний факторний аналіз, конфірматорний факторний аналіз, критерій Шапіро-Уілка для перевірки даних на нормальність розподілу, критерій Крускала-Уолліса, перевірка величини ефекту за показником епсилон-квадрату, регресійний аналіз, лог-лінійний аналіз.

Таким чином, можна зробити висновок, що методичне забезпечення даної роботи відповідає поставленим цілям та задачам.

РОЗДІЛ 3. ЕМПРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЯ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ СИМПТОМАМИ

3.1 Дослідження варіативності у проявах обсесивно-компульсивної симптоматики за допомогою дескриптивних статистик

Беручи до уваги результати кореляційного аналізу, експлораторного та конфірматорного факторного аналізу, а також результати перевірки внутрішньої узгодженості, що були застосовані до методик даного дослідження у попередньому розділі, ми вирішили модифікуати алгоритм обчислення інтегральних показників по деяким шкалам. Зокрема, для методики виявлення типу особистості та ймовірності особистісних порушень Олдхема і Морріса сумарний бал рахували по першим чотирьом питанням. Таким чином, індивідуальні значення кожного респондента варіюють у діапазоні від 0 до 8 для шкали оцінки вираженості обсесивно-компульсивних особистісних проявів. Сумарний бал по іншим шкалам визначали стандартним чином.

Важливим етапом перед проведенням усіх інших статистичних операцій є аналіз розподілу змінних. Як вже було сказано вище, розподіл змінної можна перевірити за такими показниками: 1) міри розкиду (тобто, наскільки показники розкидані відносно центру розподілу), 2) міри центру розподілу (біля якої точки збираються показники), 3) форма розподілу (показники а) асиметрії, б) ексцесу, в) кількість вершин у розподілу). Саме храктеристики

форми розподілу впливають на визначення зв'язку між змінними, тому варто керуватися ними при підборі ефективних методів статистичного аналізу. Таким чином, кожна шкала з використаних в даній роботі була описана в термінах дескриптивної статистики (табл. 2.7). Так, вже за показниками асиметрії та ексцесу ми можемо сказати, що значення скошеності та кривизни не перевищують діапазон коливань від -1 до +1, в якому розподіл можна вважати умовно нормальним. Оскільки перед проведенням аналізу ми виключили з вибірки респондентів з пропущенними значеннями, кількість змінних для кожної шкали є однаковою - 209. Середнє арифметичне (mean) та медіана є показниками типового значення по вибірці. Але, на відміну від середнього арифметичного, медіана не залежить від викидів (нетипових значень). При симетричному розподілі середнє значення має дорівнювати медіані. Можемо побачити, що для шкали виконавчих функцій значення середнього арифметичного та медіани відрізняються (26 та 25, відповідно). Це свідчить про несиметричність розподілу і про наявність у вибірці респондентів з дуже високим або дуже низьким інтегральним показником по плануванню.

Таблиця 2.7

Описові статистики за всіма шкалами дослідження

Шкала	**Кількість (N)**	**Середнє (mean)**	**ст.відхилення (sd)**	**Медіана**	**Мінімум**	**Максимум**	**Асиметрія**	**Ексцес**	**Ст.похибка (se)**
Симптоми (Модслі)	209	18	4.6	18	5	28	-0.35	-0.15	0.32
Особистість (Олдхем, Морріс)	209	3	2.3	3	0	8	0.39	-0.8	0.16
Планування (Доусона)	209	26	9.9	25	0	50	0	-0.57	0.69
Задоволеність життям (Дінера)	209	12	6.3	12	0	27	0.18	-0.67	0.44

За допомогою описових статистик ми також можемо знайти типове відхилення по вибірці. Для цього спочатку від сумарного балу кожного

респондента віднімається середнє по вибірці, а потім сума квадратів отриманих чисел ділиться на кількість респондентів. Таким чином ми отримаємо значення середнього квадрату відхилення (середньоквадратичне відхилення або дисперсія, se). Цей показник говорить нам про варіативність даних. Для того, щоб знайти стандартне відхилення (sd), ми беремо корінь з середньоквадратичного відхилення. Показник стандартного відхилення можна озарактеризувати як типове відхилення від типового значення. Середнє значення ± стандартне відхилення складають коридор норми. Значення середнього арифметичного та стандартного відхилення надалі знадобляться нам при центруванні показників для проведення регресійного аналізу (мається на увазі перетворення у z-бали). Щоб центрувати показники, ми від індивідуального значення респондента по шкалі віднімаємо середнє арифметичне і ділимо цю різницю на стандартне відхилення. Таким чином, ми отримаємо певну величину, яка показуватиме, наскільки дана конкретна людина відхиляється від типового значення у одиницях стандартних відхилень. У такому розподілі значення 0 буде нормою. Тобто, ми центрували показники навколо нуля. Цей важливий крок потрібен, як вже було сказано вище, в першу чергу для коректної інтерпретації константи у регресійному аналізі. Але інша користь в тому, що ми зможемо оцінити, наскільки значення кожного респондента є типовим або нетиповим для вибірки, якщо вважати 0 за норму і знаючи максимальний та мінімальний показник. Це дає змогу не орієнтуватися на стандартні норми за методиками при інтерпретації результатів кожного досліджуваного. По-перше, не для всіх методик були встановлені норми, по-друге, існуючі норми не враховують специфіку вибірки. Таким чином, ми можемо умовно розділити вибірку на чотири групи, опираючись на результати по шкалам з оцінки обсесивно-компульсивної симптоматики та обсесивно-компульсивних особистісних проявів: 1) контрольна група; 2) симптоми + особистість; 3) особистість; 4) симптоми. До клінічних груп по обсесивно-компульсивним симптомам чи особистості ми відносимо тих респондентів, що мають інтегральний показник по одній зі шкал більше 0. До групи симптоми +

особистість відносимо досліджуваних, що мають значення більше 0 по обом шкалам.

Перед переходом до наступних методів статистичного аналізу ми перевірили, чи відповідає розподіл даних по кожній із використаних в дослідженні шкал закону нормального розподілу за допомогою критерію Шапіро-Уілка (табл.2.8). Цей критерій є одним із найбільш ефективних для даної задачі, оскільки він має більшу потужність у порівнянні з альтернативними методами перевірки нормальності розподілу. В данному випадку ми зацікавлені у тому, щоб залишатися при нульовій гіпотезі, тобто щоб не було значної різниці між нашим емпіричним розподілом та автоматично згенерованим нормальним розподілом. Тобто, отримані p-значення повинні перевищувати 0,05 (означає 5% ймовірності спостерігати такі або більше значення критерію, коли є вірною нульова гіпотеза). За результатами аналізу, нормальний розподіл спостерігаєтья тільки для шкали виконавчих функцій Доусона. Але ми також беремо до уваги показники дескриптивних статистик, що характеризують форму розподілу (асиметрії та ексцесу), за якими розподіл по даній шкалі не підкоряється нормальному закону.

Таблиця 2.8

Результати перевірки даних на нормальність розподілу для всіх шкал критерієм Шапіро-Уілка

Шкала	**Значення критерію Шапіро-Уілка (W)**	**P-значення**	**Розподіл**
Симптоми (Модслі)	0.98136	0.007205	Не нормальний
Особистість (Олдхем, Морріс)	0.93371	3.881e-08	Не нормальний
Планування (Доусона)	0.99178	0.2879	Нормальний
Задоволеність життям (Дінера)	0.98302	0.01281	Не нормальний

Для того, щоб остаточно визначитися з вибором статистичних критеріїв, ми візуалізували розподіл емпіричних даних по кожній із використаних шкал за допомогою гістограм, а також наклали на отримані графіки криву щільності нормального розподілу, встановивши середнє значення та стандартне відхилення, що були вирахувані на даних (рис.19-22). Дуже важливо використовувати різні способи для перевірки нормальності розподілу емпіричних даних, адже від цього залежить, наскільки достовірними будуть наші результати надалі. Можна помилково прийняти або відкинути нульову гіпотезу під час, наприклад, процедури кореляційного аналізу або при порівнянні груп, використовуючи менш ефективні для цих даних статистичні критерії. Отже, наразі ми перевірили характер розподілу наших даних за допомогою описових статистик (перш за все, за показниками асиметрії та ексцесу), а також застосовуючи критерій Шапіро-Уілка, що належить до спеціалізованих критеріїв згоди. Але користуючись тільки цими способами, ми не можемо побачити багато важливих особливостей розподілу наших емпіричних даних - наприклад, скільки він вершин має. Тому ми і представили розподіли даних за всіма шкалами наочно у вигляді графіків.

Дані по першій шкалі, що оцінює вираженість обсесивно-компульсивних симптомів у досліджуваних, не підкоряються нормальному закону розподілу, якщо опиратися на використані вище методи перевірки. Візуально (рис. 2.19) можна це підтвердити.

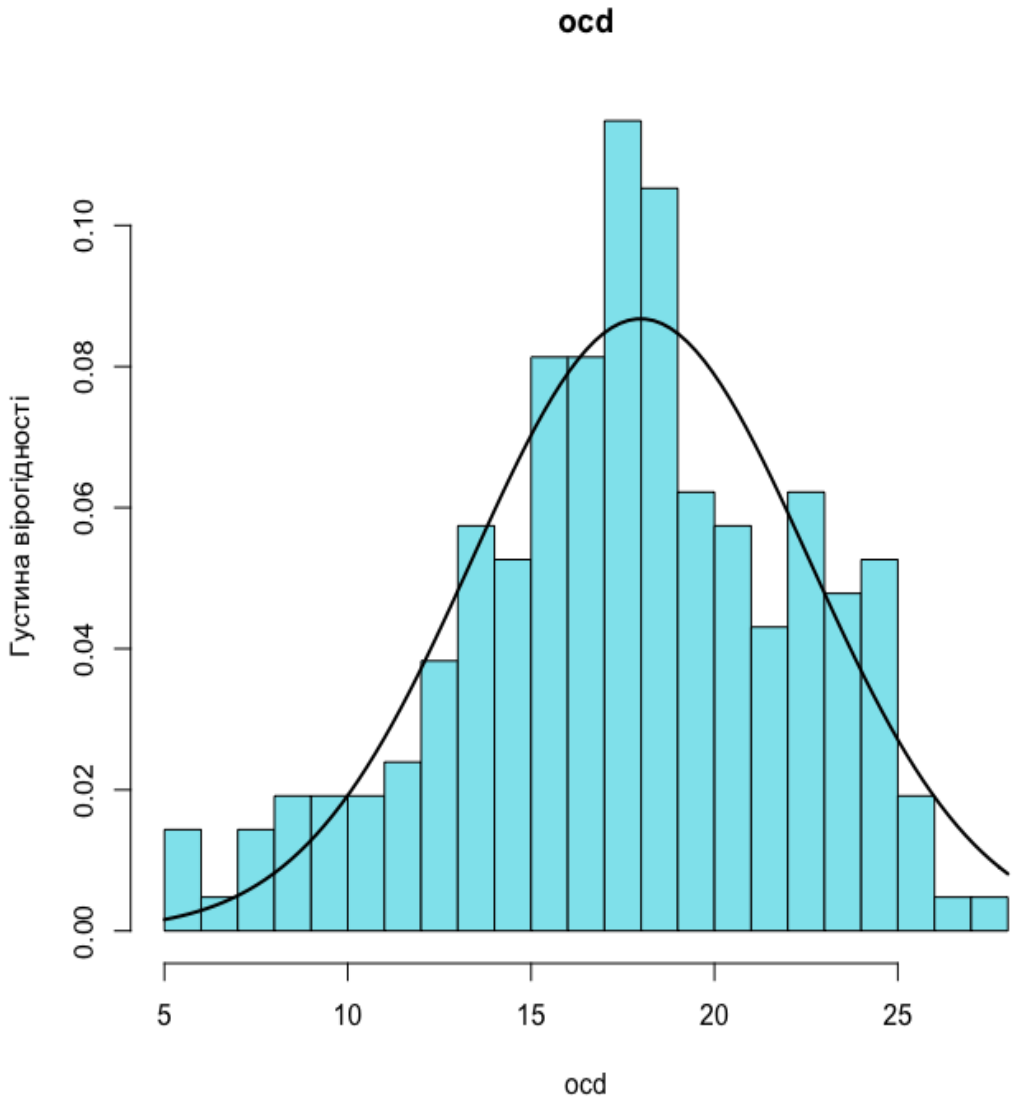

Рис. 2.19. Розподіл даних по шкалі Модслі для оцінки вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики

По-перше, більшість показників зміщені в бік високих значень (15-25 балів), причому нерівномірно - спостерігається декілька «провалів» після 20-ти балів. Також, «хвіст» справа є наче обрізаним, щільність розподілу не спадає поступово, а різко переходить від дуже високої до дуже низької. На противагу цьому, «хвіст» зліва, в області низьких значень, має форму плато, що починає різко зростати після показника в 10 балів. Тобто, розподіл характеризується негативною асиметрією.

Графік розподілу по шкалі оцінки вираженості обсесивно-компульсивних особистісних проявів взагалі не схожий та гаусівський (рис. 2.20).

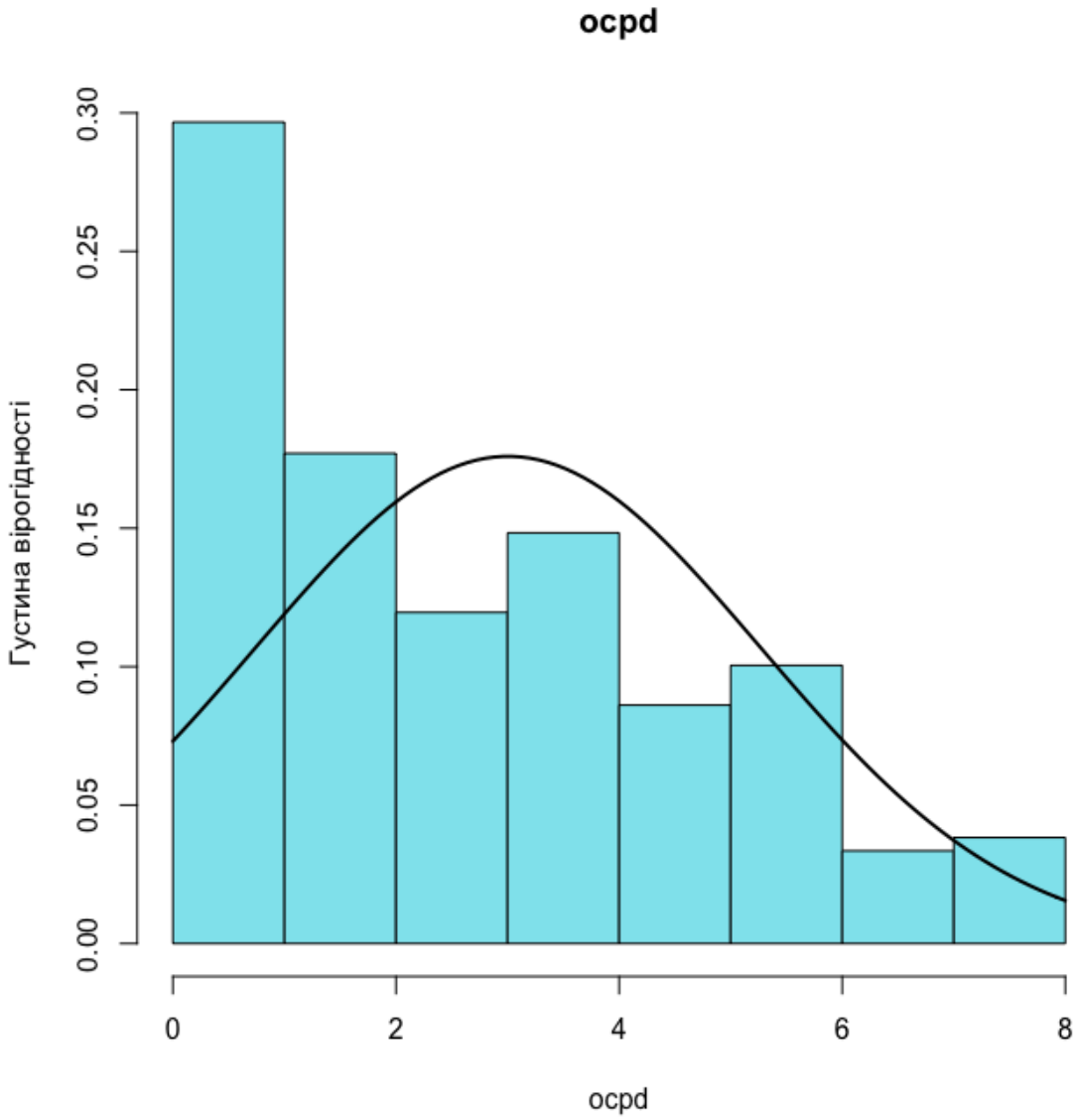

Рисунок 2.20. Розподіл даних по шкалі Олдхема і Морріса для оцінки вираженості обсесивно-компульсивних особистісних проявів

На відміну від шкали оцінки вираженості обесивно-компульсивних симптомів, тут значення зміщені в бік низьких, причому «хвіст» зліва є різко обрізаним, і щільність розподілу нерівномірно спадає по мірі наближення до високих значень. В цьому випадку, розподіл характеризується вираженою позитивною асиметрією, тобто певні зовнішні умови сприяють мінімальній вираженості досліджуваної ознаки.

У розподілі даних по шкалі виконавчих функцій (повсякденне планування) спостерігається, за графіком, декілька провалів у області 20-ти балів та 30-ти (рис. 2.21).

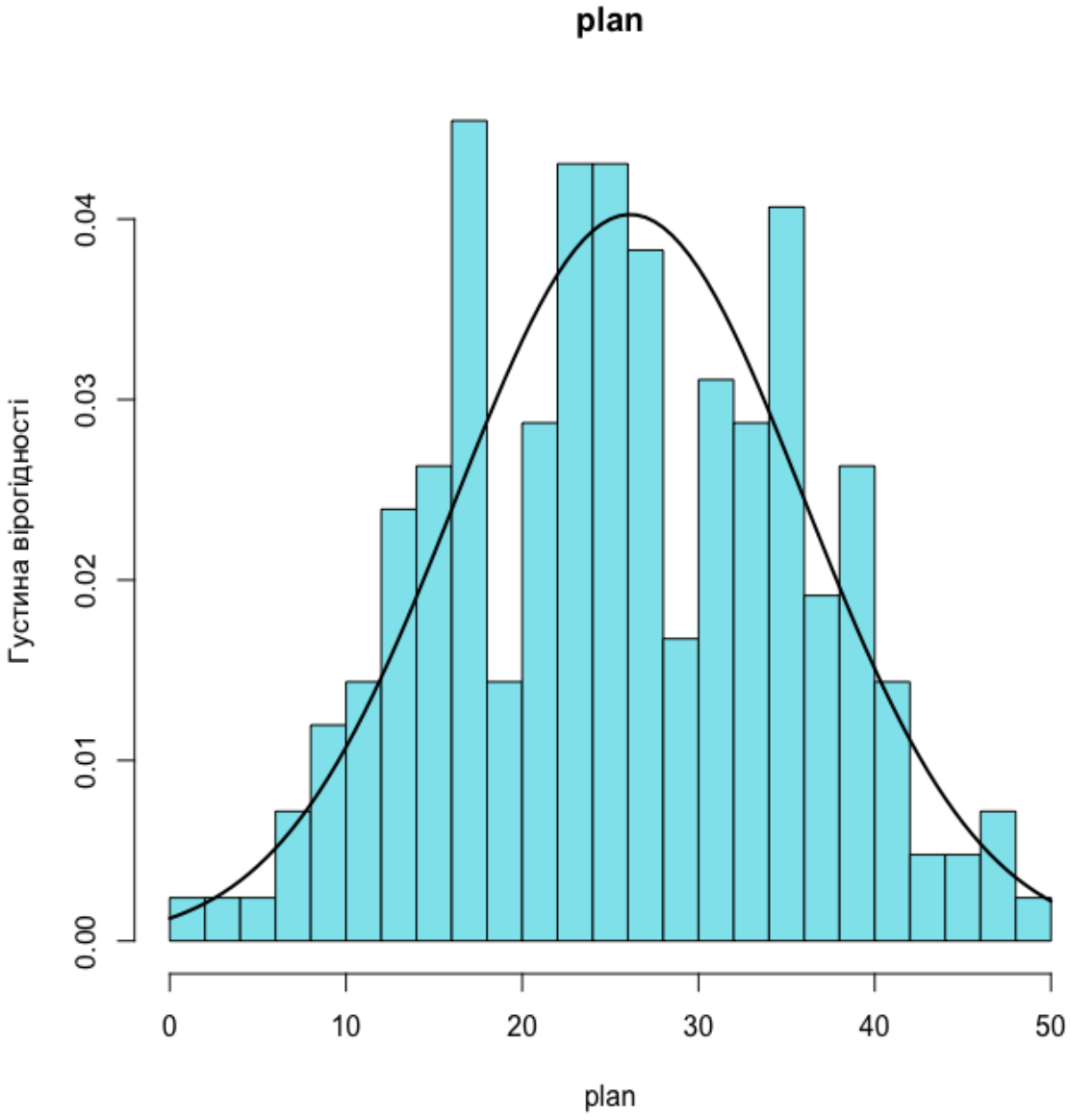

Рис. 2. 21. Розподіл даних по шкалі виконавчих функцій

Найбільша щільність спостерігається для значення в 15 балів, але воно знаходиться в області приблизно одного стандартного відхилення відносно від середини розподілу. Так само, високу щільність має показник в 37 балів, що знаходиться на відстані одного стандартного відхилення від середини розподілу. Значення ексцесу, за описовими статистиками, дорівнює майже -0,6, від чого вершина розподілу є роздвоєною, і це видно за графіком. Негативний ексцес виникає, якщо зовнішні умови сприяють крайнім значенням ознаки.

Розподіл даних по шкалі суб’єктивної задоволеності життям можна було б вважати умовно нормальним, якби не різкі провали у щільності розподілу в області значень в 15, 17 і 23 бали (рис. 2.22). Також розподіл характеризується вираженою позитивною асиметрією - переважна більшість значень зміщена в бік низьких, тобто зовнішні умови сприяють мінімальній вираженості ознаки.

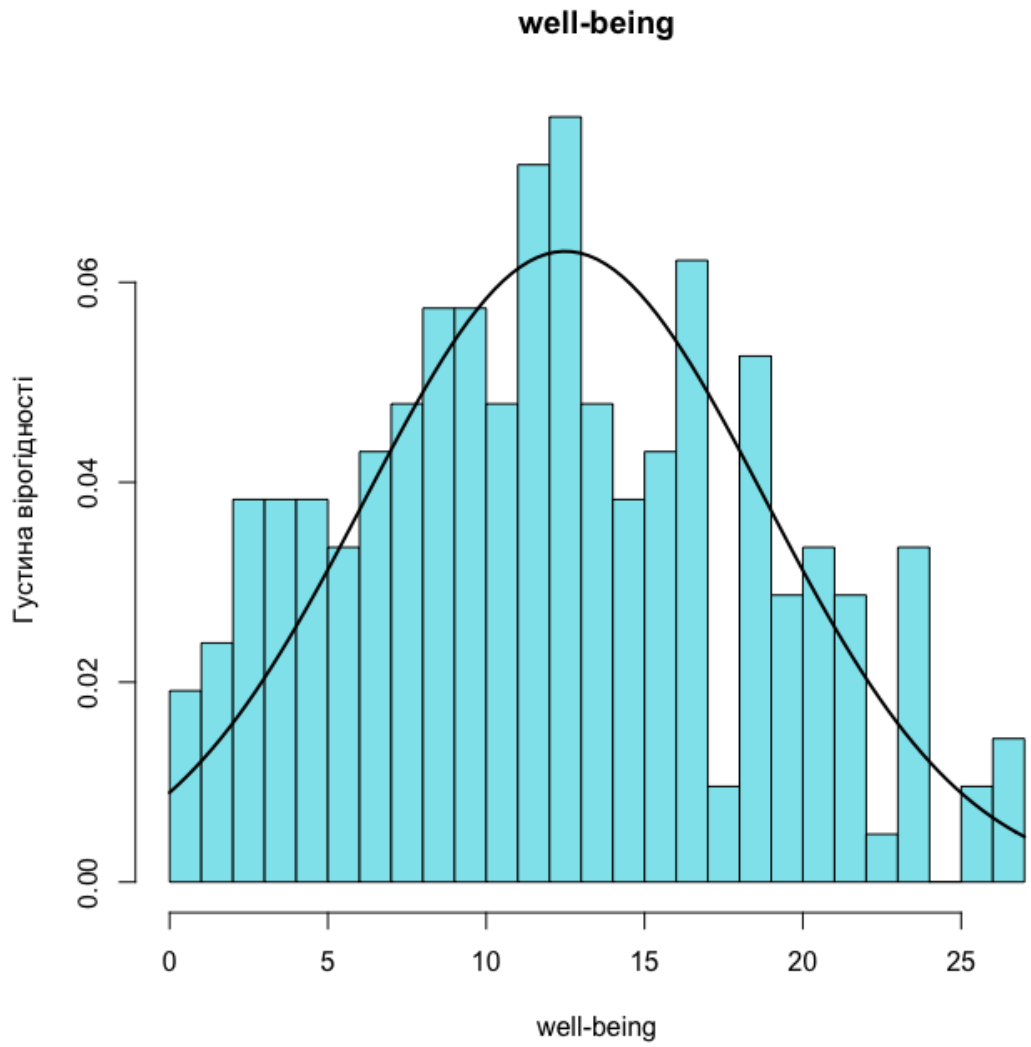

Рис. 2.22. Розподіл даних по шкалі суб’єктивної задоволеності життям

Після обчислення інтегральних показників по кожній зі шкал, перевірки розподілу даних на нормальність та розділення досліджуваних на чотири групи за результатами методик Модслі (симптоми) та Олдхема і Морріса (особистісні прояви), ми вирішили порівняти групи респондентів за показниками по шкалам планування та суб’єктивної задоволеності життям. Для цього ми спочатку

проаналізували описові статистики по кожній із груп (табл. 2.9) і візуалізували результати (рис. 2.23, 2.24).

Таблиця 2.9

Описові статистики по чотирьом групам за шкалами планування та суб'єктивної задоволеності життям

Група*	Кількість (N)	Середнє (mean)	ст.відхилення (sd)	Медіана	Мінімум	Максимум	Асиметрія	Ексцес	Ст.похибка (se)
Шкала планування									
1	40	8.5	5.2	8	0	21	0.34	-0.53	0.83
2	36	15	6.1	14	3	27	0.18	-0.6	1
3	49	12	6.8	12	1	26	0.3	-0.95	0.97
4	84	14	5.8	14	2	27	0.06	-0.71	0.63
Шкала задоволеності життям									
1	40	21	8.7	20	0	41	-0.14	-0.17	1.4
2	36	34	7.7	36	9	44	-1.3	1.5	1.3
3	49	30	9.1	30	12	48	0.01	-0.54	1.3
4	84	23	8.9	23	5	50	0.46	0.07	0.97

** 1 група - контроль; 2 група - симптоми + особистість; 3 група - особистість; 4 група. - симптоми.*

При розділенні досліджуваних на 4 групи до контрольної віднесли 40 респондентів, до групи симптоми + особистість - 36 респондентів, до групи особистість - 49 респондентів і до групи симптоми - 84 респонденти. Розподіли, за описовими статистиками, характеризуються несиметричністю (невідповідність значення медіани середньому арифметичному значенню) та,

скоріше за все, не підкоряються нормальному закону (сильні відхилення від нуля для показників асиметрії та ексцесу). Таким чином, доцільно для порівняння груп застосовувати непараметричні критерії. Оскільки порівнюватимемо три незалежні групи, слід використовувати критерій Крускела-Уолліса.

Для відображення статистичних показників для кожної із чотирьох груп за шкалами планування та суб'єктивної задоволеності життям ми використали графік, що має специфічну назву - «коробковий графік» (англ. boxplot). На такому графіку емпіричні дані зображаються у вигляді квантилів (квантиль - межа, що розділяє вибірку у заданому співвідношенні; наприклад, 0,25 квантиль - це число, вище якого лежить близько 75% вибірки). На осі ординат відображається індивідуальне значення кожного досліджуваного по шкалі (сумарний бал), на осі абсцис - група, до якої належить респондент. Група спостережень зображається у вигляді прямокутника, в якому подано 50% центральних значень. Жирна лінія позначає медіану - типове значення по групі, а «вуса», що спрямовані вгору та вниз, - верхню і нижню межу квантиля. Також на графіку можна побачити викиди (незвичайні спостереження), які подано як окремі точки. Графіки типу boxplot є непараметричними. Вони не дають інформації про характер розподілу даних, лише показують їх мінливість. Верхня та нижня межа прямокутника вказують на ступінь розкиду (дисперсії) значень. Якщо жирна лінія (медіана) не розташована рівно посередині прямокутника, це свідчить про несиметричність розподілу.

На першому коробковому графіку ми бачимо дисперсії значень у чотирьох групах за шкалою суб'єктивної задоволеності життям (рис. 2.23). Помітно, що значення медіани у трьох клінічних групах є вищими, ніж у контрольній. І хоча межі квантилів груп деякою мірою перетинаються, між ними є явна різниця, особливо між 1 і 2 та 1 і 4.

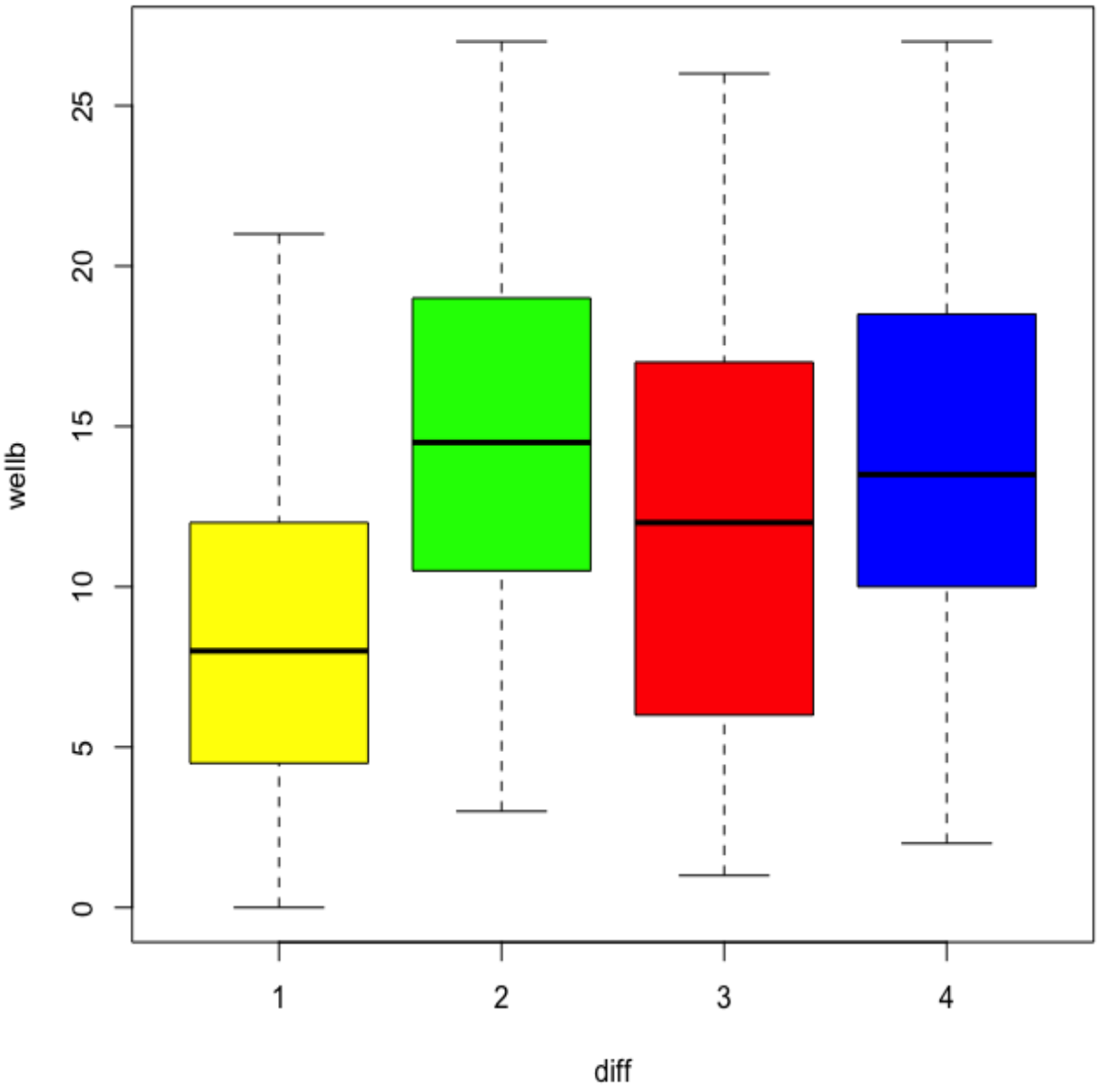

Рис. 2.23. Візуалізація описових статистик за шкалою суб’єктивної задоволеності життям для чотирьох груп

На другому графіку, що відображає розкид значень по чотирьом групам порівняння за шкалою планування, різниця між групами також є помітною (рис. 2.24). Дуже виділяється друга група, що об’єднує респондентів, які мають і виражену обсесивно-компульсивну симптоматику, і відповідні особистісні прояви, - в ній значення є значно вищими, ніж у інших групах. Тобто, респонденти з цієї групи мають більшу здатність до повсякденного планування, ніж інші. Але тут також спостерігається декілька викидів - аномально низьких значень. Так само і третя група, яка включає досліджуваних з обсесивно-компульсивними особистісними проявами, але без обсесивно-компульсивних

симптомів - тут значення також є вищими, ніж в інших групах. Четверта група, до якої входять респонденти з вираженою обсесивно-компульсивною симптоматикою, візуально мало відрізняється від контрольної.

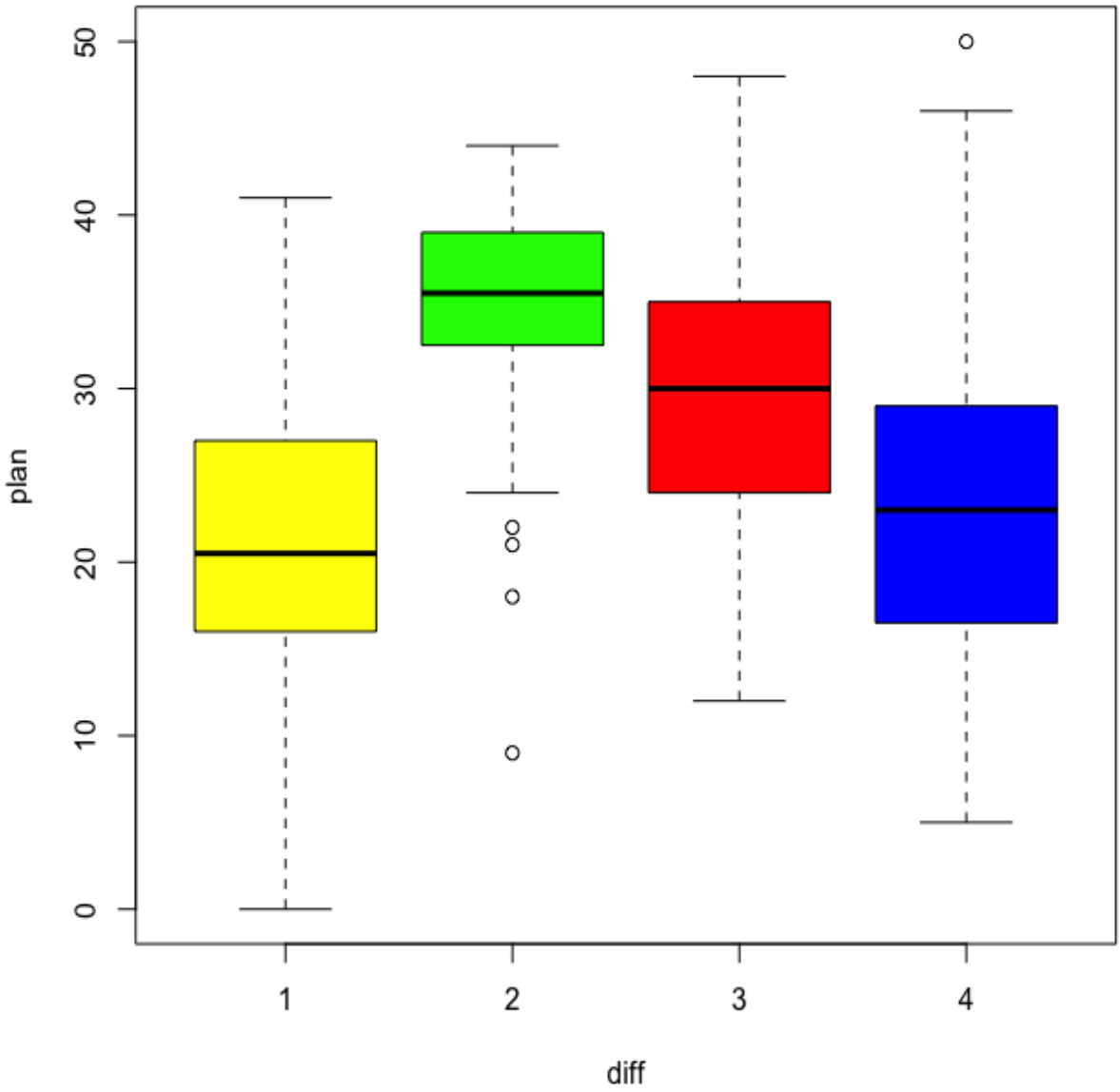

Рис. 2.24. Візуалізація описових статистик за шкалою планування для чотирьох груп

3.2. Порівняльний аналіз вираженості рівня суб'єктивного благополуччя та здатності до повсякденного планування у групах людей з его-сингонними та его-дистонними обсесивно-компульсивними проявами

Щоб дізнатися, наскільки суттєвими є відмінності між досліджуваними групами за двома шкалами, ми застосували критерій Крускелла-Уолліса. Як вже було сказано, він підходить для даних, що не підкоряються закону нормального розподілу. Окрім того, вибірки повинні бути незалежними, а їх кількість повинна бути більше двох. Результати перевірки наведені у таблицях 2.10 та 2.11.

Таблиця 2.10

Результати дисперсійного аналізу для порівняння чотирьох груп за показниками по шкалі планування

Шкала оцінки здатності до планування								
Критерій Крускелла-Уолліса					**Post-hoc тест**			
H-критерій	*df*	*P-значення*	*Висновок*	*Величина ефекту (ε^2)*		1	2	3
52	3	4e-11	H_1	0,25	2	5e-08	-	-
					3	5e-05	0.01	-
					4	0.29	5e-08	1e-04

За результатами дисперсійного аналізу методом Крускелла-Уолліса, між досліджуваними групами спостерігається значна різниця за показниками по шкалі планування. При цьому, величина ефекту інтерпретується як середня. Для того, щоб виявити, які саме групи відрізняються між собою, використали post-hoc тест. Для шкали оцінки здатності до планування значна різниця була між групою 1 (контроль) та 2 (симптоми + особистість), а також між групою 1 (контроль) та 3 (особистість). Значною є різниця і між групою 4 (симптоми) та 2 (симптоми + особистість), а також між 4 (симптоми) і 3 (особистість). Отримані результати свідчать про те, що здатність до планування у людей з вираженими обсесивно-компульсивними симптомами не відрізняється від

контрольної групи. В той же час, респонденти з обсесивно-компульсивними особистісними проявами виявляють значно більшу здатність до планування порівняно з іншими людьми.

Якщо розглядати результати дисперсійного аналізу по шкалі оцінки суб'єктивної задоволеності життям (табл. 2.11), то тут також виявляється значна різниця між досліджуваними групами. Величина ефекту, за показником епсилон-квадрату, середня. При проведенні post-hoc тесту для попарного порівняння ми встановили, що статистично значущою була різниця між групою 1 (контроль) та трьома клінічними групами. Тобто, у осіб з обсесивно-компульсивними симптомами, з обсесивно-компульсивними особистісними проявами та у тих, в кого наявні і симптоми, і обсесивно-компульсивні особистісні прояви, спостерігається значно вищий рівень суб'єктивної задоволеності життям, ніж у інших людей.

Таблиця 2.11

Результати дисперсійного аналізу для порівняння чотирьох груп за показниками по шкалі суб'єктивної задоволеності життям

Шкала оцінки суб'єктивної задоволеності життям								
Критерій Крускелла-Уолліса					**Post-hoc тест**			
H-критерій	*df*	*P-значення*	*Висновок*	*Величина ефекту ($\varepsilon^{2)}$*		1	2	3
24	3	2e-05	H_1	0,12	2	1e-04	-	-
					3	0.04	0.09	-
					4	4e-05	0.58	0.11

Для того, щоб перевірити, чи пов'язані обсесивно-компульсивні симптоми та обсесивно-компульсивні особистісні прояви з віком, використали кореляційний аналіз (табл. 2.12). Оскільки розподіл наших емпіричних даних не підкоряється нормальному закону, замість коефіцієнта кореляції Пірсона взяли його непараметричний аналог - коефіцієнт кореляції Спірмена, що оперує рангами. Також ми розрахували коефіцієнти кореляції для всіх інших шкал,

щоб дослідити зв'язок між конструктами, які вони вимірюють. Виявилося, що з віком пов'язаний тільки показник суб'єктивної задоволеності життям - спостерігається слабка позитивна кореляція (коефіцієнт 0,16). Щодо взаємодії інших змінних, між обсесивно-компульсивними особистісними проявами та обсесивно-компульсивними симптомами присутня значна негативна кореляція (коефіцієнт -0,31). Тобто, якщо казати про нашу вибірку, респонденти, в яких присутня виражена обсесивно-компульсивна симптоматика, рідко бувають обсесивно-компульсивними ще й особистісно. Це може пояснюватися критерієм, який диференціює особистісне порушення від синдрому - его-дистонність/его-синтонність. Іншими словами, від того, чи наявне у людини критичне осмислення свого стану, залежить тип порушення. Якщо певні особливості поведінки людиною не сприймаються як патологія, то розлад має его-синтонний характер, і, відповідно, ми відносимо таку людину до обсесивно-компульсивної особистості.

Таблиця 2.12

Результати кореляційного аналізу критерієм Спірмена

Змінні	**S**	**Коефіцієнт кореляції**	**p-значення**	**Висновок**
*(вік) * (симптоми)*	2e+06	-0.019	0.8	H_0
*(вік) * (особистість)*	2e+06	-0.017	0.8	H_0
*(вік) * (планування)*	2e+06	-0.027	0.7	H_0
*(вік) * (задоволеність життям)*	1e+06	0.16	0.02	H_1
*(особистість) * (симптоми)*	2e+06	-0.31	4e-06	H_1
*(планування) * (симптоми)*	1e+06	0.063	0.4	H_0
*(планування) * (особистість)*	7e+05	0.54	<2e-16	H_1
*(задоволеність життям) * (симптоми)*	1e+06	0.34	4e-07	H_1
*(задоволеність життям) * (особистість)*	1e+06	0.13	0.07	H_1

*(задоволеність життям) * (планування)*	1e+06	0.37	5e-08	H_1

Обсесивно-компульсивні особистісні прояви також значною мірою пов'язані зі здатністю до планування (коефіцієнт 0,54) та задоволеністю життям (коефіцієнт 0,13). Цю закономірність ми вже прослідкували у ході дисперсійного аналізу, порівнюючи групи за шкалою оцінки виконавчих функцій та шкалою оцінки рівня суб'єктивного благополуччя. Але набагато сильніший зв'язок спостерігається у задоволеності життям з наявністю обсесивно-компульсивних симптомів (коефіцієнт 0,34). Тобто, у людей з обсесивно-компульсивними особистісними проявами здатність до планування набагато вища, ніж у людей з обсесивно-компульсивними симптомами, але при цьому вони мають нижчі значення за шкалою задоволеності життям. Шкали оцінки задоволеності життям та здатності до планування також мають тісний зв'язок - коефіцієнт кореляції дорівнює 0,37.

Виявивши певні закономірності у взаємодії досліджуваних конструктів в ході кореляційного аналізу, ми можемо побудувати регресійні моделі, в яких ці констркути будуть прогнозувати ідеальний вік для ключових подій життя. Залежна змінна у регресійному рівнянні повинна бути неперервною метричною характеристикою, отже ми відберемо для аналізу тільки числові відповіді респондентів. Перед цим ми повинні подивитися на частоту різних категорій відповідей на питання про ідеальний вік.

Перше питання формулювалося так: «*Яким є, на Вашу думку, ідеальний вік, щоб почати жити разом з партнером без одруження?*». Респонденти могли вказати конкретне число або дати відповідь з певним змістовним навантаженням (*«для даної події немає ідеального віку»; «ніколи не можна»; «важко відповісти»*). Таким чином, ми маємо для даного питання 4 різні категорії відповідей. Розподіл даних за цими категоріями представлений у таблиці 2.13. Майже половина респондентів відповіла, що для співжиття з партнером немає ідеального віку, і приблизно стільки ж досліджуваних вказали конкретний вік. Незначна кількість обрала варіант «*ніколи не можна*» та «*важко відповісти*». Варто зазначити, що співжиття з партнером передбачає

статеві стосунки до шлюбу, тож люди, які відповідали «*ніколи не можна*», скоріш за все демонстрували свої високі моральні якості. Можна було б перевірити, чи пов'язана така відповідь з обсесивно-компульсивними особистісними проявами, але кількість респондентів, що надавали перевагу такому варіанту, є недостатньою для коректного аналізу. Більша частина з тих, хто вказав конкретне число, назвали ідеальним віком 20 років. На другому місці за «популярністю» знаходиться вік в 23 роки. Для зручності інтерпретації результатів кількість респондентів у таблиці також подана у відсотках.

Таблиця 2.13

Розподіл відповідей про ідеальний вік для співжиття з партнером

Відповідь	**Кількість респондентів**	**%**
Немає	103	49.28
16	2	0.96
17	3	1.44
18	5	2.39
19	10	4.78
20	26	12.44
21	9	4.31
22	8	3.83
23	15	7.18
24	2	0.96
25	5	2.39
27	1	0.48
29	1	0.48
Ніколи	6	2.87
Важко відповісти	13	6.22

Всього	209	100

Візуально розподіл різних категорій відповідей можна оцінити за графіком (рис. 2.25).

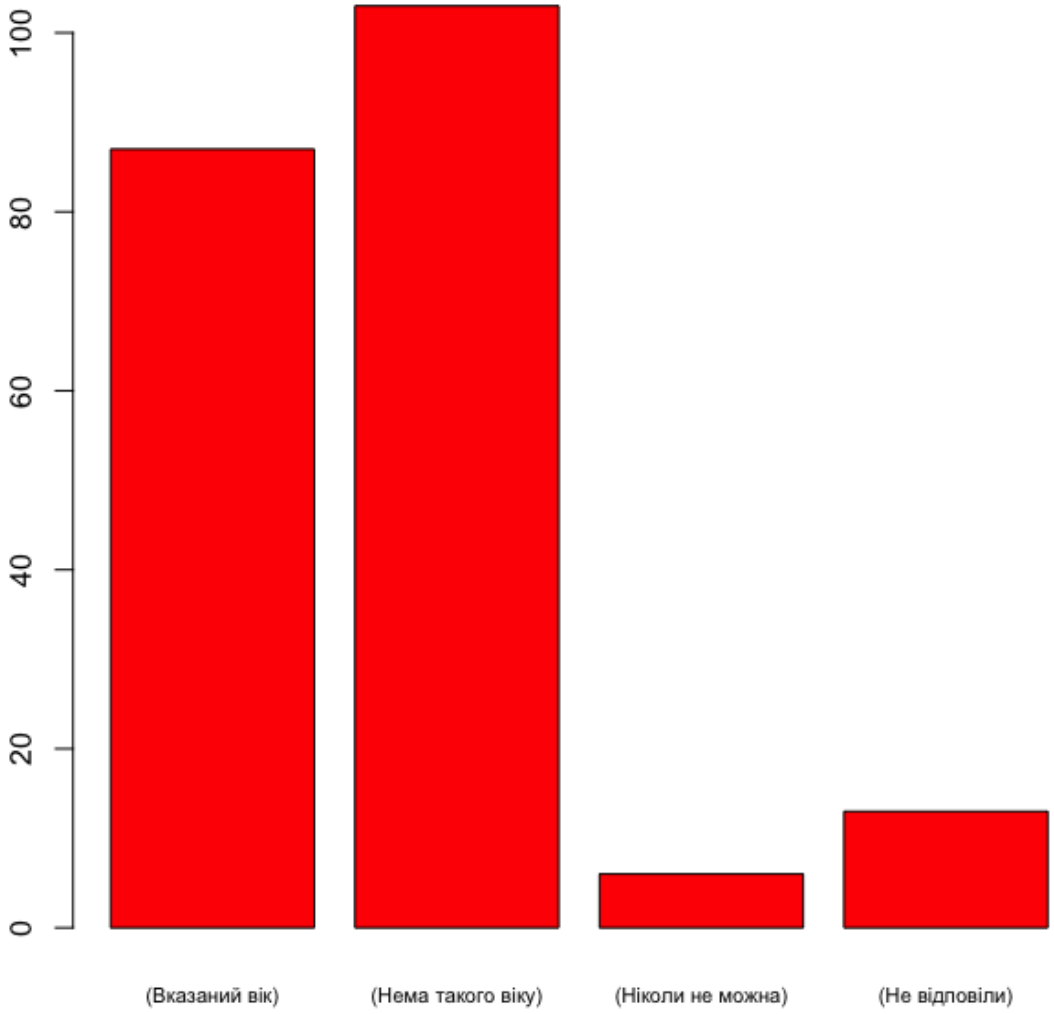

Рисунок 2.25. Візуалізація розподілу категорій відповідей про ідеальний вік для співжиття з партнером

Для того, щоб виявити, чи пов’язана певна категорія відповіді на питання з групою досліджуваного (контрольна чи одна з клінічних), ми застосували процедуру лог-лінійного аналізу (табл. 2.14). Лог-лінійний аналіз дозволяє дослідити зв’язок між великою кількістю категоріальних змінних. Оскільки ми

аналізуємо всього дві змінні, можна було б скористатися багатовимірними таблицями спряження, але лог-лінійний аналіз зручніший, коли фактор має багато рівнів (в нашому випадку це 4 рівні для фактору групи та для фактору ідеального віку). Закономірностей між групою досліджуваного та альтернативою відповіді на питання про ідеальний вік для співжиття з партнером знайдено не було. Значно рідше за інші альтернативи відповідей респонденти обирали варіант «*не відповіли*». При цьому, частота відповідей на питання взагалі є вищою для 4 групи (виражені обсесивно-компульсивні симптоми). Але це більше пов'язано з великою кількістю досліджуваних у цій групі, тому змістовно такі результати не можна проінтерпретувати.

Таблиця 2.14

Результати лог-лінійного аналізу для відповідей про ідеальний вік для співжиття з партнером

	Коєфіцієнт	**Стандартна похибка (se)**	**z-значення**	**Pr(>|z|)**
Константа	2.77e+00	2.50e-01	11.09	<2e-16
Немає такого віку	2.72e-01	3.32e-01	0.82	0.4125
Ніколи не можна	-2.61e+01	6.97e+04	0.00	0.9997
Не відповіли	-1.67e+00	6.29e-01	-2.66	0.0078
група 2	-1.34e-01	3.66e-01	-0.36	0.7152
група 3	3.63e-01	3.26e-01	1.11	0.2649
група 4	7.54e-01	3.03e-01	2.49	0.0129
Немає такого віку: група 2	1.34e-01	4.79e-01	0.28	0.7803
Ніколи не можна: група 2	1.34e-01	9.85e+04	0.00	1.0000
Не відповіли: група 2	-9.65e-01	1.21e+00	-0.80	0.4256
Немає такого віку: група 3	-3.63e-01	4.49e-01	-0.81	0.4185
Ніколи не можна: група 3	2.36e+01	6.97e+04	0.00	0.9997
Не відповіли: група 3	-3.63e-01	8.79e-01	-0.41	0.6797
Немає такого віку: група 4	-1.09e-01	4.06e-01	-0.27	0.7874
Ніколи не можна: група 4	2.39e+01	6.97e+04	0.00	0.9997

Не відповіли: група 4	-6.06e-02	7.69e-01	-0.08	0.9372

За таким самим алгоритмом ми проаналізували розподіл відповідей про ідеальний вік для одруження (табл. 2.15). Як і для співжиття з партнером, близько половини респондентів обрали варіант «*для даної події немає ідеального віку*». Ті, хто вказував конкретне число, найчастіше обирали ідеальний вік як 25, 26 та 30 років (частота 11%, 6,22% і 4,78%, відповідно). Порівняно велика кількість досліджуваних вказувала варіант «*важко відповісти*» (5,26%).

Таблиця 2.15

Розподіл відповідей про ідеальний вік для одруження

Відповідь	**Кількість респондентів**	**%**
Немає	102	48.80
18	1	0.48
20	2	0.96
22	6	2.87
23	7	3.35
24	8	3.83
25	23	11.00
26	13	6.22
27	8	3.83
28	5	2.39
29	1	0.48
30	10	4.78
31	1	0.48
33	1	0.48
35	2	0.96

Ніколи	8	3.83
Важко відповісти	11	5.26
Всього	209	100

Щоб візуалізувати розподіл різних категорій відповідей на питання про ідеальний вік для одруження, використали стовпчикову діаграму, в якій на осі *Oy* відображається частота певної відповіді у відсотках, а на осі *Ox* - чотири категорії альтернативних відповідей (рис. 2.26). Оскільки варіант «немає такого віку» вказували найчастіше, його частота береться за 100%, і з ним порівнюються всі інші відповіді.

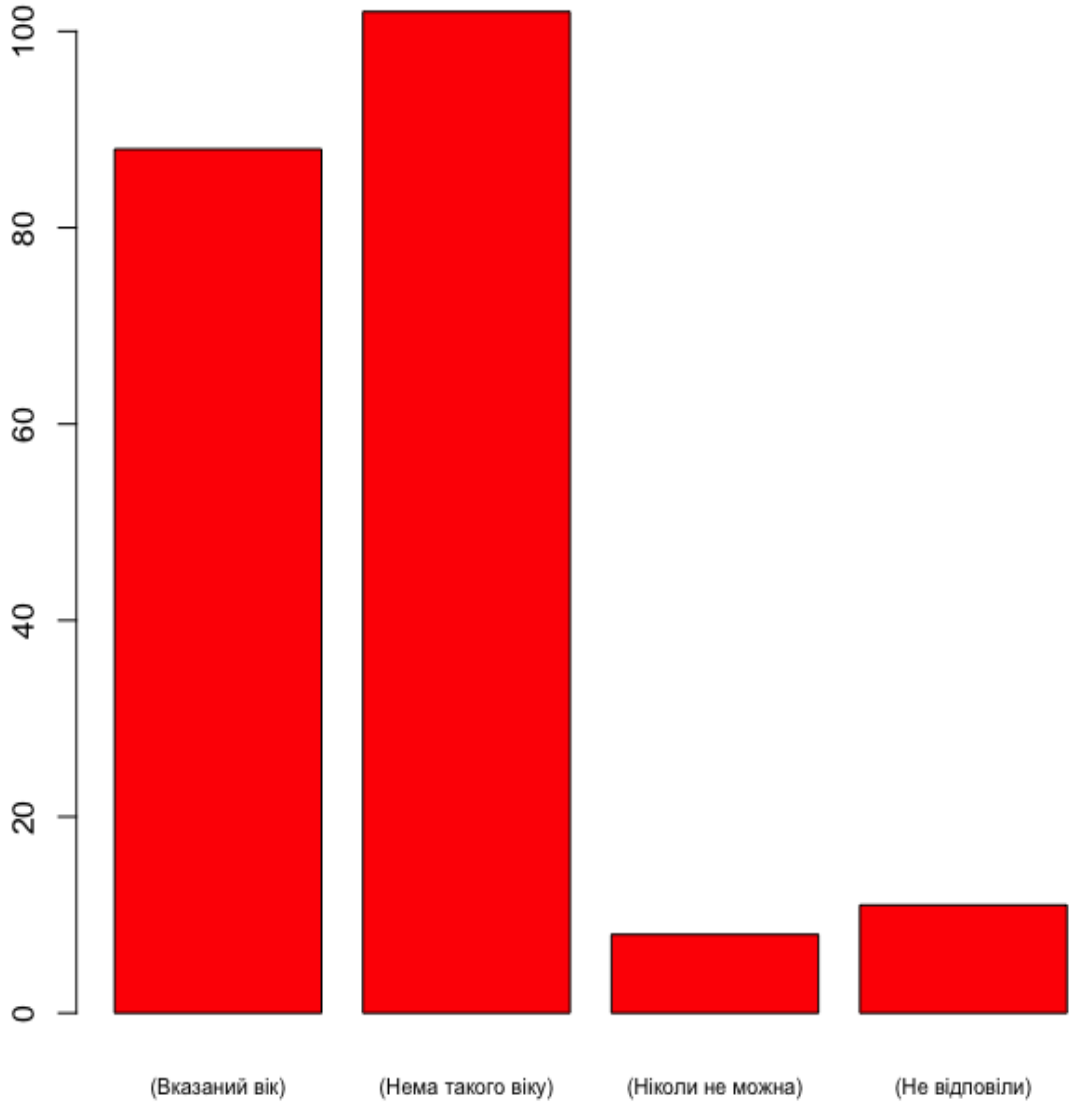

Рис. 2.26. Візуалізація розподілу категорій відповідей про ідеальний вік для одруження

Далі так само за допомогою процедури лог-лінійного аналізу ми дослідили, чи є залежність між групою респондента та певним варіантом відповіді на питання. Результати аналізу наведені у таблиці 2.16.

Таблиця 2.16

Результати лог-лінійного аналізу для відповідей про ідеальний вік для одруження

	Коєфіцієнт	Стандартна похибка (se)	z-значення	Pr(>|z|)
Константа	2.639	0.267	9.87	<2e-16
Немає такого віку	0.496	0.339	1.46	0.1431
Ніколи не можна	-2.639	1.035	-2.55	0.0108
Не відповіли	-1.946	0.756	-2.57	0.0100
група 2	0.194	0.361	0.54	0.5906
група 3	0.496	0.339	1.46	0.1431
група 4	0.887	0.318	2.79	0.0052
Немає такого віку: група 2	-0.691	0.495	-1.39	0.1631
Ніколи не можна: група 2	0.499	1.277	0.39	0.6959
Не відповіли: група 2	0.211	0.982	0.22	0.8296
Немає такого віку: група 3	-0.541	0.451	-1.20	0.2309
Ніколи не можна: група 3	0.197	1.271	0.15	0.8770
Не відповіли: група 3	-0.496	1.056	-0.47	0.6382
Немає такого віку: група 4	-0.262	0.409	-0.64	0.5228
Ніколи не можна: група 4	0.211	1.198	0.18	0.8599
Не відповіли: група 4	-0.194	0.922	-0.21	0.8333

За результатами лог-лінійного аналізу для ідеального віку одруження, важливих закономірностей не було знайдено. Ми тільки можемо побачити, що варіанти «*ніколи не можна*» і «*не відповіли*» мають значно меншу частоту, ніж інші альтернативи відповідей (від'ємні коефіцієнти при низьких p-значеннях). Також видно, що група під номером 4, до якої входять респонденти з вираженою обсесивно-компульсивною симптоматикою, частіше за інші групи відповідає на питання про одруження, але знову ж таки, це пов'язано з великою кількістю досліджуваних у цій групі порівняно з іншими.

Цікаві закономірності були виявлені для питання про ідеальний вік для народження дітей (розподіл відповідей наведений у таблиці 2.17).

Таблиця 2.17

Розподіл відповідей про ідеальний вік для народження дітей

Відповідь	Кількість респондентів	%
Немає	70	33.49
18	1	0.48
20	1	0.48
23	2	0.96
24	2	0.96
25	23	11.00
26	5	2.39
27	18	8.61
28	4	1.91
29	2	0.96
30	16	7.66
32	3	1.44
34	1	0.48
35	5	2.39
Ніколи	30	14.35
Важко відповісти	26	12.44
Всього	209	100

За результатами відсоткового розподілу, третина респондентів обирає відповідь «*дня даної події немає ідеального вік*у». Це майже на 20% менше, ніж досліджувані обирали для інших подій сімейного життя. Можливо, це пов'язано з тим, що з віком народження дітей тісно пов'язаний біологічний фактор - яким би не уявлявся людині ідеальний вік згідно з її світоглядом, репродуктивна здатність, особливо у жінок, має оптимальний віковий діапазон.

Інші категорії відповідей, такі як «*ніколи*» та «*важко відповісти*» для даної події життя обирають набагато частіше, ніж для ідеального віку співжиття з партнером та одруження (14,35% та 12,44%, відповідно). Висока частота відповіді «ніколи» може бути пов'язана з поширеністю ідеології чайлдфрі (Child-free), особливо серед молодого покоління. Дана альтернатива не була включена до оригіналу опитувальника про життєвий курс, але з огляду

на отримані результати, слід додати такий варіант відповіді у майбутніх раундах Європейського соціального дослідження.

Візуально розподіл відповідей на питання про ідеальний вік для народження дітей можна оцінити за допомогою стовпчикової гістограми (рис. 2.27). Бачимо, що частота відповідей «*ніколи*» та «*важко відповісти*» значно зросла для даної події.

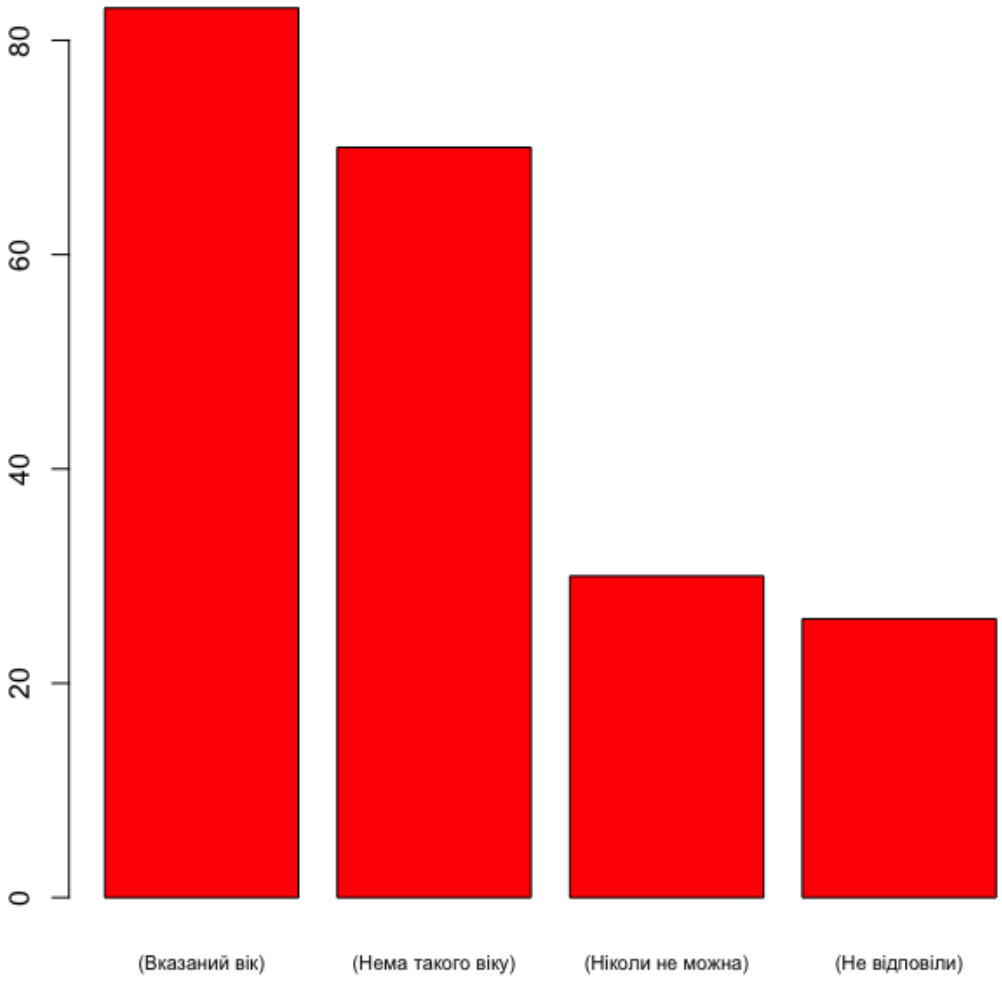

Рис. 2.27. Візуалізація розподілу категорій відповідей про ідеальний вік для народження дітей

Ми також дослідили за допомогою лог-лінійного аналізу, чи залежить надання переваги певній альтернативі відповіді на питання про ідеальний вік для народження дітей від групи досліджуваного (табл. 2.18).

Таблиця 2.18

Результати лог-лінійного аналізу для відповідей про ідеальний вік для народження дітей

	Коєфіцієнт	Стандартна похибка (se)	z-значення	Pr(>|z|)
Константа	2.833	0.243	11.68	<2e-16
Немає такого віку	-0.435	0.387	-1.12	0.2606
Ніколи не можна	-0.754	0.429	-1.76	0.0787
Не відповіли	-1.447	0.556	-2.60	0.0092
група 2	-0.194	0.361	-0.54	0.5906
група 3	0.211	0.326	0.65	0.5172
група 4	0.601	0.302	1.99	0.0465
Немає такого віку: група 2	0.281	0.552	0.51	0.6104
Ніколи не можна: група 2	-0.276	0.675	-0.41	0.6827
Не відповіли: група 2	0.417	0.762	0.55	0.5838
Немає такого віку: група 3	0.224	0.506	0.44	0.6581
Ніколи не можна: група 3	-0.681	0.657	-1.04	0.2996
Не відповіли: група 3	0.194	0.723	0.27	0.7884
Немає такого віку: група 4	0.403	0.464	0.87	0.3857
Ніколи не можна: група 4	-0.195	0.547	-0.36	0.7211
Не відповіли: група 4	0.411	0.657	0.63	0.5319

Виявилося, що категорія відповіді не залежить від групи респондента. Як і для інших подій сімейного життя, через велику кількість досліджуваних у четвертій групі, загальна частота відповідей у людей з вираженою обсесивно-компульсивною симптоматикою вища, ніж у респондтів з інших груп. При цьому, хоча частота обирання альтернатив відповідей «*ніколи*» та «*важко*

відповісти» зросла на питанні про ідеальний вік для народження дітей, вона все ж є значно зниженою порівняно з іншими категоріями відповідей.

Таким саме способом проаналізували розподіл відповідей на питання про ідеальний вік для того, щоб перестати працювати та вийти на пенсію (табл. 2.19). Окрім згаданих вище альтернатив відповідей, в опитувальнику також надавався додатковий варіант «*ніколи не варто працювати*». Значна частина респондентів (29,67%) обирала варіант «*для даної події немає ідеального віку*» та «*важко відповісти*» (21,05%). Частота для варіанту «*важко відповісти*» зросла майже у два рази порівняно з аналогічною відповіддю щодо ідеального віку для народження дітей. Це можна пояснити тим, що людям важче планувати ті події в житті, до настання яких ще залишається дуже багато часу - такі як вихід на пенсію. До того ж, вибірка складається з дівчат юнацького віку, середній вік яких - 15-17 років, отже багато з них навіть ще не починали працювати, тому їм важко сказати, коли краще виходити напенсію. Деякі надали перевагу відповіді «*краще ніколи не працювати*» (4,78%). Обирання даної альтернативи можна також пояснити додатковим впливом у вигляді привабливого формулювання відповіді - у полі для коментарів, що йшло в кінці опитувальника в Google формах, більшість людей, що вказували цей варіант, зізнавалися, що насправді вони спочатку хотіли вказати цифру, але подібна відповідь здалася їм кумедною і частково співпала з їхнім світоглядом. Приблизно з однаковою частотою респонденти вказували як ідеальний вік для виходу на пенсію 50, 55 та 60 років (19%, 18% і 18%. відповідно). Найнижчу частоту має категорія «*ніколи не виходити на пенсію*» - 1,91%. Можна було б спробувати дослідити зв’язок між таким варіантом відповіді і вираженістю в респондента обсесивно-компульсивних особистісних проявів, адже, за DSM-IV, люди з обсесивно-компульсивним розладом особистості часто характеризуються як трудоголіки. Але кількість респондентів, що обрали таку альтернативу відповіді, є недостатньою для коректного застосування статистичних критеріїв - дуже великий ризик помилково прийняти або відкинути нульову гіпотезу про відсутність зв’язку.

Таблиця 2.19

Розподіл відповідей про ідеальний вік для того, щоб перестати працювати і вийти на пенсію

Відповідь	Кількість респондентів	%
Немає	62	29.67
45	8	3.83
47	1	0.48
50	19	9.09
55	18	8.61
56	1	0.48
57	2	0.96
58	1	0.48
59	1	0.48
60	18	8.61
61	1	0.48
63	1	0.48
65	8	3.83
67	2	0.96
69	1	0.48
70	4	1.91
75	**2**	**0.96**
78	1	0.48
Ніколи не виходити на пенсію	4	1.91
Ніколи не працювати	10	4.78
Важко відповісти	44	21.05
Всього	209	100

Для наочності отриманих результатів ми створили стовпчикову діаграму, яка відображає розподіл різних категорій відповідей на питання про ідеальний вік для виходу на пенсію (рис. 2.28).

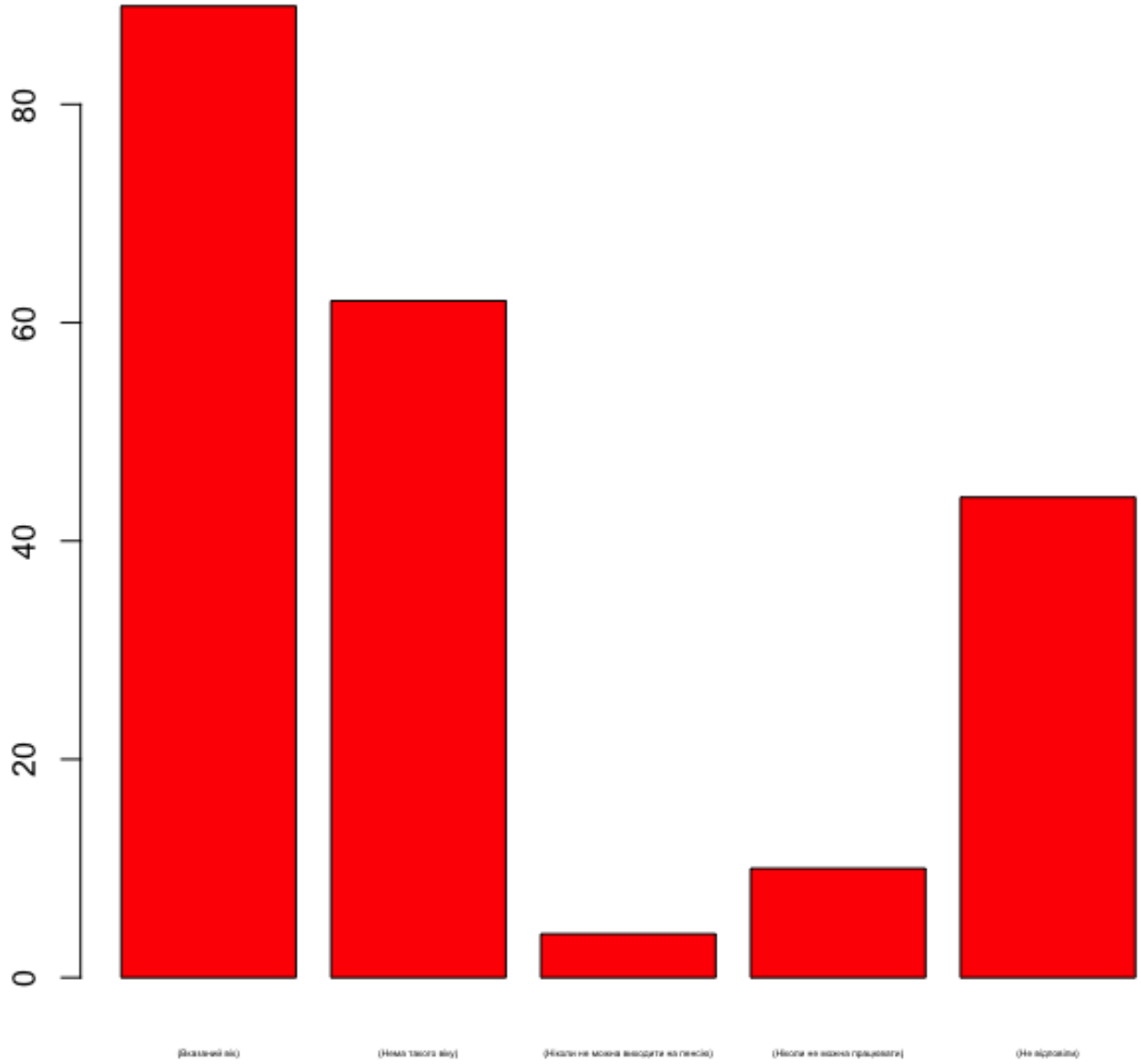

Рис. 2.28. Візуалізація розподілу категорій відповідей про ідеальний вік для виходу на пенсію

Як і для інших подій життя, за допомогою лог-лінійного аналізу ми дослідили залежність між групою респондента та його схильністю обирати ту чи іншу альтернативу відповіді для питання про ідеальний вік, щоб перестати працювати та вийти на пенсію. Результати наведені у таблиці 2.20.

Таблиця 2.20

Результати лог-лінійного аналізу для відповідей про ідеальний вік для виходу на пенсію

	Коєфіцієнт	Стандартна похибка (se)	z-значення	Pr(>|z|)
Константа	2.94e+00	2.29e-01	12.83	<2e-16
Немає такого віку	-2.36e-01	3.45e-01	-0.68	0.494
Ніколи не можна виходити на пенсію	-2.62e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Ніколи не можна працювати	-2.62e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Не відповіли	-1.15e+00	4.68e-01	-2.46	0.014
група 2	-4.60e-01	3.69e-01	-1.25	0.213
група 3	2.34e-01	3.07e-01	0.76	0.447
група 4	5.82e-01	2.86e-01	2.03	0.042
Немає такого віку: група 2	5.41e-02	5.50e-01	0.10	0.922
Ніколи не можна виходити на пенсію: група 2	2 4.60e-01	9.85e+04	0.00	1.000
Ніколи не можна працювати: група 2	2.57e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Не відповіли: група 2	6.14e-01	6.67e-01	0.92	0.358
Немає такого віку: група 3	-3.77e-01	4.88e-01	-0.77	0.440
Ніколи не можна виходити на пенсію: група 3	3 2.31e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Ніколи не можна працювати: група 3	2.31e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Не відповіли: група 3	2.77e-01	6.01e-01	0.46	0.645
Немає такого віку: група 4	-1.12e-01	4.36e-01	-0.26	0.798
Ніколи не можна виходити на пенсію: група 4	4 2.38e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Ніколи не можна працювати: група	2.34e+01	6.97e+04	0.00	1.000
Не відповіли: група 4	6.71e-01	5.44e-01	1.23	0.218

За результатами лог-лінійного аналізу, респонденти з вираженими обсесивно-компульсивними симптомами (група 4) значно частіше відповідали на питання, ніж досліджувані з інших груп. Як і для інших питань, це можна пояснити тим, що кількість респондентів в цій групі є в два рази більшою, ніж у

інших, тому інтерпретація не буде мати практичного змісту. При цьому є значно зниженою частота обирання відповіді «*важко відповісти*», але це відображає лише тенденцію в межах одного питання, тому що при порівнянні з частотою аналогічної відповіді для інших подій життя, її показник є доволі високим. Статистично значущого зв'язку між категорією відповіді та групою досліджуваного не було виявлено.

3.3. Виявлення психологічних чинників ефективного стратегічного планування та побудова регресійних моделей взаємного впливу різних видів планування у осіб з обсесивно-компульсивними проявами

Наступний етап дослідження - побудова моделей регресії, де залежною змінною виступатиме ідеальний вік для настання ключових подій життя, а предикторами - група за обсесивно-компульсивними проявами (фактор з чотирма рівнями) та показники за шкалами оцінки здатності до планування та оцінки суб'єктивної задоволеності життям. Оскільки маємо як категоріальні, так і кількісні предиктори, доцільно використовувати загальну лінійну модель регресії. Інтегральні показники ми центрували відносно нуля. Також в якості незалежної змінної ми вирішили додати вік респондента, який також центрували, віднімаючи середнє по вибірці - 18 років. Процедура центрування має наступні переваги:

1) якщо дані центровані, легше інтерпретувати константу в регресійному рівнянні;

2) зменшується проблема мультиколінеарності, відповідно підвищується точність оцінки коефіцієнтів та статистична потужність;

3) центрування не призведе до помилкової інтерпретації результатів - є лише випадки, коли його застосовувати необов'язково; тобто, ця процедура може бути зайвою, але ніколи не зашкодить.

Таким чином, базова регресійна модель включає життєвий курс як залежну змінну, а групу дослідження - як незалежну. Надалі ми додавали в

модель вік респондента, здатність до планування чи рівень задоволеності життям і дивилися, чи покращуються показники якості моделі.

Фінальна модель для співжиття з партнером містить групу дослідження та здатність до планування у якості предикторів. Також рівняння включає інтеракцію між цими змінними. Результати регресійного аналізу наведені у таблиці 2.21.

Таблиця 2.21

Регресійна модель ідеального віку співжиття з партнером

	Коефіцієнт	**Стандарта похибка (se)**	**t-значення**	**p-значення**	**VIF**
Константа	22.02	0.63	34.76	0.00	
група 2	-0.79	1.36	-0.58	0.57	4.16
група 3	-1.40	0.82	-1.71	0.09	4.16
група 4	-1.12	0.77	-1.46	0.15	4.16
планування	1.49	0.74	2.01	0.05	8.05
Інтеракція (група 2: планування)	-1.84	1.38	-1.33	0.19	23.20
Інтеракція (група 3: планування)	-1.26	0.90	-1.40	0.17	23.20
Інтеракція (група 4: планування)	-1.27	0.87	-1.45	0.15	23.20
					R^2=0.0707

Прогнозувальну здатність у створеній моделі має належність респондента до групи 3 (виражені обсесивно-компульсивні особистісні прояви). Люди, що належать до цієї групи, схильні вказувати нижчий ідеальний вік для співжиття з партнером (на півтора роки менше). При цьому здатність до планування, навпаки, підвищує ідеальний вік для співжиття з партнером в уявленні респондентів (теж приблизно на півтора роки). Інтеракції між незалежними

змінними не виявилися статистично знаучщими. Отримана модель, за значенням коефіцієнту детермінації (R^2), пояснює близько 7% індивідуальних відмінностей. Ступінь мультиколінеарності, за показником фактору інфляції дисперсії (variance inflation factor, VIF*)*, не перевищує 30. Цікаво, що люди з обсесивно-компульсивними особистісними проявами хоча і характеризуються, як ми вже виявили, високими здатностями до планування у порівнянні з іншими, планування та обсесивна-компульсивна особистість спричинюють протилежний вплив на уявлення про ідеальний вік.

Далі ми провели регресійний аналіз щодо уявлення про ідеальний вік для одруження (табл. 2.22).

Таблиця 2.22

Регресійна модель ідеального віку для одруження (1)

	Коефіцієнт	**Стандарта похибка (se)**	**t-значення**	**p-значення**	**VIF**
Константа	26.08	0.88	29.66	0.00	
група 2	0.31	1.30	0.24	0.81	2.78
група 3	0.44	1.06	0.41	0.68	2.78
група 4	-1.99	1.04	-1.91	0.06	2.78
планування	0.29	0.86	0.34	0.74	8.85
Інтеракція (група 2: планування)	0.76	1.19	0.63	0.53	14.48
Інтеракція (група 3: планування)	0.13	1.01	0.13	0.90	14.48
Інтеракція (група 4: планування)	-1.41	1.06	-1.34	0.19	14.48
					R^2=0.18

Тут так само предикторами виступали група респондента та результат за шкалою оцінки здатності до планування, а також їхня статистична інтеракція. Отримана модель вирізняється вищими показниками якості - значення

коефіцієнту детермінації дорівнює 0,18. Тобто, модель пояснює 18% дисперсії у залежній змінній. При цьому показник VIF не перевищує 30. За результатами регресійного аналізу, респонденти з вираженою обсесивно-компульсивною симптоматикою (група 4) схильні вказувати набагато нижчий ідеальний вік для одруження (на 2 роки менше), ніж досліджувані з інших груп.

Ми також створили регресійну модель ідеального віку для одруження, де в якості предикторів використовували групу досліджуваного та його вік, а також їхню статистичну інтеракцію (табл. 2.23).

Таблиця 2.23

Регресійна модель ідеального віку для одруження (2)

	Коефіцієнт	**Стандарта похибка (se)**	**t-значення**	**p-значення**	**VIF**
Константа	25.93	0.74	34.82	0.00	
група 2	1.27	1.02	1.25	0.22	1.24
група 3	0.70	0.98	0.71	0.48	1.24
група 4	-1.31	0.89	-1.48	0.14	1.24
вік респондента	1.02	0.36	2.83	0.01	15.02
Інтеракція (група 2: вік респондента)	-0.97	0.41	-2.36	0.02	18.09
Інтеракція (група 3: вік респондента)	-1.03	0.40	-2.60	0.01	18.09
Інтеракція (група 4: вік респондента)	-1.01	0.39	-2.59	0.01	18.09
					R^2=0.205

Отримана модель пояснює близько 20% індивідуальних відмінностей (R^2=0,205), показник VIF не перевищує 30. Статистично значущим у моделі виявився вік респондента - чим старше є досліджуваний, тим вищий ідеальний вік для одруження він вказує (1 рік на одиницю). Всі інтеракції між віком

досліджуваних та групою, до якої вони належать за типом обсесивно-компульсивних проявів, також виявилися статистично знаучщими.

Далі ми за таким самим принципом побудували модель регресії щодо уявлення про ідеальний вік для народження дітей (табл. 2.24). Як і в попередніх моделях, в якості предикторів виступали група досліджуваного та здатність до планування, а також статистична інтеракція між ними. Отримана модель пояснює 11% дисперсії у залежній змінній, що загалом непогано. При цьому показник VIF не перевищує 30.

Таблиця 2.24

Регресійна модель ідеального віку для народження дітей (1)

	Коефіцієнт	**Стандарта похибка (se)**	**t-значення**	**p-значення**	**VIF**
Константа	27.31	0.84	32.45	0.00	
група 2	1.03	1.41	0.73	0.47	2.13
група 3	0.45	1.12	0.41	0.69	2.13
група 4	-0.81	1.04	-0.78	0.44	2.13
планування	0.96	0.86	1.12	0.26	7.08
Інтеракція (група 2: планування)	-0.21	1.27	-0.16	0.87	10.89
Інтеракція (група 3: планування)	-0.96	1.07	-0.90	0.37	10.89
Інтеракція (група 4: планування)	-1.85	1.04	-1.79	0.08	10.89
					R^2=0.11

Прогнозувальну здатність у даній моделі має статистична інтеракція між четвертою групою (виражена обсесивно-компульсивна симптоматика) та плануванням (регресійний коефіцієнт дорівнює -1,85). Тобто, люди, які відрізняються високою здатністю до планування і при цьому не мають обсесивно-компульсивних симптомів, уявлятимуть ідеальний вік для

народження дітей приблизно на рік вищим, ніж референтна група (якщо здатність до планування знаходиться в межах одного стандартного відхилення; максимально висока здатність до планування, що за центрованою шкалою складатиме 3 бали, буде ще виразніше підвищувати ідеальний вік для народження дітей в уявленні респондента). Але якщо в таких людей наявна обсесивно-компульсивна симптоматика, то ідеальний вік для народження дітей навпаки знижується в їхньому уявленні на два роки (і навіть більше, якщо здатність до планування знаходиться в межах трьох стандартних відхилень від центральних значень). Знижена здатність до планування разом з вираженою обсесивно-компульсивною симптоматикою незначною мірою підвищує ідеальний вік для народження дітей в уявленні досліджуваних. І приблизно на один рік знижується ідеальний вік для народження дітей в уявленні тих респондентів, в яких відсутні виражені обсесивно-компульсивні симптоми, а здатність до планування є зниженою порівняно з референтною групою. Тобто, здатність до планування та обсесивно-компульсивні симптоми впливають на життєвий курс протилежним чином, але значення має саме взаємодія цих конструктів всередині одної людини.

Можна сказати, що якою б початково не була здатність до повсякденного планування, при зміщенні масштабу на рівень цілого життя, у контексті прийняття довготривалих відповідальних рішень, обсесивно-компульсивні симптоми вносять дезорганізацію у індивідуальні стратегії планування, змушуючи людину діяти абсолютно іншим чином. Можливо, тут навіть йде мова про різні типи симптомів - обсесії чи компульсії. Людина, що має нормальну здатність до планування, але при цьому через обсесивно-компульсивні симптоми пришвидшує настання важливих життєвих подій, скоріш за все є компульсивною. Тобто, вона має певний життєвий план, але компульсивність не дає їй дотримуватися його. Компульсивність - це поведінка, яку людина не може стримувати, нейробіологічне підгрунтя у неї майже таке саме, як у тіків. Якщо людина стримує компульсії, вона відчуває сильний дискомфорт. І так само з плануванням життя - незважаючи на те, коли людина

запланувала настання певних життєвих подій, вона буде переживати дискомфорт, поки вони не відбудуться. На противагу цьому, людина зі зниженою здатністю до планування, яка відкладає настання важливих життєвих подій, може бути обсесивною. Обсесивність більшою мірою характеризується надмірною увагою до деталей, повільністю та сумнівами. Тож такій людині одночасно складно і планувати події, і дотримуватися плану. Але, на відміну від компульсивної людини, обсесивній людині дискомфорт приносить не «нависання» важливої справи, а безповоротність певного рішення, неможливість його скасувати. І особливо яскраво описані закономірності виявляються саме при плануванні ідеального віку для народження дітей.

Ми також перевірили зв'язок між уявленнями про ідеальний вік для народження дітей і рівнем суб'єктивної задоволеності життям (в статистичній інтеракції з групою досліджуваного) (табл. 2.25).

Таблиця 2.25

Регресійна модель ідеального віку для народження дітей (2)

	Коефіцієнт	**Стандарта похибка (se)**	**t-значення**	**p-значення**	**VIF**
Константа	27.39	0.87	31.43	0.00	
група 2	1.69	1.23	1.38	0.17	1.35
група 3	0.39	1.11	0.35	0.73	1.35
група 4	-0.20	1.06	-0.19	0.85	1.35
благополуччя	0.92	0.84	1.09	0.28	5.92
Інтеракція (група 2: благополуччя)	-1.71	1.25	-1.37	0.18	5.99
Інтеракція (група 3: благополуччя)	-1.15	1.07	-1.07	0.29	5.99
Інтеракція (група 4: благополуччя)	-2.08	1.03	-2.01	0.05	5.99
					R^2=0.12

Отримана регерсійна модель може пояснити близько 12% індивідуальних відмінностей (коефіцієнт детермінації = 0,12), при цьому значення VIF не перевищує 30. Тут прослідковуються взаємозв'язки, подібні до тих, що були в попередній моделі зі здатністю до планування в якості предиктора. Негативна інтеракція між рівнем суб'єктивного благополуччя і 4 групою досліджуваних (виражені обсесивно-компульсивні симптоми) є статистично значущою.

Жоден з предикторів для питання про ідеальний вік виходу на пенсію не виявився статистично значущим, тож ми не включаємо моделі з цією змінною до основної частини тексту.

Висновки до розділу 3

Для перевірки наших теоретичних гіпотез, сформованих на основі прочитаних публікацій з теми особливостей планування життя у дівчат юнацького віку з обсесивно-компульсивними симптомами, ми зібрали репрезентативну вибірку. Отримані емпіричні дані були проаналізовані відповідними методами статистичної обробки. Виявлені закономірності дозволяють точно диференціювати різні типи обсесивно-компульсивних проявів - симптоматичні чи особистісні - та їхній вплив на стратегії життєвого планування. Здатність до планування, в свою чергу, не обмежується в нашому дослідженні лише одним виміром - ми умовно розділяємо його на повсякденне і стратегічне, в залежності від масштабу, і ці види планування також взаємодіють між собою.

Використовуючи дескриптивні статистики, ми отримали уявлення про характер розподілу даних, про типові значення за різними шкалами та типові відхилення від цих значень, а також про варіативність показників. Крім того, ми виявили викиди, тобто ті значення, які значно відрізняються від загальної вибірки. Ми орієнтувалися на результати описових статистик (показники асиметрії та ексцесу), коли приймали рішення про застосування непараметричних критеріїв, адже перевірка на нормальність розподілу

критерієм Шапіро-Уілка та графіки розподілу даних на дають вичерпної картини.

Серед непараметричних критеріїв для обробки даних виділяється ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, за допомогою якого ми аналізували зв'язок між вимірюваними конструктами. Ми виявили, що обсесивно-компульсивні особистісні прояви негативно корелюють з обсесивно-компульсивними симптомами (коефіцієнт кореляції -0,31) і позитивно - зі здатністю до планування (коефіцієнт кореляції 0,54) та суб'єктивним благополуччям (0,13). Обсесивно-компульсивні симптоми, в свою чергу, мають ще більш виражену позитивну кореляцію з суб'єктивним благополуччям (0,34). Планування та суб'єктивне благополуччя також тісно пов'язані між собою - коефіцієнт кореляції дорівнює 0,37.

За результатами по шкалам, що вимірюють обсесивно-компульсивні особистісні прояви та обсесивно-компульсивні симптоми, ми розділили нашу вибірку на 4 групи - контрольну та три клінічних: 1) виражені обсесивно-компульсивні симптоми; 2) виражені обсесивно-компульсивні особистісні прояви; 3) виражені і обсесивно-компульсивні особистісні прояви, і симптоми. Щоб дослідити, чи є між групами різниця за рівнем суб'єктивного благополуччя та здатністю до планування, ми порівняли їх шляхом однофакторного дисперсійного аналізу непараметричного типу (критерій Крускала-Уолліса), де група, до якої належали досліджувані, виступала фактором з чотирма рівнями. Щоб оцінити величину ефекту для знайдених відмінностей, ми використали коефіцієнт епсилон-квадрат. В результаті ми виявили, що між групами за шкалами оцінки рівня суб'єктивного благополуччя та здатності до планування спостерігається статистично значуща різниця із середньою величиною ефекту. Для того, щоб дізнатися, між якими саме групами є різниця в середніх значеннях, ми провели post-hoc тест для попарного порівняння.

Виявлені закономірності знадобилися нам при створенні базової моделі для регресійного аналізу. У якості залежної змінної виступав ідеальний вік для

настання певних ключових подій життя, таких як співжиття з партнером, одруження, народження дітей та вихід на пенсію. Предиктором слугувала група досліджуваного за шкалами різних типів обсесивно-компульсивних проявів. Вік досліджуваного та його результати за шкалами оцінки здатності до планування та рівня суб'єктивного благополуччя опціонально включалися до моделі у якості додаткових предикторів в статистичній інтеракції з групою.

Для ідеального віку співжиття з партнером найбільшу прогнозувальну здатність мала належність респондента до групи, що включала людей з вираженими обсесивно-компульсивними особистісними проявами. Люди, особистість яких має виражені обсесивно-компульсивні риси, схильні були вказувати ідеальний вік для співжиття з партнером на півтора роки нижчим, ніж референтна група. Статистично значущою у регресійній моделі також виявилася здатність до планування - на відміну від обсесивно-компульсивних особистісних проявів, високі показники за цією шкалою знижували ідеальний вік для співжиття з партнером в уявленні респондентів.

Для ідеалального віку одруження ми розробили дві регресійні моделі: з віком ресопндента та з показниками по шкалі здатності до планування в якості додаткових предикторів. За результатами по першій моделі, ми встановили, що досліджувані з вираженими обсесивно-компульсивними симптомами схильні вказувати набагато нижчий ідеальний вік для одруження, ніж референтна група. У другій моделі надзвичайно значущим в прогнозуванні ідеального віку одруження виявився вік респондента: більш дорослі досліджувані вказували вищий ідеальний вік для одруження, ніж референтна група.

Найяскравіше закономірності взаємодії між досліджуваними конструктами виявляються для питання про ідеальний вік народження дітей. Для цього питання ми також створили дві регресійні моделі: перша включала планування у якості додаткового предиктора, а друга - рівень суб'єктивного благополуччя. Інтеракція між здатністю до планування та групою досліджуваного (4, ОК-симптоми) виявилася статистично значущою у першій моделі, до того ж отриманий коефіцієнт був від'ємним. Це означає, що

здатність до планування та обсесивно-компульсивні симптоми чинять протилежний вплив на уявлення індивіда про ідеальний вік народження дітей, але за умови якщо йдеться про їх взаємодію всередині людини. Загалом можна сказати, що наявність обсесивно-компульсивних симптомів дезорганізує уявлення людини про життєвий курс, якою б розвиненою не була здатність до планування. При цьому, в рамках даної моделі можна умовно розділити респондентів на різні типи - обсесивний або компульсивний, в залежності від здатності до планування та наявності/відсутності обсесивно-компульсивних симптомів. В другій моделі простежуються подібні закономірності: була виявлена статистично значуща негативна інтеракція між четвертою групою досліджуваних, що мають обсесивно-компульсивні симптоми, та рівнем суб'єктивного благополуччя.

Для ідеального віку виходу на пенсію обрані предиктори не мали прогнозувальної здатності.

Щоб проаналізувати також нечислові відповіді респондентів на питання про життєвий курс, ми створили таблиці розподілу частот і виявили, яку альтернативу відповіді досліджувані обирали найчастіше для конкретної події. За допомогою лог-лінійного аналізу ми дослідили, чи є зв'язок між певною категорією відповіді та групою досліджуваного, але отримані результати не були статистично значущими.

ВИСНОВКИ

Теорія життєвого циклу допомогає сфокусувати дані соціології, психології, економіки, політології та біології, створюючи дієвий інструмент для пояснення та передбачення людської поведінки. Ритми індивідуального життя, з одного боку, визначаються внутрішніми чинниками, а з іншого є вписаними в широкий соціальний контекст. Розбіжності в стратегіях життєвого планування яскраво проявляються у людей з різними психологічними особливостями. Формування партнерських стосунків, вступ до шлюбу та народження дітей, вихід на пенсію є важливими етапами в житті кожної людини. Вони передбачають набуття нової соціальної ролі, тож потребують ретельного планування. В той же час, люди з обсесивно-компульсивними проявами демонструють специфічні когнітивні дефіцити, які заважають їм здійснювати ефективний тайм-менеджмент і приймати мудрі стратегічні рішення в своєму житті.

Проведене дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

1. Шляхом теоретичного аналізу було виділено два типи планування, які доцільно розглядати в контексті роботи виконавчих функцій мозку у людей з обсесивно-компульсивними проявами. В залежності від типу порушення можуть спостерігатися дефіцити як у плануванні поточних подій у найближчій часовій перспективі, так і у віддаленій життєвій перспективі.

2. Люди з обсесивно-компульсивними особистісними проявами здатні до ефективного планування у віддаленній часовій перспективі, на відміну від тих, у кого спостерігаються его-дистонні обсесивно-компульсивні симптоми. Особливо яскраво ці закономірності проявляються в уявленнях про ідеальний вік для одруження та народження дітей.

3. У групі респондентів з вираженими обсесивно-компульсивними симптомами можна виділити два типи порушень, які впливають на стратегічне планування: обсесивність та компульсивність. Люди обсесивного типу демонструють знижену ефективність планування і схильні відтерміновувати настання важливих життєвих подій. В той же час, люди компульсивного складу, навпаки, здатні до ефективного планування, але їм важко свого плану дотримуватися, і вони пришвидшують настання важливих життєвих подій в своєму уявленні.

4. Вік респондентів значною мірою впливає на визначення ідеального віку для одруження. Цей вплив спостерігається як безпосередньо, так і у взаємодії з обсесивно-компульсивними проявами.

5. Рівень суб’єктивного благополуччя є значущим чинником, що опосередковує зв’язок між наявністю обсесивно-компульсивних симптомів з одного боку і можливими порушеннями процесів планування - з іншого. Зокрема, це стосується уявлень про ідеальний вік для народження дітей.