

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра експериментальної та прикладної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

**«ВИКОНАВЧІ ДИСФУНКЦІЇ І ФЕНОМЕН ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У
ДОРΟΣЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ»**

Освітньо-наукова програма «Нейропсихологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Студента 2 курсу

ОС «Магістр»

спеціальності 053 «Психологія»

Отрох Ірини Сергіївни

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук

Асистент кафедри експериментальної та
прикладної психології Максимчук Марія

Олександрівна

Допустити до захисту в ЕК кафедра
експериментальної та прикладної
психології Протокол № _____ від Завідувач
кафедри: кан.псих.наук, доцент Малишева
Каріне Олегівна _____ (підпис)

Київ 2025

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВИКОНАВЧИХ ДИСФУНКЦІЙ І ФЕНОМЕНУ ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У ДОРΟΣЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	7
1.1. Концептуалізація поняття обсесивно-компульсивного розладу (ОКР)	7
1.2. Теоретичні моделі розуміння ОКР та феномен злиття думок та дій.....	9
1.3. Нейропсихологічне підґрунтя виконавчих дисфункцій при ОКР.....	24
1.4. Теоретичне підґрунтя дослідження виконавчих дисфункцій та.....	26
феномену злиття думок та дій при ОКР	
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОНАВЧИХ ДИСФУНКЦІЙ І ФЕНОМЕНУ ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У ДОРΟΣЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	30
2.1. Організація та проведення дослідження виконавчих дисфункцій і феномену злиття думок та дій у дорослих з ОКР.....	30
2.2. Обґрунтування методичного інструментарію дослідження виконавчих дисфункцій і феномену злиття думок та дій у дорослих з ОКР.....	32
Висновки до розділу 2.....	42
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОНАВЧИХ ДИСФУНКЦІЙ І ФЕНОМЕНУ ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У ДОРΟΣЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	42
3.1. Оцінка психометричних властивостей інструментів виміру виконавчих функцій та феномену злиття думок та дій.....	42

3.2. Описовий аналіз особливостей вибірки за демографічними показниками.....	44
3.3. Описовий аналіз вибірки за результатами опитування.....	45
3.4. Кореляційний аналіз вираженості ОКР та виконавчих дисфункцій....	40
3.5. Дисперсійний аналіз виконавчих дисфункцій та злиття думок і дій.....	50
3.6. Дисперсійний аналіз для повторювальних вимірювань злиття думок і дій.....	56
Висновки до розділу 3.....	58
ОБГОВОРЕННЯ.....	60
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67
ДОДАТКИ.....	73

АНОТАЦІЯ

Дане дослідження спрямоване на вивчення зв'язку між вираженістю симптомів обсесивно-компульсивного розладу (ОКР), виконавчими функціями (ВФ) та феноменом злиття думок і дій. Актуальність дослідження зумовлена недостатньою емпіричною увагою до ролі когнітивних переконань у поясненні виконавчих дисфункцій у контексті ОКР. Метою дослідження було перевірити, чи пов'язане злиття думок і дій із виконавчими дисфункціями, зокрема гнучкістю та контролем. У дослідженні взяли участь 81 особа, які заповнили такі опитувальники: шкалу злиття думок і дій (TAF-R), шкалу виконавчих функцій (ESQ), шкалу оцінки симптомів ОКР (CY-BOCS) та тест Струпа. Для обробки даних застосовано описовий аналіз, кореляційний аналіз (r-Пірсона), багатовимірний дисперсійний аналіз (MANOVA) та аналіз повторювальних вимірювань (Repeated Measures ANOVA). Результати показали, що симптоми ОКР корелювали з окремими виконавчими функціями, злиття власних думок суттєво передбачало виконавчі дисфункції, особливо у метакогніціях та когнітивній гнучкості. Новизна дослідження полягає у вивченні ролі специфічних типів злиття думок та дій як предиктора виконавчої дисфункції при ОКР.

Ключові слова: обсесивно-компульсивний розлад, виконавчі дисфункції, злиття думок і дій.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є хронічним психічним розладом, що характеризується нав'язливими думками (обсесіями) та/або ритуальними діями (компульсіями), які істотно порушують функціонування індивіда. Упродовж останніх десятиліть увага дослідників зосереджена не лише на клінічній симптоматиці ОКР, а й на факторах, які можуть лежати в його основі. Одним із таких механізмів визначається порушення виконавчих функцій, що забезпечують зокрема гнучкість, саморегуляцію та контроль над діями. Особливе значення має вивчення феномену злиття думок і дій («thought-action fusion») – когнітивного упередження, за якого сама наявність думки розглядається як рівнозначна її реалізації. Попри те, що цей феномен є досить добре дослідженим компонентом когнітивної моделі ОКР, залишається недостатньо вивченим його зв'язок із нейропсихологічними показниками, зокрема виконавчими дисфункціями. Таким чином, дослідження виконавчих дисфункцій у взаємозв'язку з феноменом злиття думок і дій дозволяє поглибити розуміння патогенезу ОКР.

Дане дослідження ґрунтується на двох ключових теоретичних підходах: когнітивному, запропонованому Робочою групою з обсесивно-компульсивних когніцій (ОССWG, 1997), та нейропсихологічній моделі виконавчого функціонування при ОКР, яку обґрунтували Abramovitch з колегами (2013).

Об'єкт дослідження: виконавчі функції.

Предмет дослідження: виконавчі функції при обсесивно-компульсивному розладі.

Мета дослідження: дослідження виконавчих функцій та феномену злиття думок та дій у осіб з обсесивно-компульсивним розладом.

Завдання дослідження:

- 1) Теоретично проаналізувати підходи до розуміння виконавчих дисфункцій при obsесивно-компульсивному розладі.
- 2) Здійснити переклад та перевірку надійності опитувальника виконавчих навичок для дорослих («Executive Skills Questionnaire – Adult Version») з метою оцінки виконавчих функцій.
- 3) Здійснити переклад та перевірку надійності шкали злиття думок та дій («Thought Action Fusion Scale-Revised»).
- 4) Емпірично дослідити та описати профіль виконавчих функцій осіб з ОКР.
- 5) Емпірично дослідити зв'язок виконавчих функцій з феноменом злиття думок та дій у осіб з ОКР.

Дослідницькі питання:

- (1) Чи пов'язана вираженість симптомів obsесивно-компульсивного розладу з порушеннями виконавчих функцій?
- (2) Чи існує зв'язок між феноменом злиття думок і дій та порушеннями виконавчих функцій (зокрема когнітивної гнучкості та контролю) у осіб з ОКР? Чи сприймають особи з ОКР власні думки як більш значущі й небезпечні порівняно з іншими людьми

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВИКОНАВЧИХ ДИСФУНКЦІЙ І ФЕНОМЕНУ ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У ДОРΟΣЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

1.1. Концептуалізація поняття обсесивно-компульсивного розладу (ОКР)

Обсесивно-компульсивний розлад (далі – ОКР) – це психічний стан, що характеризується постійними, нав'язливими та небажаними думками, спонуканнями або образами (нав'язливі ідеї) та/або повторюваною поведінкою чи психічними діями (компульсії), які виконуються з метою зменшення тривоги та дистресу або дотримання жорстких правил (APA, 2013). Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (далі – МКХ-11), ОКР відноситься до широкої категорії обсесивно-компульсивних і споріднених розладів, які визначаються наявністю повторюваних думок і поведінки (ВООЗ, 2019). У той час як обидві системи класифікації акцентуються на компульсивному характері розладу, DSM-5 скоріше підкреслює роль зменшення дистресу, тоді як МКХ-11 приділяє більшу увагу повторюваній природі симптомів пов'язаних розладів. Таким чином, сучасна концептуалізація ОКР підкреслює автономність цього розладу та його складну клінічну структуру.

Еволюція уявлень про ОКР відобразилася в численних теоретичних підходах до його розуміння. Ранні концептуалізації обсесивно-компульсивного розладу відображали переважаючі психологічні теорії які панували у відповідних історичних періодах: його визначали як розлад сили волі та моральної слабкості, відображаючи погляди XIX-го століття на психічні розлади (Esquirol, 1838; Janet, 1903); Фрейдистська теорія (1926) пов'язувала ОКР із несвідомими конфліктами та витісненнями, тому в DSM-I та DSM-II визначення ОКР ґрунтувалося на психодинамічній моделі.

Незважаючи на те, що в DSM-III обсессивно-компульсивний розлад пов'язувався з іншими тривожними розладами, пізніше (за часів актуальності DSM-4) Hollander (1996) запропонував теорію ОКР-спектру та запропонував розділити розлад від інших тривожних розладів (що в подальшому було реалізовано в МКХ-10). Його теорія ґрунтувалася на ідеї, що континуум компульсивність-імпульсивність є важливою основою для розуміння спектру ОКР. На компульсивному кінці континууму розташовувалися розлади що характеризуються уникненням ризику та небезпеки. На протилежному, імпульсивному, були розлади характерними для яких є імпульсивна та ризикована поведінка або пошук задоволення. Обсессивно-компульсивний розлад Hollander (1996) відніс до компульсивного континууму. Однак ця теорія в подальшому була піддана критиці, наприклад, Abramowitz (2018) описав кілька обмежень теорії Hollander та дійшов висновку, що ОКР краще пов'язується із тривожними розладами (між нав'язливими думками, що посилюють дистрес, і нейтралізуючою функцією компульсивної поведінки). Abramowitz та Jacoby (2014) стверджували, що континуум компульсивність-імпульсивність базується на схожості повторюваної поведінки, що спостерігається в передбачуваних умовах спектру, які, знову таки, є поверхневими.

У межах сучасних психіатричних класифікацій обсессивно-компульсивний розлад отримав окремий статус, що відображає його специфічні клінічні характеристики. В останньому виданні DSM-5-TR (APA, 2022) ОКР виокремлений в окремий розділ «Обсессивно-компульсивні та споріднені розлади», що демонструє його відмінність від тривожних розладів, з якими він раніше класифікувався. В оновленій редакції були внесені уточнення у формулюванні нав'язливих ідей і дій; термін «імпульс» («*impulse*») замінило «потяг» («*urge*») в описі нав'язливих ідей. Термін «невідповідне/недоречне» («*inappropriate*»), який використовувався для опису змісту нав'язливих думок, було замінено на «небажане» (Tolin, 2023). Крім того,

варіабельність інсайту було краще деталізовано за допомогою порядкових таких категорій: «*With good or fair insight; With poor insight; With absent insight/delusional beliefs*» (APA, 2022).

Аналогічно, в Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (WHO, 2022) ОКР також розглядається як окрема нозологічна одиниця. Основними критеріями діагностики виступають наявність нав'язливих думок (обсесій) та/або повторюваних дій (компульсій), що викликають дистрес або функціональні обмеження. Загалом це відображає зростаючий консенсус психіатричної спільноти щодо клінічної картини розладу.

Таким чином, сучасні підходи розглядають ОКР як мультифакторне явище, що формується внаслідок взаємодії біологічних (нейроанатомічних і нейрохімічних), психологічних (когнітивних спотворень) та соціальних чинників (Abramowitz et al., 2009; Stein et al., 2019).

1.2. Теоретичні моделі розуміння ОКР та феномен злиття думок та дій

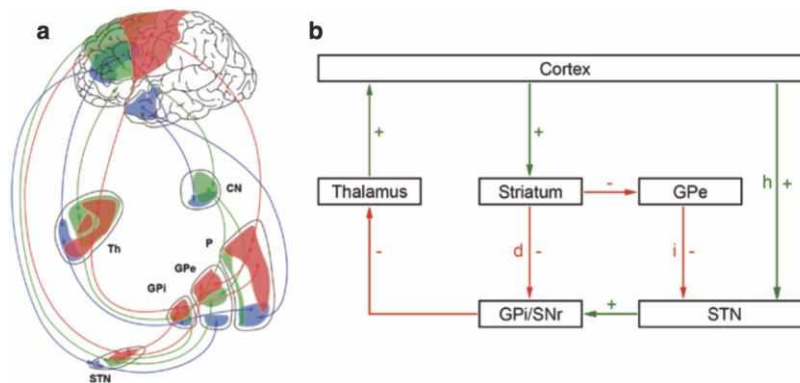
Нейроанатомічні моделі

Попри те що серед науковців актуальними лишаються дискусії щодо того, чи нав'язливі ідеї самостійно викликають компульсивні дії, чи ці симптоми виникають незалежно одне від одного загальновизнаним залишається їх взаємозв'язок. Деякі моделі (наприклад Salkovskis, 1999) припускають, що компульсії виникають для нейтралізації дистресу викликаного обсесіями, тоді як інші (Gillan & Robbins, 2014) припускають, що компульсії можуть розвиватися більш незалежно, майже як звички. Однак більшість вчених все ж приходять до спільної точки зору та погоджуються з тим, що нав'язливі ідеї та дії взаємопов'язані, в першу чергу через механізми тривоги та уникнення, що досить вичерпно описують нейроанатомічні та нейропсихологічні моделі (Giramita & Gillan, 2021).

Традиційні нейробіологічні моделі obsесивно-компульсивного розладу переважно зосереджені на кортико-смуғасто-таламо-кортикальному (CSTC) шляху, що бере участь у регуляції моторних та когнітивних процесів (Stein et al., 2019). Зокрема зазначається, що OFC-смуғастий шлях безпосередньо залучений до надмірного занепокоєння та ритуальної поведінки, що свідчить про те, що нерегульована активність OFC може сприяти стійкості компульсій, навіть якщо вони не є адаптивними (Fineberg et al., 2018).

Рисунок 1

Кортико-смуғасто-таламо-кортикальна модель ОКР (CSTC)

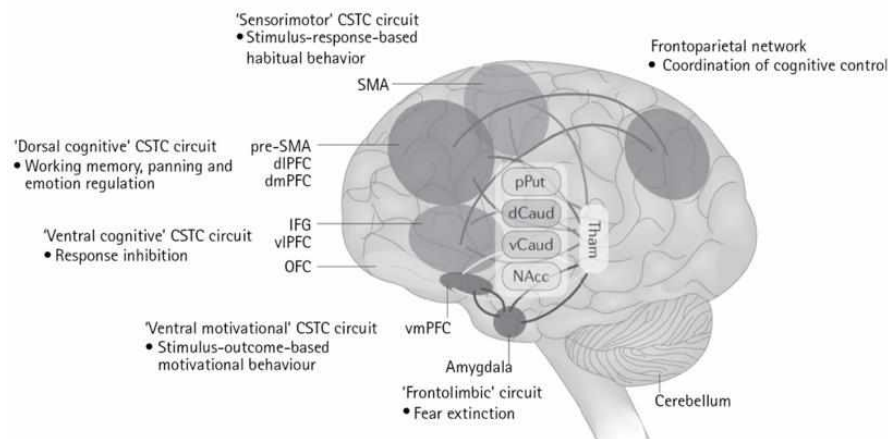


Попри те що модель CSTC була досить широко прийнята в науковій спільноті, сучасні погляди визначають її як занадто спрощений погляд на ОКР як на єдиний розлад. Наприклад, одним з ведучих тому аргументів висунули Gillan з колегами (2014) які зазначили, що різні підтипи ОКР (наприклад, постійна перевірка та страх зараження) включають різні нейронні механізми, проте моделі засновані на CSTC не враховують дану неоднорідність. Тому сучасні перспективи пропонують досліджувати більш складну та багатоконтурну парадигму, яка враховує ширші нейронні мережі пов'язані з obsесивно-компульсивною симптоматикою, що підтверджується даними нейровізуалізаційних досліджень із базуванням на більш складній методології аналізу нейронних мереж (Fineberg et al., 2018).

Прагнучи об'єднати актуальні результати досліджень, van den Heuvel з колегами (2016) запропонували оновлену багатомережеву модель, яка розширює розуміння пов'язаних з ОКР мережійних дисфункцій (див. рис. 2).

Рисунок 2

ОКР модель за van den Heuvel (2016)



Запропонована модель описує дисфункції не лише у CSTC-контурах, але також і в інших мережах мозку: сенсомоторній, мотиваційній, когнітивній та фронтолімбичній (Tolin, 2023). Сенсомоторний контур відповідає за автоматичні дії та звичкову поведінку, тому його порушення може сприяти розвитку компульсій (Fineberg et al., 2018). Вентральний мотиваційний контур регулює обробку винагороди та уникнення негативних подій, а його дисфункція асоційована з тенденцією до надмірного уникнення (Tolin, 2023). Дорсальний когнітивний контур підтримує виконавчі функції, порушення яких зумовлюють ригідність мислення і труднощі когнітивної гнучкості при ОКР (Ahmari & Rauch, 2022). Дисфункція вентрального когнітивного контуру проявляється у труднощах гальмування реакцій і контролю нав'язливих думок (Fineberg et al., 2018), тоді як порушення фронтолімбичного контуру сприяє гіпертрофованій тривожності та перебільшеному сприйняттю загроз (Ahmari & Rauch, 2022).

Однак, причинно-наслідкові механізми корелят виникнення симптомів ОКР все ще лишається недостатньо дослідженими. В даному контексті Ahmari та Rauch (2022)

вказують, що хоча нейровізуалізаційні дослідження можуть виявити аномальні моделі активації, проте вони не можуть розрізнити чи є ці дисфункції основними причинами ОКР чи компенсаторними механізмами на сам розлад. Це піднімає важливе питання: чи є ці нейронні відмінності джерелом ОКР, чи вони виникають в результаті повторюваної компульсивної поведінки з часом?

Примітно, що нещодавні дослідження підкреслили роль мережі режиму за замовчуванням (DMN) що була пов'язана з симптоматикою ОКР, яка залишається гіперактивною та потенційно сприяє надмірній самореферентній обробці та нав'язливим думкам (Casale et al., 2011). Більше того, порушення зв'язку DMN із областями виконавчого контролю, такими як дорсолатеральна префронтальна кора (DLPFC), були причетні до порушення когнітивної гнучкості (Zhou et al., 2020), а деякі нещодавні дослідження (Harrison et al., 2021) показують, що надмірна активність у DMN у поєднанні з недостатньою активністю в лобно-тім'яній мережі може пояснити труднощі когнітивного контролю у пацієнтів з ОКР. Ці висновки відкривають досить цікаві наукові перспективи для дослідження ОКР в контексті основних нейромереж мозку та здатні доповнити багатомережеву модель ОКР.

Емпіричні дослідження демонструють, що орбітофронтальна кора (OFC) займає провідну роль у виявленні помилок і моніторингу функціональної ефективності, які є важливими перш за все для прийняття рішень і поведінкової регуляції. Цю область часто описують як «систему виявлення помилок» мозку через її участь у виявленні розбіжностей або потенційних помилок (Casale et al., 2011). Іншими словами, при виявленні помилки OFC активує поясну звинув, що створює відчуття занепокоєння доки не буде виконано відповідну коригувальну дію (Schwartz, 1998). Дані свідчать що в осіб з ОКР гіперактивність OFC і передньої поясної кори (ACC) пов'язана з постійними сигналами помилок, підвищеною невпевненістю та компульсивною

поведінкою. Ця дисфункція може пояснити відчуття «просто не правильно», про яке зазвичай повідомляють пацієнти з ОКР, де навіть незначні розбіжності викликають надмірне занепокоєння та ритуальну – дана теза підсилюється зокрема нейровізуалізаційними дослідженнями Ahmari & Rauch (2022).

Разом з тим, одне з основних обмежень даної тези полягає в тому, що не у всіх осіб з описаними проявами розвивається obsесивно-компульсивна симптоматика. Тому навіть об'єктивно оцінюючи прогрес у нейровізуалізаційних дослідженнях, варто окреслити і певні обмеження описаних нейробіологічних моделей. Перш за все – функціональна візуалізація не надає безпосередньо прямого розуміння причинно-наслідкових механізмів: спостережувана гіперактивність у певних ділянках мозку не обов'язково пояснює динамічні взаємодії, що лежать в основі патології ОКР, оскільки ці результати не розрізняють первинні дисфункції та компенсаторні механізми (Ahmari & Rauch, 2022). Крім того, нейронні шляхи що задіяні в ОКР є дуже неспецифічними, в більшості випадків цілком збігаючись із тими що беруть участь в інших тривожних та інших коморбідних психічних розладах.

Крім того, когнітивно-поведінкова школа (як це буде показано далі в огляді) стверджує, що симптоми ОКР виникають радше через дезадаптивні когнітивні оцінки, а не виключно через нейронні дисфункції (наприклад Salkovskis, 1999). Якби виключно нейробіологічне пояснення було достатнім, чому когнітивна терапія працює настільки ефективно в лікуванні симптомів ОКР без прямих функціональних змін мозку?

Нейрохімічні моделі

Попередні дослідження повідомляли про причетність до модуляції компульсивної поведінки та когнітивної ригідності серотонінергічної та глутаматергічної систем, хоча актуальне положення даної тези лишається дискутованим зокрема через суперечності в емпіричних висновках (Fineberg et al., 2018).

Досить широко обговорюваною лишається на сьогодні гіпотеза про глутаматергічну дисфункцію, зокрема вказуються на підвищені рівні глутамату що призводить до порушення гальмівного контролю (Biria et al., 2023) та порушенням моніторингу помилок (Graat et al., 2017). Разом з тим, глутаматергічна дисфункція все ще залишається суперечною, дослідження не сходяться в єдиних емпіричних висновках щодо значних відмінностей глутамату серед пацієнтів з ОКР (Fitzgerald та ін., 2019). Лишається незрозумілим і те, чи є дисфункція глутамату причиною або наслідком компульсій. Врешті решт, подібні аномалії виникають і при інших коморбідних психічних розладах, зокрема при тривожних (Pauls et al., 2014).

Серотонінергічна гіпотеза (5-НТ) також пов'язується зі впливом на контроль імпульсів та компульсивність. Наприклад, мета-аналіз Pastre et al. (2025) продемонстрував знижену концентрацію транспортеру серотоніну у областях які традиційно пов'язуються з ОКР, що підтверджує тезу про те що дана дисфункція може сприяти дисрегуляції CSTC, підвищуючи інтенсивність obsesій та компульсій. Однак причинно-наслідковий зв'язок серотонінергічної дисфункції залишається нез'ясованим, оскільки компенсаторні зміни в серотоніновій сигналізації можуть виникати вторинно по відношенню до хронічної нейронної гіперактивності, а не бути основним патологічним предиктором симптомтики ОКР (Pastre et al., 2025). Подальші докази пов'язували серотонін з когнітивною гнучкістю, зокрема Luo з колегами (2024) припустили, що серотонінергічна модуляція впливає на адаптивність поведінки, повторення вибору та швидкість навчання з підкріпленням, посилюючи її роль у формуванні звичної поведінки.

Однак якби дисфункція серотоніну була основною причиною, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну мали б бути універсально ефективними, проте актуальне положення таке що у більшості пацієнтів з ОКР спостерігається

часткова або взагалі відсутність відповіді на СІЗС (Fineberg et al., 2018). Ймовірно це свідчить про те, що інші системи нейромедіаторів мають однаково важливу роль в механізмах розвитку ОКР.

Когнітивні моделі

Більшість осіб з ОКР усвідомлюють, що їхні страхи та поведінка є ірраціональними, проте наполегливо продовжують намагатися запобігти передбачуваній небезпеці. Наприклад, один пацієнт уникав проїжджати повз аварію, боячись заразитися сказом. Інша пацієнтка боялася, що слово «смерть» збільшує ймовірність того, що вона помре найближчим часом. Більшість з них повідомляли про розуміння того що їхні страхи та поведінка ірраціональні, разом з тим вони продовжували виконувати ритуали та демонстрували поведінку уникання, щоб запобігти очікуваному ними результату. Когнітивні моделі ОКР мають на меті пояснити цей парадокс, підкреслюючи, як дисфункціональні переконання та когнітивні упередження здатні підтримувати розлад. Ці моделі, як правило, поділяються на дві категорії: моделі дефіциту, які приписують ОКР нейробиологічній дисфункції що впливають на когнітивну обробку, і моделі, засновані на когнітивній оцінці які пропонують тезу про те, що симптоми ОКР виникають через дезадаптивні моделі мислення та викривлене тлумачення нав'язливих думок (Tolin, 2023).

Ранні теорії, такі як двофакторна модель Mowrer's (1939), припускали що поведінка ОКР розвивається через класичне та оперантне обумовлення. Згідно з цією моделлю, певні стимули асоціюються з тривогою (класичне обумовлення), а компульсії розвиваються як спосіб зменшити дистрес (оперантне обумовлення). Полегшення, яке надають ці компульсії, лише закріплює поведінку, підвищуючи ймовірність її повторення в подальшому. Хоча ця модель пояснює стійкість компульсій, однак вона не пояснює походження нав'язливих думок. Таке суттєве обмеження в розумінні розладу

призвело до розробки когнітивних теорій, які акцентували саме на дезадаптивних процесах мислення, а не на суто поведінковому навчанні

Salkovskis (1985) розширив теорію Mowrer's представивши когнітивно-поведінкову модель яка підкреслює роль завищеної відповідальності. Він підкреслив важливу різницю між індивідами з ОКР та особами без даного розладу: вони сприймають тривожні нав'язливі думки як особисто надважливі та небезпечні. Іншими словами, у людини без ОКР може виникнути мимовільна думка про те, що вона випадково залишить увімкненою плиту, тоді як людина з ОКР може сприймати цю думку як реальну загрозу, вважаючи, що якщо не перевірити плиту кілька разів, вона стане відповідальною за пожежу. Як наслідок, ці перебільшені оцінки призводять до компульсивної поведінки, спрямованої на нейтралізацію передбачуваної небезпеки, тим самим лише посилюючи цикл ОКР.

Спираючись на ці ідеї Rachman (1997) ввів концепцію катастрофічного неправильного тлумачення думок. Він припустив, що люди з ОКР не просто відчують нав'язливі думки, але надають їм перебільшене значення. Наприклад, людина, яка має нав'язливу думку про те, щоб завдати шкоди близькій людині, може припустити, що така думка означає, що вона небезпечна, що призводить до надсильного стресу та поведінки уникнення. Це надмірне тлумачення думок сприяє виникненню компульсій, оскільки індивіди намагаються придушити або протидіяти їм за допомогою ритуалів, пошуку запевнення або уникнення.

Базуючись на описаних вище принципах, Робоча група з obsесивно-компульсивних когніцій (OCCWG) удосконалила когнітивні моделі, у висновку визначивши три основні дисфункціональні сфери переконань, які сприяють ОКР.

Першою сферою дисфункціональних переконань було визначено завищену відповідальність і переоцінку загрози. Люди з ОКР часто вважають, що вони мають

унікальне зобов'язання запобігати небезпекам, при тому що бездіяльність буде призводити до ще більших катастрофічних наслідків. Як ілюстрація тому – людина з ОКР вірить в наступну тезу: «Якщо я не вимию руки рівно шість разів, я можу заразити бактеріями всю свою родину». Подібним чином людина яка демонструє компульсивну поведінку вірить: «Якщо я не перевірю двері шість разів, грабіжник увірветься, обкраде мою родину і це буде виключно моя провина». Саме тому подібне надмірне почуття відповідальності спонукає до компульсивної поведінки, яка лише посилюється з часом. Іншими словами, причиною obsесивно-компульсивної симптоматики є завищене почуття відповідальності та центрованості.

Із завищеною відповідальністю тісно пов'язана переоцінка загрози, яка передбачає перебільшене сприйняття небезпеки та особистої вразливості (Moritz & Pohl, 2009; OCCWG, 1997). Як і у випадку з іншими дезадаптивними переконаннями, поведінка уникнення та компульсії підсилюють сприйняття загрози, не надаючи можливості здійснити перевірку фактів (своїх страхів). Як ілюстрація тому – людина яка компульсивно мие руки щоб уникнути зараження не має можливості перевірити, чи дійсно дотик до дверної ручки обов'язково призведе до хвороби. Разом ці дисфункціональні переконання створюють цикл, у якому люди відчують нагальну потребу нейтралізувати або придушити нав'язливі думки, посилюючи компульсії та посилюючи симптоми ОКР.

Друга сфера – це перфекціонізм і непереносимість невизначеності. Особам з ОКР потрібно відчувати абсолютну впевненість перед прийняттям рішень або виконанням особисто важливих завдань. На поведінковому рівні це може проявлятися в надмірній перевірці, коли особа неодноразово перевіряє чи замкнула вона двері або вимкнула прилади, відчуючи страх, що навіть найменший сумнів означає, що вона не змогла запобігти катастрофі. Наприклад, це цілком типова думка: «Якщо я не перевірю

плиту рівно шість разів, є шанс, що вона залишиться увімкненою, і будинок може згоріти». Або ж у випадках симетрії або впорядкованого ОКР людина може відчувати сильний дистрес якщо об'єкти не ідеально вирівняні або розташовані певним чином, вважаючи, що «Якщо мої книги розташовані не симетрично, станеться щось погане».

Непереносимість до невизначеності (НН) є ще одним з основних факторів розвитку та стійкості ОКР (OCCWG, 1997) та відноситься до схильності відчувати інтенсивні страждання, стикаючись з непередбачуваними або неоднозначними ситуаціями; люди вірять в те що невизначеність є за своєю суттю небезпечною і її слід уникати будь-якою ціною (Boswell, Thompson-Hollands, Farchione, & Barlow, 2013); оскільки нав'язливі думки зазвичай пов'язані з невизначеністю щодо катастрофічних перспектив, компульсивні дії є цілеспрямованими спробами зменшити цю невизначеність (APA, 2013); допоки ця абсолютна впевненість не досягнеться, людина буде стійко вірити в те що ефективно функціонувати в неоднозначних обставинах неможливо (OCCWG, 1997). Як ілюстрація цьому є наступне переконання: «Якщо я не перевірю чи замкнув двері, можливо, я залишив їх відчиненими, і це може призвести до злому. Мені потрібно бути на 100% впевненим», а відсутність перевірки може призвести до катастрофічного результату. Проте дослідження показують, що надмірна перевірка не дає тривалого заспокоєння; натомість це може з часом посилити невизначеність (Boschen & Vuksanovic, 2007; Dek, van den Hout, Giele & Engelhard, 2010). Таким чином людина потрапляє в замкнутий цикл: чим більше вона перевіряє, тим більше починає сумніватися у власній пам'яті, тим самим посилюючи цикл компульсивної поведінки.

Феномен злиття думок та дій («thought-action fusion»)

Третью сферою переконань, визначеною OCCWG, є надмірна потреба в контролі власних думок, що часто походить від викривленого розуміння зв'язку між думками та

діями. Часто у осіб з ОКР спостерігається таке переконання, як от «якщо я лише подумаю про цю подію – я збільшу її ймовірність», тобто тут мова йде про таке відоме явище при ОКР як злиття думок і дій, що обговорювалося в ранніх когнітивних моделях Salkovskis (1985) і Rachman (1997) які припустили, що люди з ОКР змішують думки з реальністю, що призводить до когнітивних викривлень, які термінологічно позначаються в літературі як «злиття думки та дії» («thought-action fusion», далі по тексту мовою оригіналу – «TAF»). Даний феномен відноситься до помилкової віри в те, що думки морально еквівалентні діям або що просте мислення про подію збільшує її ймовірність (Rachman, 1993; Salkovskis, 1985). Це упередження проявляється двома основними способами: по-перше, люди можуть вірити, що наявність аморальних думок еквівалентно відповідним діям, і по-друге, вони можуть припускати, що просте мислення про негативну подію збільшує ймовірність її появи (Rachman, 1993; Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996). Наприклад, людина може вірити: «Якщо я думаю про те щоб заподіяти комусь шкоду це означає, що я хочу це зробити», що ілюструє спотворену логіку злиття думок і дій та призводить відчуття потреби нейтралізувати думку.

Цей тип дисфункціональної оцінки тісно пов'язаний із завищеною відповідальністю, оскільки індивіда відчувають нагальну потребу придушити або нейтралізувати такі думки, щоб запобігти уявним наслідкам (Rachman et al., 1995; Shafran & Rachman, 2004). Основною проблемою яка значно впливає на повсякденне життя індивіда є віра в те, при виникненні нав'язливих думок людина відчуває дуже інтенсивну потребу нейтралізувати їх, а неможливість придушити ці думки лише посилює страждання, тим самим підсилюючи компульсивний цикл.

Емпіричні дані підтверджують тісний зв'язок між рівнем вираженості злиття думок та дій і симптомами ОКР. Зокрема, загальні бали за шкалою та її підшкалами

виявляють позитивні кореляції з тяжкістю obsесивно-компульсивних симптомів (Berle & Starcevic, 2005; Shafran & Rachman, 2004). Найсильніші зв'язки виявлено між симптомами ОКР та злиття думок та дій щодо власних думок, що підкреслює роль сприйняття думок як чинників ризику у підтриманні тривоги та компульсивної поведінки. Цікаво, що злиття думок та дій, ймовірно, поширюється на позитивні перспективи, оскільки особи з вираженими симптомами ОКР також частіше, ніж інші, вірять, що їхні думки можуть запобігти шкоді, яка може спіткати інших людей (Amir et al., 2001).

Вивчення поведінкових парадигм додатково ілюструє механізми формування злиття думок та дій. Зокрема, експериментальні завдання, у яких учасникам пропонували створювати аморальні висловлювання або контролювати думки про нейтральні об'єкти, продемонстрували, що лише факт наявності думок про негативні події викликає значне підвищення тривожності, відчуття провини та прагнення до нейтралізації думок (Rachman et al., 1996; Berman et al., 2011; Rassin et al., 1999). Відповідно, ці когнітивні переконання стимулюють формування ритуалів або поведінки уникання, що спрямована на зменшення уявного ризику або морального самозасудження.

Окремої уваги заслуговує питання сприйняття власних думок у порівнянні з думками інших людей. Дослідження демонструють, що особи з ОКР оцінюють власні нав'язливі думки як більш небезпечні, морально неприйнятні та здатні спричинити шкоду у порівнянні з думками, які стосуються інших осіб. Така тенденція свідчить про персоналізацію ризику та моральної відповідальності, що посилює внутрішній дистрес та зміцнює цикл obsесій і компульсій (Amir et al., 2001; Shafran & Rachman, 2004).

У дослідженні Rassin, Merckelbach, Muris і Spaan (1999) учасникам було повідомлено, що їхні думки можуть вплинути на інших: кожного разу, коли вони

думають про слово «яблуко», людині в іншій кімнаті буде завдано незначного електричного удару. Учасники могли запобігти удару, натиснувши кнопку після виникнення думки. Результати показали, що ті учасники, які вважали свої думки потенційно небезпечними, частіше переживали нав'язливі думки, відчували вищий рівень тривожності та докладали більше зусиль їх контролю. Вони також повідомляли про сильніше почуття відповідальності та провини. Таким чином, це дослідження продемонструвало, що активація переконань, пов'язаних із злиттям думок і дій, може призводити до посилення нав'язливого мислення та формування компенсаторної поведінки, що є характерним для патогенезу obsесивно-компульсивного розладу.

Водночас подібна порушення когнітивної гнучкості, нездатність ефективно гальмувати небажані думки та прагнення до надмірного контролю над ними – вказують на можливий зв'язок між феноменом злиття думок та дій і виконавчими дисфункціями при ОКР, зокрема порушенням когнітивної гнучкості та гальмівного контролю.

Порушення гальмівного контролю, як ключовий компонент виконавчих функцій, також може мати роль у підтриманні злиття думок та дій, оскільки порушення інгібіторних механізмів призводить до труднощів у пригніченні нав'язливих думок, що унеможлиблює відсторонення від тривожних когнітивних циклів і сприяє їхньому стійкому закріпленню. Порушення гальмівного контролю підсилює суб'єктивне відчуття небезпеки думок і моральної відповідальності за їх наявність, що, у свою чергу, стимулює розвиток поведінки нейтралізації та компульсій.

Крім того, дисфункції метакогніції – процесів, що забезпечують оцінку і регуляцію власної когнітивної активності – можуть сприяти неправильній інтерпретації думок як небезпечних або загрозливих. Нездатність адекватно оцінювати природу і значення власних думок підвищує їхню психологічну вагу та ускладнює процес когнітивної декатастрофізації.

Звідси виходить, що феномен злиття думок та дій можна розглядати не лише як когнітивне викривлення, але і як прояв виконавчої дисфункції, що сприяє закріпленню нав'язливих думок та підтриманню obsесивно-компульсивного циклу.

Отже, як було показано в літературному огляді, когнітивні моделі припускають, що obsесивна тривога виникає саме через дисфункціональні переконання, до яких в подальшому додається виконання компульсій з метою зменшити дистрес і запобігти очікуваним наслідкам, що зрештою посилює цикл ОКР (Abramowitz, 2006; Gillan & Robbins, 2014). У той час як нав'язливі думки трапляються серед нормотипових осіб в цілому, індивіди з ОКР надають їм перебільшеного значення, що врешті решт призводить до дистресу та компульсивної поведінки (Rachman, 1998; Salkovskis, 1989).

На сьогодні когнітивні моделі надають цілком вичерпне розуміння циклу ОКР та активно застосовуються в психотерапевтичних процесах, наприклад вона дуже вплинула на формування когнітивно-поведінкової терапії яка залишається найефективнішим методом лікування ОКР (Öst et al., 2015). Разом з тим, на сьогодні в науковій спільності існує твердження про те що когнітивна модель надто спрощує комплексність ОКР, зосереджуючись насамперед на дезадаптивних оцінках (не у всіх осіб з дисфункціональними переконаннями розвивається ОКР), цілком очевидно недооцінюючи роль інших факторів.

Наприклад нейробіологічна лінія критики ставить під сумнів достатність когнітивних пояснень, висвітлюючи структурні та функціональні аномалії (як вже розглянута раніше багатомережева модель van den Heuvel). Звідси виходить, що компульсії можуть бути результатом, принаймні частково, дисфункціональних нейронних процесів, а не суто когнітивних помилкових інтерпретацій. Крім того, експериментальні дослідження формування звичок показують, що компульсивна поведінка може стати автоматичною з часом, незалежно від усвідомлених оцінок (Gillan

et al., 2014). Якщо компульсії зберігаються через обумовлене підкріплення, а не помилкові переконання, це ставить під сумнів припущення про те, що для лікування достатньо лише модифікації когнітивних викривлень. Це ставить під сумнів припущення про те, що когнітивні неправильні інтерпретації є основною причиною компульсій, а не наслідком повторного поведінкового підкріплення.

Інша лінія критики полягає в тому, що когнітивні моделі часто не можуть пояснити гетерогенність ОКР (Abramowitz та ін., 2009). У той час як переконання, такі як завищена відповідальність і злиття думки та дії, чітко передбачають нав'язливі ідеї, пов'язані зі шкодою (наприклад, страх спричинити нещасний випадок), вони менш актуальні для інших підтипів ОКР, таких як компульсії на основі забруднення або накопичення (Tolin et al., 2023). Крім того, деякі дослідження показують, що певні когнітивні викривлення, такі як нетерпимість до невизначеності, є більш прогностичними для генералізованого тривожного розладу (ГТР), ніж ОКР, що викликає занепокоєння щодо специфіки цих конструкцій в рамках obsesивно-компульсивної патології (Holaway et al., 2006).

Більше того, незважаючи на те, що когнітивно-поведінкова терапія вважається першою лінією в процесі лікування осіб з ОКР, існує значущий статистичний показник осіб які не реагують на когнітивний компонент терапії (Gillan & Robbins, 2014; Jalal et al., 2023).

Отже, як було показано в процесі літературного огляду основних моделей, ці теорії мають дещо фрагментарний характер і не розкривають повноцінної картини всіх можливих факторів які служать преддикторами виникнення ОКР. Зважаючи на сказане вище, на сьогодні наукова спільнота потребує додаткових досліджень які б розкрили те, як когнітивні викривлення узгоджуються з нейробіологічними механізмами, тим самим сприяючи створенню більш удосконаленої модель розуміння ОКР.

1.3. Нейропсихологічне підґрунтя виконавчих дисфункцій при ОКР

Як вже згадувалося раніше, дослідження функціональної нейровізуалізації забезпечили основу на якій будуються подальші нейропсихологічні дослідження. Однак значною проблемою в нейропсихологічному розумінні ОКР є суперечливість у результатах та невдалі спроби досягти загального консенсусу щодо нейропсихологічного профілю ОКР (Abramovitch et al., 2015; 2013). Наразі такі суперечності, ймовірно, пояснюються неоднорідністю ОКР, що ускладнює розуміння його нейропсихологічних конструктів (McKay et al., 2004). Результати метааналізу, проведеного Abramovitch et al. (2013), показали, що особи з ОКР демонструють значно гірші результати, ніж здорові люди контрольної групи, у шести когнітивних доменах, а саме: увага, пам'ять, робоча пам'ять, виконавчі функції, візуально-просторові навички та швидкість обробки інформації. Такі результати були отримані шляхом об'єднання 115 досліджень.

Проте існуючі результати зокрема підкреслюють роль виконавчої дисфункції (далі – ВФ) як первинної, наприклад у випадку порушення невербальної пам'яті існують пояснення порушення виконавчих функцій, залученими до процесу кодування (Abramovitch et al., 2013). Це було додатково підтверджено Kohli з колегами (2015), які зробили аналогічний висновок на основі своїх результатів, що дисфункція пам'яті, здається, є результатом організаційних дефіцитів, отже, фронтальної виконавчої функції, що ускладнює процес відтворення.

Як згадувалося, результати метааналізу Abramovitch з колегами (2013) виявили значні дефіцити у виконавчих функціях, які включали планування, гальмування реакцій та когнітивну гнучкість. З огляду на нейроанатомічні пояснення, значна кількість нейропсихологічних досліджень розглядала роль виконавчої дисфункції в прояві ОКР (наприклад, Bedard, Joyal, Godbout, & Chantal, 2006; Chamberlain, Blackwell, Fineberg,

Robbins, & Sahakian, 2005; Jang et al., 2010; Melloni et al., 2012; Nakao, Okada & Kanba, 2014; Pauls et al., 2014). Результати досліджень пов'язують порушення виконавчої функції (особливо пов'язане з порушеннями когнітивної гнучкості) з нав'язливими ідеями та компульсіями, таким чином, труднощі з гальмуванням, плануванням або перемиканням уваги, можливо, пояснюють нав'язливі думки та поведінку (Chamberlain et al. 2005; Melloni et al., 2012).

Розглянувши типові нейропсихологічні результати дослідження при ОКР можна зробити висновок про те, що особи з ОКР зазвичай демонструють гірші показники за нейропсихологічними показниками (Abramovitch et al., 2013). Крім того, ВП, здається, дисфункція є найбільш виражена саме в когнітивній сфері, що призводить до виникнення виконавчих дисфункцій.

Метааналіз, проведений Snyder з колегами (2014), спробував дослідити можливий причинно-наслідковий зв'язок між ВФ та ОКР, використовуючи перехресний дизайн. На основі цього авторами було запропоновано три можливі причинно-наслідкові зв'язки між ними. Перший стосується індивідуальних відмінностей у функціонуванні префронтальної кори. Зміни в префронтальній корі (включаючи ураження внаслідок набутих травм головного мозку) тісно пов'язані як з дефіцитом ВФ, так і з симптомами ОКР (Chamberlain et al., 2008; Coetzer, 2004). Другий причинно-наслідковий зв'язок передбачає, що ОКР спричиняє дефіцит ВП. Цей зв'язок свідчить про те, що на когнітивні функції негативно впливають нав'язливі ідеї, які заважають слідувати цілям. Однак дані показали, що дефіцит ВФ все ще присутній, навіть якщо симптоми ОКР були усунені (Bannon, Gonsalvez, Croft, & Vouse, 2006). Аналогічно, Snyder et al. (2014) стверджують, що лікування, спрямоване на симптоми ОКР, ймовірно, все одно буде невдалим через стійкий дефіцит ВП, який продовжує негативно впливати на повсякденне функціонування. Третій можливий зв'язок можна розуміти як

протилежність попередньому, оскільки дефіцит ВП сприяє розвитку ОКР. Вони пояснюють це за допомогою моделей тривожності, запропонованих Clark (2004), які стверджують, що симптоми ОКР є результатом неефективних та дезадаптивних стратегій емоційної регуляції, спричинених дефіцитом збудження. Це було проілюстровано методом уникнення-навчання, який вважається підкріплюючою стратегією для зменшення нав'язливих думок та компульсій. Таким чином, ця гіпотеза припускає, що симптоми ОКР можуть посилюватися нездатністю використовувати адаптивні стратегії для регулювання емоцій.

Незалежно від характеру причинно-наслідкового зв'язку між ВФ та ОКР, дані свідчать про те, що дефіцит ВФ знижує ефективність терапевтичних втручань, спрямованих на симптоми ОКР (Mohlman & Gorman, 2005; Syder et al., 2014). Це головним чином пов'язано з виконавчими функціями, необхідними для роботи більшості когнітивно-поведінкових терапій, наприклад, опір піддаванню компульсивним діям вимагає гальмівного контролю (Snyder et al., 2014).

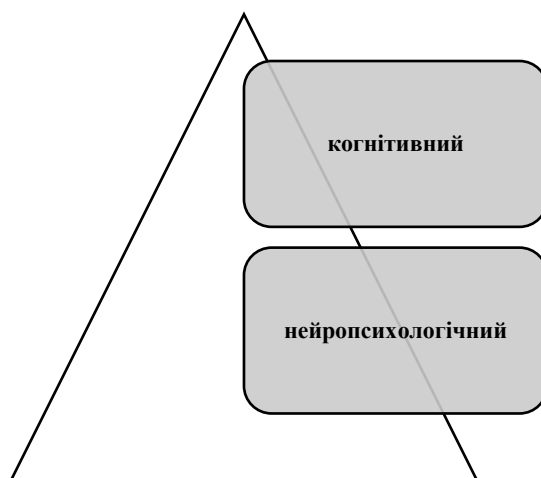
Виходячи з приведеного вище, нейропсихологічний профіль ОКР залишається непослідовним, значною мірою через його гетерогенність. Однак мета-аналітичні результати досить послідовно виявляють дисфункцію виконавчих функцій, зокрема дефіцит планування, гальмування та когнітивної гнучкості, як основну складову розладу (Abramovitch et al., 2013). Ці порушення не тільки допомагають пояснити obsесивно-компульсивні симптоми, але й, здається, зберігаються незалежно від тяжкості симптомів, що свідчить про потенційний маркер риси характеру.

1.4. Теоретичне підґрунтя дослідження

Дане дослідження ґрунтується на двох теоретичних підходах: когнітивний підхід, запропонований Робочою групою з obsесивно-компульсивних когніцій (OCCWG, 1997), та нейропсихологічна модель (Abramovitch et al., 2013) розуміння ОКР.

Рисунок 4

Теоретичне підґрунтя дослідження



Когнітивна модель розуміння ОКР наголошує на трьох основних когнітивних конструктах: перфекціонізм, надмірна важливість думок та завищена відповідальність (OCCWG, 2005). Люди з ОКР схильні оцінювати виникнення obsesій як особисто-значущих, ґрунтуючись на дисфункціональних переконаннях (Rachman, 1998; Salkovskis, 1989). Це призводить до компульсій, що виникають через нав'язливі думки які були оцінені як значущі. Разом з тим, звершення компульсивних ритуалів зумовлене нездатністю розпізнати можливість помилкових когнітивних процесів (Salkovskis, 1996).

Окрему увагу в даному дослідженні приділено *феномену злиття думок і дій*, який передбачає викривлене сприйняття власних думок як еквівалентним діям. Припускається, що особи з ОКР оцінюють власні нав'язливі думки як більш небезпечні та значущі порівняно з думками, що стосуються інших людей, що посилює почуття відповідальності й тривоги. У висновку це переконання сприяє підтримці компульсивної поведінки та підвищує інтенсивність симптомів ОКР, що відноситься до деяких основних виконавчих функцій.

Нейропсихологічний підхід – ми спираємося на нього оскільки в останнє десятиліття спостерігається зростаючий науковий інтерес до вивчення когнітивних дефіцитів, пов'язаних з ОКР, зокрема кілька досліджень (наприклад, Chamberlain et al., 2005; Melloni et al., 2012; Pauls et al., 2014) виявили біологічні зв'язки між проявами ОКР та нейропсихологічними механізмами. Хоча метааналізи демонструють певну варіабельність результатів (Abramovitch et al., 2013), існує консенсус щодо зниження когнітивної гнучкості, дефіцитів гальмівного контролю та порушень у сфері метакогніції (Shin et al., 2013). Для нас це означає, що такі порушення можуть відігравати роль у підтриманні нав'язливого мислення та повторюваної ритуальної поведінки.

Таким чином, поєднання когнітивного та нейропсихологічного підходів створює цілісне теоретичне підґрунтя для розуміння обсесивно-компульсивного розладу як багатовимірного феномену. Когнітивна модель дозволяє дослідити роль дисфункціональних переконань та інтерпретацій нав'язливих думок, тоді як нейропсихологічна перспектива – це виявити можливі когнітивні особливості, що є в основі компульсивної поведінки.

Дане дослідження буде фокусуватися на трьох основних аспектах.

По-перше, дослідження вивчає виконавчі функції при ОКР, зокрема когнітивної гнучкості та гальмівного контролю, які визнаються важливими для підтримання циклу нав'язливих думок та компульсивної поведінки. По-друге, робота системно досліджує феномен злиття думок і дій як один із ключових механізмів когнітивного викривлення при ОКР. Наскільки нам відомо, це перша робота такого напрямку проведена серед української популяції. По-третє, в роботі досліджується як саме особи з симптомами ОКР диференціюють сприйняття власних нав'язливих думок порівняно з думками, що

стосуються інших людей, що дозволяє більш змістовно зрозуміти механізми виникнення відчуття загрози та моральної відповідальності.

Окремо слід підкреслити, що потенційний зв'язок між феноменом злиття думок і дій та дисфункціями виконавчих функцій залишається недостатньо вивченим у сучасній науковій літературі. Більшість попередніх досліджень розглядали ці компоненти ізольовано, тоді як дане дослідження пропонує інтегративний підхід, що дозволяє виявити взаємозв'язки між когнітивними переконаннями і нейропсихологічними процесами.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено комплексний теоретичний аналіз актуальних підходів до розуміння obsesивно-компульсивного розладу (ОКР), зокрема розглянуто теоретичні моделі та феномен злиття думок і дій. Було показано, що сучасні теорії схильні до інтеграції когнітивних і нейронаукових підходів, зважаючи на багатофакторний характер ОКР. Аналіз наукової літератури підтвердив, що виконавчі дисфункції (зокрема гнучкість, гальмування, метакогніції) є одним із важливих механізмів підтримки obsesивно-компульсивної симптоматики. Особливу увагу було приділено концепції злиття думок і дій як когнітивного упередження, що пов'язане з інтерпретацією нав'язливих думок як морально загрозливих і таких, що потребують контролю. Таким чином, теоретичний аналіз створив підґрунтя для формулювання гіпотез щодо взаємозв'язку між симптомами ОКР, когнітивними переконаннями та виконавчими функціями.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОНАВЧИХ ДИСФУНКЦІЙ І ФЕНОМЕНУ ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У ДОРОСЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

2.1. Організація та проведення дослідження виконавчих дисфункцій і феномену злиття думок та дій у дорослих з ОКР

Дизайн дослідження

У цьому дослідженні було використано перехресний порівняльний дизайн дослідження, спрямований на вивчення виконавчих функцій у осіб з діагнозом обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) у порівнянні з неклінічною контрольною групою. У дослідженні використовувалася кількісна методологія, що інтегрує як поведінкові, так і самозвітні показники для оцінки виконавчих функцій, а також психологічного феномену злиття думок і дій.

Обґрунтування використання порівняльного дизайну полягає в клінічній значущості виявлення специфічних дефіцитів виконавчих функцій при ОКР, які можуть бути пропущені у внутрішньогрупових дизайнах. Крім того, включення злиття думок та дій як змінної має на меті з'ясувати потенційні когнітивні механізми, що лежать в основі порушень виконавчих функцій у осіб з ОКР.

Мета та завдання дослідження

Основною метою цього дослідження є вивчення виконавчої дисфункції та ролі злиття думок і дій у осіб з obsесивно-компульсивним розладом, а також вивчення взаємозв'язку між цими конструктами.

Завдання дослідження:

1. Здійснити переклад та оцінити психометричні властивості (внутрішню узгодженість) опитувальника виконавчих навичок для дорослих («Executive Skills Questionnaire – Adult Version» Dawson & Guare, 2009) з метою оцінки виконавчих функцій та його подальшого використання в українській популяції.
2. Здійснити переклад та перевірку надійності шкали злиття думок та дій («Thought Action Fusion Scale-Revised» Shafran et al., 1996) та його подальшого використання в українській популяції.
3. Порівняти профілі виконавчих функцій у осіб з ОКР та неклінічною контрольною групою.
4. Оцінити зміст та вираженість феномену злиття думок і дій в обох групах.
5. Дослідити потенційний зв'язок між дефіцитом виконавчих функцій та феноменом злиття думок і дій у клінічних та неклінічних популяціях.

Сформовані завдання керувалися теоретичними та нейропсихологічними моделями ОКР, а також попередніми емпіричними даними, що свідчать про зв'язок між порушеннями виконавчого контролю та obsесивними викривленнями (Abramovitch & Coorerman, 2015).

Вибірка та процедура дослідження

Всього в дослідженні прийняло участь 81 особа. Після проведення попереднього скринінгу, вивчення історії хвороби та клінічного інтерв'ю, респондентів було розподілено на 2 групи: ті, хто відповідає діагностичним критеріям та має підтверджений діагноз встановлений лікарем-психіатром (далі – клінічна група), та тих

хто не має встановленого діагнозу ОКР, що було підтверджено в процесі збору даних (далі – контрольна група).

Загальна вибірка складалася з 81 учасника, яких після попереднього скринінгу та діагностичного підтвердження було розділено на дві групи: клінічну групу ($n = 27$), що складалася з осіб зі встановленим лікарем-психіатром діагнозом ОКР на основі критеріїв МКХ-11, та контрольну групу ($n = 54$) без поточного або минулого діагнозу ОКР та інших розладів даної групи. Клінічну групу склали 27 осіб: 22,2 % жінок та 77,8 % чоловіків, середній вік 29,9 ($SD = 7,87$), контрольну групу – 54 особи, з них 85,2% жінок та 13,0% чоловіків, середній вік 20,7 ($SD = 2,44$).

Клінічну групу склали пацієнти психіатричного відділення КНП «ПСИХІТРІЯ» міста Києва, які на момент дослідження отримували лікування часткової госпіталізації та інтенсивного стаціонарного лікування. Медичну документацію було переглянуто, а діагностичне підтвердження було отримано шляхом консультації психіатра. Критерії включення до клінічної групи були: віковий діапазон 18–45 років, наявність офіційного діагнозу ОКР, підписана інформована згода. Критерії виключення включали важкі когнітивні порушення, неврологічні розлади та коморбідний психоз.

Контрольну групу склали особи що були залучені до дослідження із застосуванням інформаційно-комунікативних технологій, основну частину даної вибірки склали студенти психологічного факультету КНУ Тараса Шевченка.

Учасникам надавався інформаційний лист, у якому детальніше пояснювався характер та мета дослідження, конфіденційності даних та їхніх прав як суб'єктів дослідження. Далі надавалася форма згоди, лише після чого розпочався безпосередній процес дослідження. Форми зазначених документів приведені в додатку А.

2.2. Обґрунтування методичного інструментарію дослідження виконавчих дисфункцій і феномену злиття думок та дій у дорослих з ОКР

Методи дослідження

З метою збору соціо-демографічних даних що важливі в контексті дослідження для контрольної групи був застосований метод анкетування (онлайн-формат) що включала запитання про вік учасників, стать, освіту та психіатричний анамнез. Ця інформація була використана для опису вибірки та контролю для потенційних змішуючих змінних.

Метод клінічного інтерв'ю був застосований до клінічної групи, що базувалося на структурованій оцінці. В подальшому учасники обох груп проходили тестування у наступному порядку: першим до заповнення пропонувалася шкала Єля-Брауна для оцінювання obsесивно-компульсивних розладів (МОЗ, 2019), чек-лист симптомів ОКР та переглянута шкала злиття думок та дій (Shafran et al., 1996). Наступним етапом учасникам пропонувався тест Струпа, а завершувалося дослідження заповненням опитувальника виконавчих навичок для дорослих (Dawson & Guare, 2009). Весь сеанс тестування тривав приблизно від 40 до 60 хвилин на кожного учасника.

Соціально-демографічна анкета

Демографічні дані учасників були отримані за допомогою демографічної анкети, яка складалася з п'яти запитань (див. Додаток Б). Учасники повинні були вказати свою стать (питання 1) та віковий діапазон (питання 2), оскільки стандартизована оцінка залежала від цих факторів. Далі учасники повинні були вказати отриманий найвищий рівень освіти (питання 3), оскільки це могло вплинути на продуктивність. Потім учасники мали дати відповідь на 2 запитання що стосувалися психічного здоров'я: 1 запитання визначало наявність діагностованого ОКР, а 2 – діагностованого будь-якого іншого психічного розладу.

Шкала Єля-Брауна для оцінювання obsесивно-компульсивних станів

Шкала є широко застосовуваною в наукових дослідженнях та показала відмінні психометричні характеристики. В даному дослідженні використовувався адаптований на українську мову варіант авторства МОЗ «Медико-соціальний центр «Діалог»»: перелік змісту obsесивних і компульсивних симптомів та чек-лист симптомів. Метою застосування шкали було визначення наявності, вираженості та змісту obsесивних та компульсивних симптомів.

Перелік obsесивних симптомів (чек-лист) складається з 6 запитань, кожне з яких оцінюється від 0 (відсутність симптомів) до 4 (дуже виражені симптоми). Перелік включає п'ять запитань про кількість часу, який респонденти витрачають на нав'язливі думки, наскільки значним є слідуючий за цим дистрес, а також наскільки вони протистоять цим думкам і наскільки здатні контролювати їх. Бали варіюються від нуля до 20, де вищі бали вказують на більш важкі симптоми ОКР.

Також застосовувалася шкала де респондентам пропонувалося вказати зміст своїх нав'язливих ідей та компульсій та оцінити чи були симптоми присутні в минулому, теперішньому часі чи взагалі їх відсутність: obsесії забруднення, агресії, сексуальні, накопичувань та нагромаджень, пов'язані з думками про магію, соматичні, релігійні та інші; компульсії вмивання та чищення, перевіряння, лічильні, порядкування, накопичення та нагромадження, магічна поведінка, повторювані ритуали, ритуали із задіянням інших осіб.

Обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку балів відповідно до ключа. Текст шкали представлено в додатку В.

Тест Струпа

У даному дослідженні використано кольорову версію тесту на визначення кольору та слова (адапована версія тесту Струпа), що дозволяє оцінити когнітивну гнучкість та здатність до когнітивного контролю, зокрема в аспекті пригнічення

автоматичних реакцій при одночасній обробці двох когнітивних стимулів (кольору та слова).

Респондентам групи з ОКР тест надавався особисто в індивідуальній формі. Учасники групи порівняння виконували тест онлайн у відповідному гугл-формі, де по завершенню вони завантажували скріншоти з результатами.

Тест використовувався з метою дослідження здатності пригнічувати автоматичну реакцію яка виникає під час одночасної обробки двох стимулів (кольорів та слів), що пред'являються разом. Використовувалися дві секції завдань – без наявності когнітивного конфлікту, тобто назвати слова написані чорним кольором, та з його наявністю – назвати колір представленого друківаними назвами кольорів (наприклад, якщо слово «зелений» надруковано синім кольором, правильною відповіддю буде «синій»).

Це завдання стало важливим для перевірки гіпотези, що особи з obsесивно-компульсивним розладом мають порушення в здатності до когнітивної гнучкості та контролю. У контексті феномену злиття думок і дій цей тест дає змогу оцінити, як автоматичні реакції, які реалізуються в процесі когнітивної обробки інформації, можуть бути пов'язані з порушенням здатності до контролю та регуляції поведінки. Як показують попередні дослідження, особи з ОКР часто мають труднощі в розрізненні думок і дій, де думки можуть оцінюватися діями (Abramovitch & Cooperman, 2015), а тест Струпа, у свою чергу, вимірює здатність пригнічувати автоматичні реакції. Виконання завдань тесту, які включають як нейтральні умови (де немає конфлікту між кольором і словом), так і умови з конфліктами (коли колір і слово не збігаються), дозволяє оцінити когнітивну гнучкість, що важлива для розуміння механізмів феномену злиття думок та дій. Порушення в цих механізмах можна пояснювати, чому особи з ОКР часто мають тенденцію розглядати свою думку про певні дії як еквівалентні самим

діям (наприклад, думка про шкідливість чогось може викликати прагнення вжити дії для нейтралізації цієї думки).

Таким чином, через порушення когнітивного контролю, що оцінюється за допомогою тесту Струпа, можна краще зрозуміти, як саме порушення здатності до когнітивної гнучкості та пригнічення автоматичних реакцій може бути пов'язане з феноменом злиття думок і дій в осіб з ОКР. Стимульний варіант представлено в додатку Г.

Шкала злиття думок та дій (TAFS-R)

Оригінальна версія шкали – «Thought Action Fusion Scale-Revised» (Shafran, Thordarson і Rachman), зосереджена на дослідженні когнітивних порушень у осіб з ОКР, зокрема, у контексті феномену злиття думок і дій.

В даному дослідженні використовувався перекладений і адаптований український варіант шкали. Переклад було здійснено з урахуванням особливостей, відповідно до стандартної процедури подвійного перекладу. Адаптація проводилася із залученням фахівців у галузі клінічної психології. Надійність шкали в отриманій вибірці була перевірена за допомогою розрахунку коефіцієнта внутрішньої узгодженості (α Cronbach). Значення α становило 0.9, що свідчить про високу внутрішню надійність шкали.

Шкала об'єднання думок і дій (шкала TAF; Shafran et al., 1996) є одним з найпоширеніших методик що заснована на самовітності (self-report) щодо упередженості злиття думок та дій (Berle & Starcevic, 2005). Дослідження з використанням шкали показують, що загальний бал і кожна з трьох підшкал корелюють з наявністю та тяжкістю симптомів ОКР, оцінених за кількома показниками, з найсильнішим зв'язком між симптомами ОКР та компонентом ймовірності злиття думок та дій (Berle & Starcevic, 2005; Shafran & Rachman, 2004).

Шкала складається з трьох груп питань, які оцінюють переконання суб'єктів щодо моральних наслідків певних думок (підшкала – Моральне/Moral TAF) та те, наскільки ймовірно, що думки впливають на виникнення негативних подій для інших (підшкала – злиття щодо інших /Other TAF) та для себе (підшкала – злиття щодо власних/Self TAF). Таким чином шкала включала дослідження морального злиття думок та дій (стійка віра в те, що сама наявність неприйнятної або агресивної думки є морально еквівалентною її реалізації), ймовірне злиття думок та дій щодо інших («якщо я думаю що це станеться з моїми близькими, це збільшує ймовірність того що це станеться») та самого себе («якщо я думаю про подію X, скоріше за все це дійсно станеться»).

Усі твердження оцінювалися за шкалою Лайкерта від 0 (абсолютно не погоджуюся) до 4 (абсолютно погоджуюся) балів. Обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку балів за трьома шкалами відповідно до ключа.

Метою цього дослідження було з'ясувати специфічну природу злиття думок і дій. Зокрема, ми досліджували, чи оцінюють люди з ОКР думки інших людей так само, як вони оцінюють свої власні думки, враховуючи, що існуючі вимірювання злиття думок та дій не перевіряють цю відмінність. Зокрема, ця відмінність може виявити, чи відображає упередженість суб'єктів основні спотворені переконання про себе (наприклад, «Я унікальний, тільки мої думки небезпечні») або думки загалом (наприклад, «думки кожного можуть завдати шкоди»). Текст шкали представлено в додатку Д.

Опитувальник виконавчих навичок для дорослих (Dawson & Guare)

В даному дослідженні використовувався перекладений і адаптований український варіант шкали, оригінальна версія – «Executive Skills Questionnaire – Adult Version» (Dawson & Guare).

Переклад було здійснено з урахуванням особливостей, відповідно до стандартної процедури подвійного перекладу. Адаптація проводилася із залученням фахівців у галузі клінічної психології. Надійність шкали в отриманій вибірці була перевірена за допомогою розрахунку коефіцієнта внутрішньої узгодженості (α Cronbach). Значення α становило 0.886, що свідчить про високу внутрішню надійність шкали.

Методика ґрунтується на моделі що виділяє 11 ключових виконавчих навичок, серед яких: гальмування реакції, робоча пам'ять, емоційний контроль, ініціація, увага, планування, організованість, гнучкість мислення, тайм-менеджмент, метакогніції, наполегливість, стресостійкість.

Респондент оцінює рівень прояву кожної з навичок у повсякденному житті за допомогою 3 тверджень на кожну навичку, використовуючи 6-бальну шкалу Лейкерта (від 1 – «абсолютно не погоджуюся» до 6 – «абсолютно погоджуюся»). Обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку балів за всіма підшкалами відповідно до ключа.

У контексті дослідження важливу роль у розвитку та підтримці симптоматики ОКР потенційно відіграють певні виконавчі функції, які регулюють когнітивні процеси, поведінку (дії) та емоції. Порушення в цих функціях можуть сприяти феномену злиття думок і дій, що є гіпотезою цього дослідження. Саме тому у рамках дослідження найбільша увага приділяється виконавчим функціям, які потенційно впливають на здатність до регуляції думок та дій в контексті ОКР, тож ми зосереджуємося на деяких виконавчих функціях (навичках згідно шкалі).

Однією з ключових ВФ є гальмування реакцій, яка забезпечує здатність пригнічувати автоматичні, імпульсивні відповіді на зовнішні подразники або внутрішні думки. У випадку ОКР порушення в гальмуванні реакцій можуть призводити до того,

що нав'язливі думки сприймаються як сигнали до дії, що, в свою чергу, може посилити компульсивну поведінку (Shafran, Thordarson, & Rachman, 2002).

Емоційний контроль, як друга важлива виконавча функція, відіграє ключову роль у регулюванні реакцій на негативні емоції, зокрема тривогу, яка часто виникає у людей з ОКР у відповідь на нав'язливі думки. Порушення цієї функції можуть призвести до надмірної емоційної реактивності, коли нав'язливі думки або ситуації посилюють переживання тривоги, що спонукає до виконання компульсивних дій (Dawson & Guare, 2010). Цей процес може бути пов'язаний з феноменом злиття думок і дій, оскільки особи з ОКР можуть вірити, що думка про можливу загрозу автоматично призводить до її реального здійснення, що є одним з проявів порушеної когнітивної гнучкості.

Також важливими є функції, пов'язані з організацією поведінки, плануванням та гнучкістю мислення. У осіб з ОКР ці функції можуть бути ослаблені, що ускладнює їх здатність адаптуватися до нових ситуацій або змінювати стратегії реагування на стресори. Наприклад, порушення планування та організованості може призвести до того, що людина з ОКР зосереджується на виконанні ритуалів замість того, щоб ефективно вирішувати реальні проблеми чи адаптувати свою поведінку до нових умов. Гнучкість мислення, у свою чергу, дозволяє змінювати стратегії реагування в залежності від ситуації. Порушення цієї функції може призводити до зацикленості на певних ритуалах і негативних думках, що є важливим аспектом феномену злиття думок і дій.

Метакогнітивні навички також є критично важливими для розуміння того, як люди з ОКР оцінюють свої думки. Метакогніція передбачає усвідомлення та контроль над власними когнітивними процесами, такими як пам'ять, увага і мислення. Порушення в цих навичках можуть сприяти сприйняттю думок як більш значущих або небезпечних, що стимулює виконання компульсивних дій для їх «запобігання» чи

«усунення» (Shafran & Rachman, 2004). У разі, якщо особа з ОКР не здатна усвідомити, що думки не є рівнозначними діям, це може сприяти посиленню феномену злиття думок і дій, оскільки думки стають інтерпретованими як реальні загрози, що вимагають негайних дій. Текст опитувальника представлено в додатку Ж.

Гіпотези дослідження та аналіз даних

Дослідницьке питання: Яким чином вираженість симптомів obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) впливає на виконавчі функції, зокрема когнітивну гнучкість та контроль, і як феномен злиття думок та дій взаємодіє з цими порушеннями?

Виходячи з цього, були сформульовані дві основні гіпотези.

Гіпотеза 1 (Г1): Чи існує зв'язок між вираженістю симптомів ОКР та виконавчими дисфункціями? Зокрема, передбачається, що порушення в таких виконавчих функціях, як гальмування реакцій, емоційний контроль, планування, гнучкість мислення, можуть бути тісно пов'язані з тяжкістю симптомів ОКР.

Гіпотеза 2 (Г2): (1) Чи пов'язане злиття думок та дій із дисфункціями виконавчих функцій, зокрема когнітивної гнучкості та контролю у осіб з ОКР? (2) особи з ОКР будуть оцінювати власні нав'язливі думки як більш значущі та небезпечні, ніж думки, що стосуються інших осіб (підшкали вимірювання злиття думок та дій).

Для обробки та аналізу даних використовувалося пакетне забезпечення MS Excel та jamovi. Були застосовані такі методи статистичного аналізу даних.

Перед проведенням основного аналізу було здійснено оцінку надійності перекладених та адаптованих психометричних інструментів. Для цього обчислювалися значення коефіцієнта α Кронбаха, що дозволяє оцінити внутрішню шкалу узгодженості (надійності). Перевірка включала шкалу злиття думок та шкали виконавчих функцій.

Для опису демографічних змінних та основних психометричних показників застосовувалася описова статистика (середні значення, стандартні відхилення, частотність), а також дані перевірялися на нормальність (W критерій Шапіро-Уїлка).

Для перевірки першої гіпотези, що стосувалася взаємозв'язку між вираженістю симптомів ОКР і порушеннями виконавчих функцій, був застосований багатовимірний дисперсійний аналіз (MANOVA), який дозволив оцінити вплив незалежної зміни (групи) на сукупність залежних змінених – показників виконавчих функцій. Для уточнення зв'язків між вираженістю симптомів і показників ВФ також використовувався кореляційний аналіз (r критерій Пірсона), зокрема між вираженістю симптомів ОКР та показниками ВФ.

Для перевірки другої гіпотези, яка стосувалася ролі феномену злиття думок і дій в ОКР та його диференціації щодо власних і чужих думок, було застосовано аналіз дисперсії для повторних вимірювань (Repeated Measures ANOVA). Цей метод дозволив дослідити ефекти взаємодії між внутрішньогруповим фактором (злиття думок та дій власних та інших) та міжгруповим фактором (групи - клінічна та контрольна) на рівень злиття думок і дій.

Застосований комплекс статистичних процедур забезпечує перевірку як емпіричної відповідності сформульованим гіпотезам, так і психометричну надійність використаних інструментів. Таким чином, в даному розділі було викладено план дослідження, теоретичні основи та процедури, застосовані для досягнення мети дослідження. У наступному розділі демонструються отримані результати.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було описано дизайн, вибірку та методику емпіричного дослідження. До вибірки увійшли 81 учасників. Було здійснено переклад, адаптацію та

оцінку надійності двох психометричних інструментів: шкали злиття думок і дій (TAF-R) та опитувальника виконавчих навичок (ESQ). Для збору даних також використовувалися CY-BOCS і тест Струпа. Статистична обробка передбачала застосування описової статистики, кореляційного аналізу (r-Пірсона), багатовимірного дисперсійного аналізу (MANOVA) та аналізу повторювальних вимірювань (Repeated Measures ANOVA). Обґрунтована комбінація якісних та кількісних методів дозволила ефективно перевірити сформульовані гіпотези.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОНАВЧИХ ДИСФУНКЦІЙ І ФЕНОМЕНУ ЗЛИТТЯ ДУМОК ТА ДІЙ У ДОРΟΣЛИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

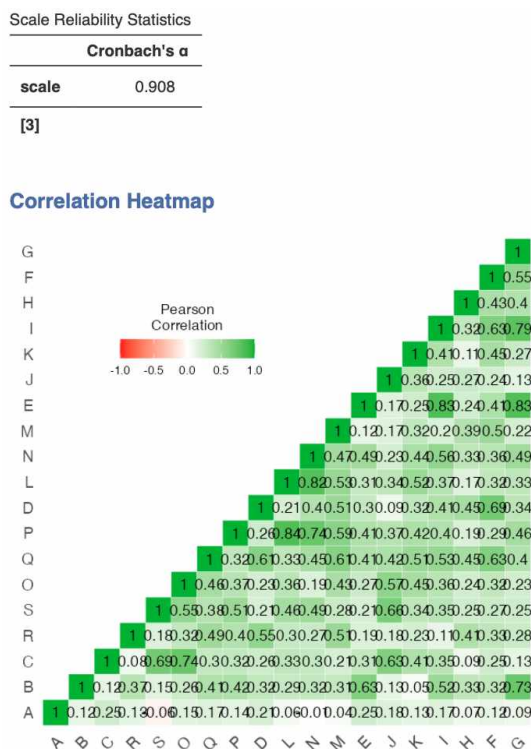
3.1. Оцінка психометричних властивостей інструментів виміру виконавчих функцій та феномену злиття думок та дій

У процесі адаптації *шкали злиття думок і дій (TAF)* було оцінено її психометричні властивості. Внутрішня узгодженість шкали, за показником коефіцієнта Альфа-Кронбаха, склала $\alpha = .908$, що визначається як дуже висока надійність інструмента. Даний показник вказує на сильну узгодженість між пунктами опитувальника та підтверджує, що вони вимірюють єдину конструкцію – злиття думок і дій. Аналіз міжпунктових кореляцій, представлений у вигляді теплової матриці (рисунок 1), продемонстрував стабільні позитивні зв'язки між окремими пунктами, що

додатково підтверджує цілісність та однорідність конструкта, що оцінюється за допомогою опитувальника.

Рисунок 1

Результати перевірки надійності шкали злиття думок та дій



У процесі перевірки надійності перекладеного опитувальника було проведено аналіз внутрішньої узгодженості шкали за допомогою коефіцієнта Альфа-Кронбаха, де початкове значення α становило 0.878. Після реверсування двох інверсних пунктів показник надійності зріс до 0.886, що свідчить про високу внутрішню узгодженість шкали та робить її придатною до подальшого застосування у дослідженні (рисунок 2).

Рисунок 2

Результати перевірки надійності опитувальника виконавчих функцій

Щодо розподілу по статі, у клінічній групі 77,8% учасників становили чоловіки ($n = 21$), тоді як жінки склали 22,2% ($n = 6$) вибірки. У контрольній групі, навпаки, переважали жінки (85,2%, $n = 46$), а показник чоловіків – 13,0% ($n = 7$).

Таблиця 2

Частотний аналіз по статі

Group	Sex	Counts	% of Total	Cumulative %
OCD	W	6	22,2%	7.4%
	M	21	77,8%	33.3%
Non-OCD	W	46	85,2%	90.1%
	M	8	13,0%	100.0%

3.3. Описовий аналіз вибірки за результатами опитування

Далі було проведено дескриптивний аналіз основних змінних дослідження для клінічної та контрольної групи. Аналіз охоплював чотири основні інструменти оцінювання: шкалу злиття думок і дій, тест Струпа, опитувальник виконавчих функцій та шкалу вираженості симптомів ОКР.

За шкалою TAF учасники клінічної групи продемонстрували вищі середні бали в усіх підшкалах порівняно з контрольною групою. Зокрема, середній бал за підшкалою морального злиття у групі ОКР $M = 34.78$ ($SD = 4.06$), тоді як у контрольній групі $M = 17.85$ ($SD = 8.43$). За підшкалою щодо інших думок середній бал у групі ОКР – 13.00 ($SD = 1.84$) порівняно з $M = 2.93$ ($SD = 3.64$) у контрольній групі. Аналогічно, на підшкالی щодо себе респонденти ОКР-вибірки набрали в середньому $M = 9.67$ ($SD = 1.24$), тоді як контрольна група – $M = 4.04$ ($SD = 3.74$).

Таблиця 3

Дескриптивна статистика шкали злиття думок та дій TAF

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
TAF Moral	Non-OCD	54	17.85	19.00	8.43	1.147
	OCD	27	34.78	35.0	4.06	0.781
TAF Other	Non-OCD	54	2.93	1.00	3.64	0.496
	OCD	27	13.00	13.0	1.84	0.354
TAF Self	Non-OCD	54	4.04	3.00	3.74	0.509
	OCD	27	9.67	10.0	1.24	0.239

У тесті Струпа, який оцінює когнітивний контроль і гальмування реакцій, учасники з ОКР показали нижчі результати порівняно з контрольною групою. Середній бал у клінічній групі становив $M = 24.8$ ($SD = 1.65$), тоді як у контрольній групі $M = 29.6$ ($SD = 0.63$).

Таблиця 4

Дескриптивна статистика тест Струпа

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Stroop	Non-OCD	54	29.6	30.0	0.630	0.0857
	OCD	27	24.8	25.0	1.65	0.317

Щодо оцінки виконавчих функцій результати якої були отримані за самозвітною методикою, також спостерігалися певні відмінності між групами. У клінічній групі виявлено загальну тенденцію до гірших показників практично у всіх підшкалах, що ілюструється наступними значеннями (таблиця 5).

Таблиця 5

Дескриптивна статистика виконавчих функцій

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
A. Response Inhibition	Non-OCD	54	12.30	13.0	2.41	0.328

	OCD	27	11.2	11.0	1.53	0.294
B. Working Memory	Non-OCD	54	11.22	12.0	3.16	0.430
	OCD	27	13.3	13.0	2.28	0.440
C. Emotional Control	Non-OCD	54	10.02	10.0	3.46	0.471
	OCD	27	11.0	11.0	2.39	0.459
D. Task Initiation	Non-OCD	54	9.93	10.0	3.31	0.451
	OCD	27	11.1	11.0	1.94	0.373
E. Sustained Attention	Non-OCD	54	10.13	10.0	2.64	0.360
	OCD	27	12.2	12.0	1.42	0.272
F. Planning	Non-OCD	54	11.19	11.0	2.98	0.406
	OCD	27	13.6	13.0	1.55	0.298
G. Organization	Non-OCD	54	12.43	13.0	3.23	0.440
	OCD	27	11.3	11.0	1.51	0.290
H. Time Management	Non-OCD	54	12.07	12.0	2.52	0.344
	OCD	27	12.9	13.0	1.49	0.287
I. Flexibility	Non-OCD	54	12.06	12.0	2.72	0.370
	OCD	27	10.0	10.0	1.89	0.364
J. Metacognition	Non-OCD	54	12.19	12.0	2.56	0.348
	OCD	27	11.2	11.0	1.36	0.262
K. Goal-Directed	Non-OCD	54	12.24	13.0	2.73	0.371
	OCD	27	13.8	14.0	1.33	0.256
L. Stress Tolerance	Non-OCD	54	11.63	11.0	5.84	0.794
	OCD	27	10.5	10.0	2.23	0.428

Інгібіція реакцій – середній бал становив $M = 11.2$ ($SD = 1.53$) у групі ОКР порівняно з $M = 12.30$ ($SD = 2.41$) у контрольній групі. Робоча пам'ять – середнє значення становило $M = 13.3$ ($SD = 2.28$) у групі ОКР, що перевищувало середнє $M = 11.22$ ($SD = 3.16$) у контрольній групі. Емоційний контроль – учасники з ОКР набрали в середньому $M = 11.0$ ($SD = 2.39$) проти $M = 10.02$ ($SD = 3.46$) у контрольній групі. Планування – клінічна група показала $M = 13.6$ ($SD = 1.55$), тоді як контрольна група M

= 11.19 ($SD = 2.98$). Організація – учасники з ОКР мали середній бал $M = 11.3$ ($SD = 1.51$) порівняно з $M = 12.43$ ($SD = 3.23$) у контрольній групі. Гнучкість мислення – у групі ОКР середній показник становив $M = 10.0$ ($SD = 1.89$), тоді як у контрольній групі $M = 12.06$ ($SD = 2.72$). Метакогніції – у клінічній групі середнє значення складо $M = 11.2$ ($SD = 1.36$), де контрольна група показала результат $M = 12.19$ ($SD = 2.56$).

Таким чином на основі отриманих показників було складено когнітивний профіль виконавчих функцій клінічної та неклінічної групи – рисунок 3.

Рисунок 3

Когнітивний профіль виконавчих функцій клінічної та неклінічної групи



Оцінка вираженості симптомів ОКР також відрізнялася між групами. У клінічній групі середнє значення складо $M = 16.7$ ($SD = 1.21$), тоді як у контрольній групі цей показник був значно нижчим $M = 5.91$ ($SD = 2.84$).

Таблиця 6

Дескриптивна статистика вираженість симптомів ОКР

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
OCD-Intensity	Non-OCD	54	5.91	6.00	2.84	0.386

Дескриптивна статистика вираженість симптомів ОКР

Group	N	Mean	Median	SD	SE
OCD	27	16.7	16.0	1.21	0.233

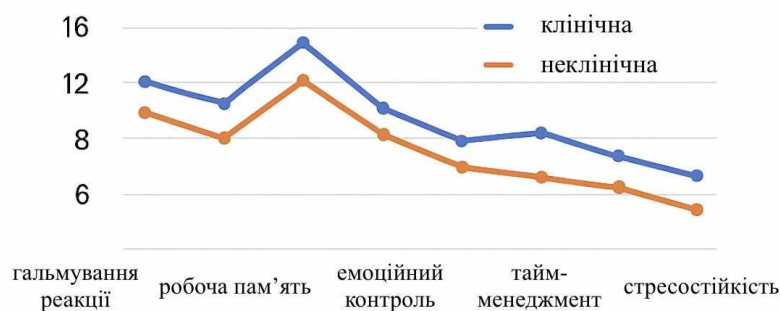
Загалом, результати описової статистики вказують на наявність відмінностей між клінічною та контрольною групами за всіма основними змінними дослідження. З огляду на це, для подальшої перевірки гіпотез та встановлення статистично значущих відмінностей між групами були застосовані методи інферентної статистики, зокрема кореляційний, багатофакторний дисперсійний аналіз із контрольними змінними (MANOVA) та аналіз повторних вимірювань (Repeated Measures ANOVA).

3.4. Кореляційний аналіз вираженості ОКР та виконавчих дисфункцій

Для підтвердження наявності/відсутності статистично-значущого зв'язку між виконавчими функціями та ОКР було проведено кореляційний аналіз за критерієм r -Пірсона. Для візуалізації взаємозв'язку між симптомами obsесивно-компульсивного розладу та виконавчими функціями, а також для порівняння профілю цих функцій у клінічній та контрольній групах, було побудовано інтегрований графік (рис. 4).

Рисунок 4

Порівняння профілю виконавчих функцій між клінічною та неклінічною групами та значущістю кореляцій між симптомами ОКР і дефіцитами виконавчих функцій у кожній з груп



Примітка. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Загалом результати клінічної групи показали значно нижчі показники виконавчих функцій у більшості доменів, зокрема у контролі емоцій, гнучкості, стресостійкості та організації. Як видно з рисунка 4, виявлено статистично значущі зв'язки між вираженістю симптомів ОКР та окремими аспектами виконавчих функцій. У клінічній групі симптоми ОКР суттєво негативно корелювали з робочою пам'яттю ($r = -0.54$, $p < 0.01$), тайм-менеджментом ($r = -0.40$, $p < 0.05$) та стресостійкістю ($r = -0.40$, $p < 0.05$), що свідчить про функціональний дефіцит у цих сферах. У контрольній групі статистично значущим залишився лише зв'язок між симптомами ОКР і робочою пам'яттю ($r = -0.45$, $p < 0.05$), проте коефіцієнт кореляції був нижчим.

Отримані результати кореляційного аналізу загалом підтримують першу гіпотезу про зв'язок між вираженістю симптомів ОКР і порушенням виконавчих функцій у клінічній групі.

3.4. Дисперсійний аналіз виконавчих дисфункцій та злиття думок і дій

Для вивчення зв'язку між obsесивно-компульсивними симптомами та виконавчою дисфункцією було проведено багатовимірний коваріаційний аналіз (MANOVA). Аналіз включав групу як незалежну змінну, показники виконавчої функції (гальмування реакцій, робоча пам'ять, емоційний контроль, увага, ініціювання завдань, планування, організація, управління часом, гнучкість, метапізнання, цілеспрямована наполегливість, стресостійкість та результати тесту Струпа) як залежні змінні, а вираженість симптомів ОКР (шкала Y-BOCS) як коваріат. В процесі аналізу було використано 2 моделі, де перша як коваріат включала оцінку вираженості ОКР-симптомів (для гіпотези №1), а друга – оцінку злиття думок та дій (для гіпотези №2).

В результаті перевірки першої моделі (таблиця 7) було встановлено статистично значущий вплив групи на показники виконавчих функцій: V (критерій Піллаї) = 0.8813, $F(13.66) = 37.690$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.881$. Звідси виходить, що учасники обох груп демонстрували суттєві відмінності в виконавчих функціях, навіть після включення змінної вираженості симптомів ОКР.

Таблиця 7

Результати аналізу MANOVA (модель №1)

Univariate Tests						
	Dependent Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Group	A. Response Inhibition	20.76543	1	20.76543	4.4046	0.039
	B. Working Memory	77.43210	1	77.43210	9.0828	0.003
	C. Emotional Control	17.33951	1	17.33951	1.7384	0.191
	E. Sustained Attention	76.05556	1	76.05556	14.0995	<.001
	D. Task Initiation	23.72840	1	23.72840	2.7256	0.103
	F. Planning	107.55556	1	107.55556	15.8022	<.001
	G. Organization	24.50000	1	24.50000	3.1212	0.081
	H. Time Management	13.06173	1	13.06173	2.5778	0.112
	I. Flexibility	73.33951	1	73.33951	11.8401	<.001
	J. Metacognition	18.00000	1	18.00000	3.5675	0.063
	K. Goal-Directed	44.59877	1	44.59877	8.0283	0.006
	L. Stress Tolerance	22.22222	1	22.22222	0.9077	0.344
	Stroop	417.28395	1	417.28395	356.5591	<.001

На противагу цьому, коваріатна вираженість симптомів ОКР не була суттєво пов'язана з ВФ, де $V = 0.0917$, $F(13.66) = 0.392$, $p = 0.968$, $\eta^2 = 0.092$. Такі результати вказують на те, що вираженість симптомів ОКР сама по собі не пояснює варіації що спостерігаються у виконавчих функціях у респондентів обох груп.

Також уніваріантні тести показали, що приналежність до конкретної групи суттєво прогнозувало результати в кількох показниках. Примітно, що суттєві відмінності між групами спостерігалися в гальмуванні реакцій ($F(1.78) = 4.406$, $p = 0.039$), робочій пам'яті ($F(1.78) = 9.828$, $p = 0.003$), увазі ($F(1.78) = 14.095$, $p < 0.001$), плануванні ($F(1.78) = 15.802$, $p < 0.001$), гнучкості ($F(1.78) = 11.840$, $p < 0.001$), наполегливості ($F(1.78) = 8.023$, $p = 0.006$) та виконанні завдань тесту Струпа ($F(1.78) =$

356.597, $p < 0.001$). Ці результати свідчать про те, що особи з вищими проявами ОКР-тенденцій демонструють статистично-значущі порушення когнітивного контролю та процесів, пов'язаних зі гнучкістю. Цікаво, що вираженість симптомів ОКР не була суттєво пов'язана з жодною окремою сферою виконавчої функції після контролю за впливом групи (усі $p > 0.05$). Таким чином, спостережена виконавча дисфункція, здається, сильніше пов'язана з приналежністю до групи, що, ймовірно, відображає когнітивні характеристики, ніж з вираженістю obsесивно-компульсивних симптомів.

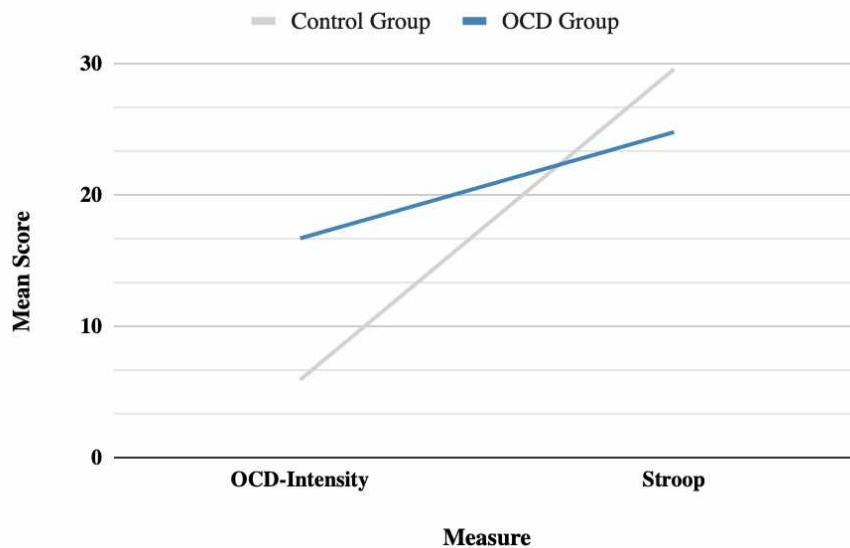
Ці результати частково узгоджуються з теоретичними припущеннями гіпотези. Хоча прямий зв'язок між вираженістю симптомів ОКР та виконавчою дисфункцією не був підтверджений, на рівні групи спостерігалися значні порушення в сферах, що стосуються когнітивного контролю (гальмування реакцій, планування, гнучкість). Це підтверджує припущення, що механізми когнітивного контролю можуть бути порушені у осіб, які підтримують obsесивно-компульсивні тенденції, потенційно пов'язані з основними переконаннями щодо злиття думок і дій, навіть якщо враховується вираженість симптомів ОКР.

Резюмуючи, цей аналіз показав загальну статистично-значущу мультиваріантну відмінність між клінічною та контрольною групами за сукупністю залежних змінних, враховуючи контроль рівня вираженості симптомів ОКР ($V = 0.9129$, $F(2,75) = 393.07$, $p < .001$).

Подальший уніваріантний аналіз показав, що груповий фактор має статистично значущий вплив як на інтенсивність ОКР-симптомів ($F(1,76) = 378.48$, $p < .001$), так і на продуктивність у тесті Струпа ($F(1,76) = 347.67$, $p < .001$). Таким чином, учасники клінічної групи демонстрували вищий рівень симптомів ОКР та нижчі показники когнітивного контролю у порівнянні з контрольною групою, при врахуванні рівня вираженості симптоматики.

Рисунок 5

Середні показники вираженості симптомів ОКР та продуктивності тесту Струпа у клінічній та контрольній групах



Примітка. Вираженість симптомів ОКР та результати тесту Струпа значно відрізнялися між групами ($p < .001$)

Далі досліджувалося, чи виступають виміри злиття думок і дій (моральне, щодо інших та щодо себе), медіаторами між виконавчою дисфункцією та obsесивно-компульсивними симптомами. У цій моделі (№2) група була включена як незалежна змінна, показники виконавчої функції (гальмування реакцій, робоча пам'ять, емоційний контроль, стійка увага, ініціювання завдання, планування, організація, управління часом, гнучкість, метапізнання, цілеспрямована наполегливість, стресостійкість та результати тесту Струпа) розглядалися як залежні змінні, тоді як вираженість симптомів ОКР (шкала Y-BOCS) та шкали TAF були введені як коваріати.

Багатовимірний аналіз показав (таблиця 8), що належність до певної групи продовжує демонструвати статистично значущий основний вплив на результати виконавчої функції, $F(13, 63) = 37.238, p < .001, \eta^2 = .885$. Як і в Моделі 1, вираженість симптомів ОКР (Y-BOCS) не була суттєво пов'язана з виконавчими функціями, $V =$

.0767, $F(13, 63) = 0.403$, $p = .964$, $\eta^2 = .077$, що підтверджує, що вираженість симптомів ОКР сама по собі не передбачає ВФ.

Таблиця 8

Результати аналізу MANOVA (модель №2)

Multivariate Tests						
		value	F	df1	df2	p
Group	Pillai's Trace	0.9129	393.065	2	75	<.001
	Wilks' Lambda	0.0871	393.065	2	75	<.001
	Hotelling's Trace	10.4817	393.065	2	75	<.001
	Roy's Largest Root	10.4817	393.065	2	75	<.001
TAF Moral	Pillai's Trace	0.0103	0.391	2	75	0.678
	Wilks' Lambda	0.9897	0.391	2	75	0.678
	Hotelling's Trace	0.0104	0.391	2	75	0.678
	Roy's Largest Root	0.0104	0.391	2	75	0.678
TAF Other	Pillai's Trace	0.0816	3.332	2	75	0.041
	Wilks' Lambda	0.9184	3.332	2	75	0.041
	Hotelling's Trace	0.0889	3.332	2	75	0.041
	Roy's Largest Root	0.0889	3.332	2	75	0.041
TAF Self	Pillai's Trace	0.0198	0.758	2	75	0.472
	Wilks' Lambda	0.9802	0.758	2	75	0.472
	Hotelling's Trace	0.0202	0.758	2	75	0.472
	Roy's Largest Root	0.0202	0.758	2	75	0.472

Univariate Tests						
	Dependent Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Group	OCD-Intensity	2083.7099	1	2083.7099	378.48436	<.001
	Stroop	417.2840	1	417.2840	347.66680	<.001
TAF Moral	OCD-Intensity	2.8467	1	2.8467	0.51707	0.474
	Stroop	0.2533	1	0.2533	0.21105	0.647
TAF Other	OCD-Intensity	34.8199	1	34.8199	6.32467	0.014
	Stroop	0.2216	1	0.2216	0.18466	0.669
TAF Self	OCD-Intensity	8.4596	1	8.4596	1.53661	0.219
	Stroop	0.0104	1	0.0104	0.00869	0.926
Residuals	OCD-Intensity	418.4108	76	5.5054		
	Stroop	91.2183	76	1.2002		

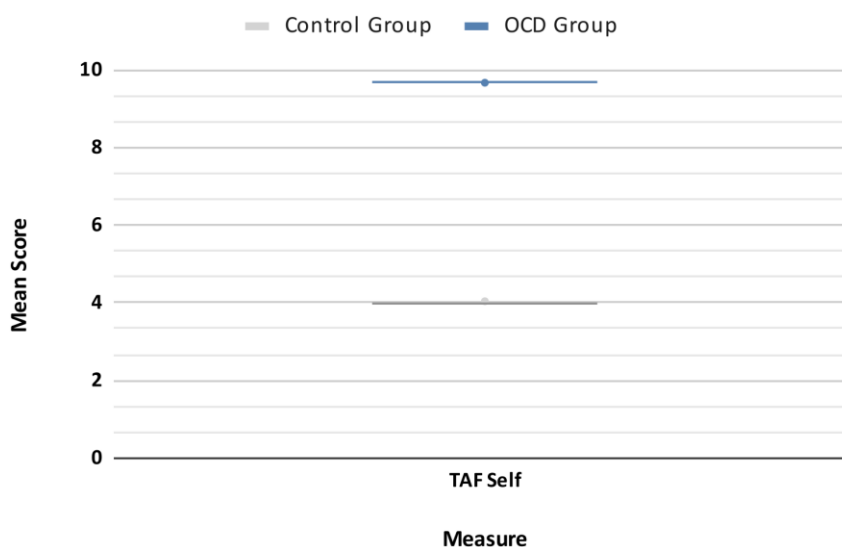
Щодо шкал TAF, ефект морального TAF був незначним ($V = .2530$, $F(13, 63) = 1.641$, $p = .097$, $\eta^2 = .253$), як і TAF щодо інших ($V = .1990$, $F(13, 63) = 1.204$, $p = .298$, часткове $\eta^2 = .199$). Однак, ефект TAF щодо себе (власних думок) був статистично значущим, де значення $V = .3105$, $F(13, 63) = 2.183$, $p = .021$, часткове $\eta^2 = .311$. Такий результат вказує на те, що переконання людей щодо небезпечності власних думок суттєво пов'язані з показниками виконавчої дисфункції.

Статистично значущі показники були виявлені і з виконанням завдання Струпа ($F(1, 75) = 3.204$, $p = .077$, що наближається до значущості), гальмуванням реакції ($F(1,$

75) = 1.319, $p = .255$) та метакогніцією ($F(1, 75) = 6.440, p = .014$), що вказує на те, що вищий показник був пов'язаний з гіршим когнітивним гальмуванням. Більше того, групові відмінності залишалися значущими в таких сферах, як увага ($F(1, 75) = 11.747, p < .001$), планування ($F(1, 75) = 9.158, p = .003$), гнучкість ($F(1, 75) = 8.365, p = .005$) та показники Струпа ($F(1, 75) = 365.871, p < .001$). Отримані результати (рисунок 4) додатково підтверджують зв'язок між obsесивно-компульсивними симптомами та дефіцитом виконавчого контролю, особливо що стосується гнучкості та гальмівного контролю.

Рисунок 4

Середні показники злиття думок і дій (ТАФ щодо власних думок) у клінічній та контрольній групах



Примітка. Група ОКР демонструвала вищі значення злиття власних думок і дій порівняно з контрольною групою ($p = .021$)

Резюмуючи, проведений аналіз виявив загальну статистично значущу відмінність між групами за сукупністю залежних змінних після контролю як рівня ОКР-симптомів, так і ТАФ ($V = 0.8848, F(13,63) = 37.24, p < .001$). Аналіз окремих ефектів показав, що груповий фактор залишався статистично значущим і після контролю

додаткових коваріат, тоді як самостійний ефект інтенсивності симптомів ОКР був несуттєвим ($p > .05$). Серед коваріат, показник ТАФ-щодо власних думок мав значущий мультіваріантний ефект на залежні змінні ($V = 0.3105$, $F(13,63) = 2.18$, $p = .021$), тоді як вплив морального злиття думок та дій та щодо інших – залишався на рівні тенденції ($p = .097$ та $p = .298$ відповідно). Таким чином, включення показників злиття думок і дій до моделі дозволило виявити їхній потенційний зв'язок із когнітивними характеристиками, незалежно від рівня вираженості симптоматики ОКР.

Загалом, отримані результати за аналізом MANOVA не надали емпіричної підтримки першій гіпотезі щодо зв'язку між вираженістю симптомів ОКР та виконавчими дисфункціями. Хоча групові відмінності за сукупністю змінних були статистично значущими, контроль вираженості симптомів ОКР та показників злиття думок і дій свідчить про відсутність прямого впливу інтенсивності симптомів на показники виконавчих функцій.

3.5. Дисперсійний аналіз для повторювальних вимірювань злиття думок і дій

Для дослідження впливу фактору злиття думок та дій щодо себе та щодо інших та групи (клінічної та неклінічної) було проведено аналіз дисперсії для повторних вимірювань (Repeated Measures ANOVA), з метою перевірки другої частини гіпотези №2.

Результати показали наявність статистично-значущої взаємодії між фактором Actor та групою, $F(1, 77) = 5.50$, $p = .022$, $\eta^2 = .07$, що свідчить про розбіжності між клінічною та контрольною групами у сприйнятті власних та думок інших. Основний ефект Actor також виявився статистично значущим, $F(1, 77) = 5.20$, $p = .025$, $\eta^2 = .06$, вказуючи на те, що в цілому оцінка власних думок має відмінності від оцінки думок інших.

Щодо міжгрупових ефектів, було визначено значущий основний ефект групи, $F(1, 77) = 9.00$, $p = .004$, $\eta^2 = .044$. Таким чином, особи з ОКР демонстрували загалом вищі показники злиття думок і дій порівняно з контрольною групою. Також було встановлено, що інтенсивність симптомів ОКР є значущим предиктором показників злиття думок та дій, $F(1, 77) = 7.51$, $p = .008$, $\eta^2 = .037$, що вказує на позитивний зв'язок між рівнем obsесивно-компульсивної симптоматики та рівнем злиття думок і дій.

Таблиця 9

Результати аналізу ANOVA

	Mean Square	F	p	η^2_G	η^2
Actor	0.850	5.20	.025	0.015	0.064
Actor * Group	22.090	5.50	.022	0.017	0.067
Actor * OCD-Intensity	1.214	0.22	.643	0.001	0.000
Residual	5.590				

Загалом, даний аналіз підтримав теоретичні припущення даного дослідження, а саме було встановлено, що особи з ОКР оцінюють власні думки як більш значущі та потенційно небезпечні порівняно з думками інших, що узгоджується з положеннями когнітивної моделі ОКР, яка є складовою теоретичного підґрунтя даного дослідження.

Рисунок 6

Показники злиття думок і дій щодо себе (TAF Self) та інших (TAF Other) у клінічній та контрольній групах



Примітка. Спостерігається вища інтенсивність ТАФ у групі з ОКР порівняно з контрольною

Загалом, проведений аналіз підтримав теоретичні припущення дослідження, зокрема було встановлено, що рівні злиття думок і дій вищі у групі ОКР порівняно з контрольною групою, що узгоджується з положеннями когнітивної моделі ОКР, яка є складовою теоретичного підґрунтя даного дослідження.

Висновки до розділу 3

В третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення виконавчих функцій та феномену злиття думок і дій в осіб з ОКР. Після перевірки надійності інструментів, було проведено аналіз демографічних характеристик і виконано описовий аналіз рівня симптомів ОКР, виконавчих функцій та когнітивних переконань. Результати кореляційного аналізу засвідчили статистично значущі зв'язки між вираженістю симптомів ОКР та окремими аспектами виконавчого функціонування в клінічній групі. MANOVA виявив ефект групової належності на виконавчі функції, що підтвердило першу гіпотезу. Найбільш значущими виявились зв'язки між підшкалою злиття власних думок і показниками метакогніції та гнучкості, що дало підстави прийняти другу гіпотезу. Крім того, аналіз повторювальних

вимірювань показав, що особи з ОКР оцінюють власні думки як більш небезпечні, ніж думки щодо інших. Отримані результати розширюють уявлення про патогенетичні механізми ОКР.

ОБГОВОРЕННЯ

Метою даного дослідження було вивчення зв'язку між симптомами obsесивно-компульсивного розладу (ОКР), феноменом злиття думок і дій та виконавчими функціями (ВФ)/ Було висунуто дві гіпотези: по-перше, очікувалося, що вираженість симптомів ОКР буде асоційована з виконавчими дисфункціями; по-друге, припускалося, що феномен злиття думок і дій? особливо у контексті власних думок, буде пов'язаний із порушенням виконавчих функцій, зокрема когнітивної гнучкості та контролю.

Щодо першої гіпотези, результати кореляційного аналізу підтвердили наявність статистично значущих зв'язків між вираженістю симптомів ОКР та окремими аспектами виконавчих функцій. Зокрема, у клінічній групі було виявлено негативні кореляції між симптомами ОКР і показниками робочої пам'яті, тайм-менеджменту та стресостійкості. Це вказує на те, що підвищена вираженість obsесивно-компульсивної симптоматики асоціюється з труднощами у когнітивному контролі, регуляції емоцій та управлінні ресурсами часу. Натомість у контрольній групі такі зв'язки не були показані, що дозволяє припустити специфічність подібних порушень саме для осіб із клінічно значущими ОКР-симптомами. Ці результати узгоджуються з попередніми дослідженнями (наприклад, Snyder et al., 2015), які вказують на наявність функціональних дефіцитів виконавчої сфери при ОКР. Водночас у контрольній групі подібних зв'язків виявлено не було, що підсилює припущення про специфічний характер порушень ВФ саме в контексті клінічної симптоматики.

Водночас результати багатовимірного дисперсійного аналізу (MANOVA), в якому було враховано вираженість симптомів ОКР як коваріат, показали, що самостійний вплив інтенсивності симптомів на виконавчі функції був статистично несуттєвим. Натомість груповий фактор (приналежність до клінічної чи контрольної

групи) виявився суттєвим і статистично значущим. Виявлено значущі групові відмінності за сукупністю змін, включаючи показники виконавчих функцій і тест Струпа, що свідчить про те, що особи з ОКР демонструють суттєві порушення когнітивного контролю та виконавчих функцій з контрольною групою. Таким чином, гіпотеза про прямий зв'язок між симптомами ОКР і виконавчими функціями отримала часткову емпіричну підтримку.

Друга гіпотеза досліджувала вплив злиття думок і дій на виконавчі функції, а також припускала, що особи з ОКР оцінюють власні думки як більш небезпечні та морально значущі, ніж думки інших. Отримані результати MANOVA з включенням трьох підшкал показали, що лише підшкала, яка стосується злиття власних думок була статистично значущим предиктором виконавчих дисфункцій. Зокрема, високі показники за шкалою були пов'язані з погіршенням метакогніцій, а також із тенденціями до зниження когнітивної гнучкості та гальмівного контролю. Отриманий результат свідчить про те, що саме упереджене сприйняття власних думок як небезпечних або значущих може бути важливим чинником виконавчої дисфункції при ОКР.

Аналіз дисперсії для повторних вимірювань, проведений з метою перевірки другої частини гіпотези, також підтвердив значущу взаємодію між типом думок (власних та інших) та належністю до групи. Особи з ОКР оцінювали власні думки як більш потенційно небезпечні та неприйнятні порівняно з думками інших, тоді як контрольна група не демонструвала такої різниці. Це вказує на досить таки специфічну когнітивну схему, характерну для клінічної групи, яка може відігравати роль у формуванні нав'язливих думок та компульсивних дій. Аналіз підтримав теоретичні припущення даного дослідження, а саме було встановлено, що особи з ОКР оцінюють власні думки як більш значущі та потенційно небезпечні порівняно з думками інших,

що узгоджується з положеннями когнітивної моделі ОКР, яка є складовою теоретичного підґрунтя даного дослідження (Shafran & Rachman, 2004).

Подальші дослідження можуть бути спрямовані на глибше дослідження причинно-наслідкових зв'язків між злиттям думок та дій та виконавчими дисфункціями, використовуючи експериментальні дизайни. Крім того, значною клінічною значущістю має бути з'ясування того, чи можуть втручання, спрямовані на корекцію переконань що пов'язані зі злиттям думок та дій, призвести до покращення (нейропсихологічних) показників когнітивної гнучкості та контролю.

Загальні висновки

Узагальнюючи, результати підтримують теоретичні припущення обох гіпотез, підкреслюючи роль когнітивних схем у формуванні та підтримці виконавчої дисфункції в контексті obsesивно-компульсивного розладу. Встановлено вищі показники вираженості виконавчої дисфункції у осіб з ОКР у порівнянні з контрольною групою, виявлено зв'язок між певними аспектами злиття думок і дій (а саме – злиття власних думок) та виконавчими функціями, що підтримують когнітивно-афективні процеси у розвитку ОКР. Водночас, зв'язки між окремими підшкалами злиття думок та дій і виконавчими функціями залишилися слабкими та статистично недостовірними, що вказує на складність і гетерогенність когнітивних механізмів ОКР, при чому сумнівним лишається дослідження цього феномену саме в контексті виконавчої дисфункції. Тому цікавим напрямком подальшого дослідження може бути розгляд феномену злиття думок та дій при ОКР в ізолюваному дослідженні у самозвітних та поведінкових вимірах.

Проведене дослідження вказує на важливі дослідницькі та клінічні значення.

По-перше, отримані результати підтримали припущення про те, що упередження злиття думок і дій є специфічним для ОКР (Berle & Starcevic, 2005; Shafran & Rachman,

2004). По-друге, це дослідження має наукову новизну оскільки вивчає, чи є упередження злиття думок та дій специфічним для власних думок людини, чи воно узагальнює те, як люди з ОКР оцінюють думки інших. Ми виявили, що як у непрямих, так і в прямих оцінках цього питання респонденти з ОКР оцінювали свої думки як потенційно більш небезпечні та більш ймовірно шкідливі, ніж думки інших. Когнітивна терапія для ОКР включає вправи для боротьби з дисфункціональними думками про переконання, однак це дослідження показує, що може бути корисніше зосередитися на спотвореному переконанні, що «є щось у мені або моїх думках, що є особливо небезпечним», на відміну від «думки загалом є небезпечними», оскільки вони, ймовірно, представляють різні схеми або основні переконання.

Обмеження дослідження та напрями подальших досліджень

Наше дослідження також має і певні обмеження, включаючи розмір вибірки (клінічна група $n = 27$), а також те що клінічна група була старшою по віком за контрольну групу (ОКР-група $M = 29.9$, контрольна $M = 20.7$). Однак у нас немає апріорних гіпотез щодо віку та злиття думок та дій, а також нам невідомий будь-який зв'язок між цими двома змінними. Крім того, певний дисбаланс за станом між групами (перевага чоловіків у клінічній групі та жінок у контрольній) міг вплинути на результат – гендерні особливості когнітивного функціонування та злиття думок і дій вимагають окремого аналізу в подальших роботах.

Також варто зазначити, що ми не досліджували зв'язок між ТАФ та конкретними підтипами або доменами ОКР: наприклад, виражений страх/компульсії забруднення (згідно Y-BOCS з окремими підшкалами злиття думок та дій). Даний напрямок також визначається перспективним для подальших досліджень що більше розширить уявлення про зв'язком між ОКР-симптомами та злиттям думок та дій.

Ще одним обмеженням є переважне використання самозвітних методик для оцінки виконавчих функцій, тож у майбутніх дослідженнях доцільно комбінувати суб'єктивні оцінки з об'єктивними нейропсихологічними тестами для більш комплексного вимірювання виконавчих функцій (тобто самозвітні та поведінкові виміри).

Загалом, незважаючи на досить узагальнені результати дослідження, у висновку демонструються досить чіткі та важливі групові відмінності. У контексті подальших досліджень важливо не лише розширити вибірки та використовувати об'єктивні методи вимірювання, а й досліджувати інші когнітивні переконання, які можуть бути залучені у формування та підтримку ОКР, зокрема переконання про важливість контролю над думками, відповідальність та катастрофізацію, згідно трьом ключовим сферам дисфункціональних переконань що були виділені OCCWG (1997). Застосування комплексного дизайну дослідження дозволить краще зрозуміти роль виконавчих функцій у розвитку патологічних переконань когнітивних та поведінкових патернів, які типові для обесивно-компульсивного розладу.

ВИСНОВКИ

Дослідження було спрямоване на вивчення зв'язку між виконавчими функціями, феноменом злиття думок і дій, та вираженістю симптомів obsесивно-компульсивного розладу. У ньому взяли участь 81 дорослий респондент, серед яких 27 осіб із клінічно підтвердженим діагнозом ОКР та 54 учасники контрольної групи. Методологічну основу становили стандартизовані психодіагностичні інструменти: шкала злиття думок і дій, шкала виконавчих функцій, шкала Єля-Брауна для оцінювання obsесивно-компульсивних розладів, а також тест Струпа. Для обробки даних було використано описову статистику, кореляційний аналіз (r-Пірсона), багатовимірний дисперсійний аналіз (MANOVA) та дисперсійний аналіз для повторювальних вимірювань (Repeated Measures ANOVA).

Отримані результати дозволили підтвердити обидві дослідницькі гіпотези. Перша гіпотеза щодо наявності зв'язку між вираженістю симптомів ОКР та виконавчими функціями отримала емпіричну підтримку: у клінічній групі симптоми ОКР виявились статистично значуще пов'язаними з показниками робочої пам'яті, тайм-менеджменту та стресостійкості. Хоча багатовимірний аналіз не виявив основного ефекту симптомів ОКР на рівень ВФ, факт значущих кореляцій, а також наявність міжгрупових відмінностей дозволяє вважати гіпотезу підтвердженою. Це підкреслює важливість урахування симптоматичних проявів при аналізі когнітивної регуляції в осіб з ОКР.

Друга гіпотеза – щодо впливу феномену злиття думок і дій на виконавчі функції – також отримала підтвердження. Підшкала злиття щодо власних думок виявилась

значущим предиктором порушень у метакогніції та когнітивній гнучкості. Крім того, за результатами аналізу повторювальних вимірювань встановлено, що особи з ОКР значно частіше інтерпретують власні думки як небезпечніші за думки щодо інших, що вказує на специфіку когнітивних переконань характерних клінічній групі.

Результати дослідження мають важливе теоретичне і практичне значення. Вони розширюють уявлення про роль когнітивних факторів у формуванні виконавчих дисфункцій при ОКР та можуть бути враховані в психотерапевтичній практиці. Зокрема, інтервенції, спрямовані на переосмислення змісту та значущості власних думок, можуть слугувати важливим елементом терапевтичного впливу на виконавчу регуляцію. Перспективним напрямом подальших досліджень є використання об'єктивних нейропсихологічних методик і вивчення змін зазначених параметрів у процесі психологічного втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) Abramovitch, A., Abramowitz, J.S., Mittelman, A. (2013). The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 33:1163–71.
- 2) Abramowitz, J. S. (2018). Presidential address: Are the obsessive-compulsive related disorders related to obsessive-compulsive disorder? A critical look at DSM-5's new category. *Behavior Therapy*, 49(1), 1–11.
- 3) Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221–235.
- Abramowitz, J. S., & Mahaffey, B. L. (2011). The obsessive-compulsive disorder spectrum. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 311–333). Oxford University Press.
- 4) Ahmari, S.E., Rauch, S.L. The prefrontal cortex and OCD. *Neuropsychopharmacol.* 47, 211–224 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01130-2>
- 5) Alves-Pinto, A., Rus, O. G., Reess, T. J., Wohlschläger, A., Wagner, G., Berberich, G., & Koch, K. (2019). Altered reward-related effective connectivity in obsessive-compulsive disorder: An fMRI study. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 44(6), 395–406.
- 6) American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision).

- 7) American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- 8) American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (TR-ed.).
- 9) Apergis-Schoute, A.M, Gillan, C.M, Fineberg, N.A, Fernandez-Egea, E, Sahakian B.J, Robbins, T.W (2017). Neural basis of impaired safety signaling in Obsessive Compulsive Disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 114:3216–21.
- 10) Carter, R. (2019). *The human brain book_ An illustrated guide to its structure, function, and disorders*. Penguin.
- 11) Dougherty D.D, Chou T., Corse A.K, Arulpragasam A.R, Widge A.S, Cusin C, et al. (2016). Acute deep brain stimulation changes in regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder. *J Neurosurg*. 125:1087–93.
- 12) Fennell, D., & Walter de Gruyter & Co. (2022). *The world of obsessive-compulsive disorder : the experiences of living with OCD*. New York University Press.
- 13) Fineberg, N. A., Apergis-Schoute, A. M., Vaghi, M. M., Banca, P., Gillan, C. M., Voon, V., Chamberlain, S. R., Cinosi, E., Reid, J., Shahper, S., Bullmore, E. T., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2018). Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: Cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(1), 42–58.
- 14) Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1999). Exposure and response prevention for obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 362–383. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80056-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80056-X)
- 15) Geramita MA, Yttri EA, Ahmari SE. The two-step task, avoidance, and OCD. (2020). *Neurosci Res*. 98:1007–19.

- 16) Gillan CM, Robbins TW, Sahakian BJ, van den Heuvel OA, van Wingen G. (2016). The role of habit in compulsivity. *Eur Neuropsychopharmacol.* 26:828–40.
- 17) Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 46 (11), 1006–1011.
- 18) Graat, I., Figeer, M. & Denys, D. Neurotransmitter dysregulation in OCD. In *Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Patho- physiology, and Treatment*. Vol. 25, 271–274 (Oxford University Press, 2017).
- 19) Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 317–329.
- 20) Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T., & Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *The Journal of clinical psychiatry*, 57 Suppl 8, 3–6.
- 21) Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and behavior*, 13(6), e3000. <https://doi.org/10.1002/brb3.3000>
- 22) Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and behavior*, 13(6), e3000.
- 23) Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and behavior*, 13(6), e3000. <https://doi.org/10.1002/brb3.3000>

- 24) Koo, M. S., Kim, E. J., Roh, D., & Kim, C. H. (2010). Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, *10*(2), 275–290. <https://doi.org/10.1586/ern.09.148>
- 25) Lieb, R., Hofer, P. D., & Wahl, K. (2019). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. In L. Fontenelle & M. Yücel (Eds.), *A transdiagnostic approach to obsessions, compulsions and related phenomena* (pp. 113–127). Cambridge University Press.
- 26) Luo, Q., Kanen, J. W., Bari, A., Skandali, N., Langley, C., Knudsen, G. M., ... & Robbins, T. W. (2024). Comparable roles for serotonin in rats and humans for computations underlying flexible decision-making. *Neuropsychopharmacology*, *49*(3), 600–608.
- 27) Norman, L. J., Taylor, S. F., Liu, Y., Radua, J., Chye, Y., De Wit, S. J., Huyser, C., Karahanoglu, F. I., Luks, T., Manoach, D. (2019). Error processing and inhibitory control in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis using statistical parametric maps. *Biological Psychiatry*, *85*(9), 713–725.
- 28) Pastre, M., Occéan, B. V., Boudousq, V., Conejero, I., Fabbro-Peray, P., Collombier, L., Mallet, L., & Lopez-Castroman, J. (2025). Serotonergic underpinnings of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of neuroimaging findings. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *79*(2), 48–59. <https://doi.org/10.1111/pcn.13760>
- 29) Perez-Vigil A, Fernandez de la Cruz L, Brander G, Isomura K, Jangmo A, Feldman I, et al. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder With Objective Indicators of Educational Attainment: a Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA Psychiatry*. *75*:47–55.
- 30) Picó-Pérez, M., Moreira, P. S., de Melo Ferreira, V., Radua, J., Mataix-Cols, D., Sousa, N., Soriano-Mas, C., & Morgado, P. (2020). Modality-specific overlaps in brain

structure and function in obsessive-compulsive disorder: Multimodal meta-analysis of case-control MRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *112*, 83–94.

31) Pittenger C, Adams TG Jr, Gallezot JD, Crowley MJ, Nabulsi N, James R, et al. (2016). OCD is associated with an altered association between sensorimotor gating and cortical and subcortical 5-HT_{1b} receptor binding. *Affect Disord*. *196*:87–96.

32) Pittenger C, Pushkarskaya H, Gruner P. Animal models of OCD-relevant processes: an RDoC perspective. (2019). *Obsessive Compuls Relat Disord*. *23*:100433 <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.03.001>

33) Rădulescu, A., Herron, J., Kennedy, C. *et al.* (2017). Global and local excitation and inhibition shape the dynamics of the cortico-striatal-thalamo-cortical pathway. *Sci Rep* *7*, 7608 <https://doi.org/10.1038/s41598-017-07527-8>

34) Robbins, T. W., Vaghi, M. M., & Banca, P. (2019). Obsessive-compulsive disorder: Puzzles and prospects. *Neuron*, *102*(1), 27–47.

35) Salkovskis, P. M., & Millar, J. F. (2016). Still cognitive after all these years? Perspectives for a cognitive behavioural theory of obsessions and where we are 30 years later. *Australian Psychologist*, *51*, 3–13.

36) Simon D, Kaufmann C, Musch K, Kischkel E, Kathmann N. (2010). Fronto-striato-limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder during individually tailored symptom provocation. *Psychophysiology*. *47*:728–38.

37) Thorsen, A. L., de Wit, S. J., Hagland, P., Ousdal, O. T., Hansen, B., Kvale, G., & van den Heuvel, O. A. (2020). Stable inhibition-related inferior frontal hypoactivation and fronto-limbic hyperconnectivity in obsessive-compulsive disorder after concentrated exposure therapy. *Neuroimage Clin*.

38) Tolin, D. F. (2023). *The Oxford handbook of obsessive-compulsive and related disorders* (Second edition.). Oxford University Press.

- 39) Tolin, D. F., & Springer, K. S. (2018). Obsessive-compulsive and related disorders. In J. N. Butcher & J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology, Volume 1: Psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders* (pp. 455–479). American Psychological Association.
- 40) Vaghi MM, Vertes PE, Kitzbichler MG, Apergis-Schoute AM, van der Flier FE, Fineberg NA, et al. (2017). Specific Frontostriatal Circuits for Impaired Cognitive Flexibility and Goal-Directed Planning in Obsessive-Compulsive Disorder: evidence From Resting-State Functional Connectivity. *Biol Psychiatry*. 81:708–17.
- 41) van den Heuvel, O. A., van Wingen, G., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Chamberlain, S. R., Nakamae, T., Denys, D., Goudriaan, A. E., & Veltman, D. J. (2016). Brain circuitry of compulsivity. *European Neuropsychopharmacology*, 26(5), 810–827.
- 42) World Health Organization. (1990). *ICD-11: International classification of diseases* (10 revision).
- 43) World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision).
- 44) Yang Z, Wu G, Liu M, Sun X, Xu Q, Zhang C, et al. (2021). Dysfunction of Orbitofrontal GABAergic Interneurons Leads to Impaired Reversal Learning in a Mouse Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Biol*. 31:381–93.pe4.
- 45) Zhang, H., Wang, B., Li, K., Wang, X., Li, X., Zhu, J., Zhao, Q., Yang, Y., Lv, L., Zhang, M., & Zhang, H. (2019). Altered Functional Connectivity Between the Cerebellum and the Cortico-Striato-Thalamo-Cortical Circuit in Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 522. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00522>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ УЧАСНИКА

Вас запросили взяти участь у цьому науковому дослідженні. Будь ласка, не поспішайте та прочитайте наведену нижче інформацію. Якщо ви бажаєте додатково уточнити або бажаєте отримати додаткову інформацію, ви можете звернутися за контактами нижче.

Шановний учасник!

1. Це дослідження має на меті дослідити когнітивні та виконавчі функції при обсесивно-компульсивному розладі.
2. Ваша участь у цьому дослідженні є добровільною.
3. Дослідження не передбачає жодних ризиків для вашого здоров'я та не вплине на ваш курс лікування.
4. Ваші результати не будуть передані третім особам (включаючи лікарів) без вашої згоди.
5. Ви маєте право відмовитися від участі або відмовитися від участі в дослідженні в будь-якому пункті без необхідності пояснення.
6. Зверніть увагу, що ви не зобов'язані відповідати на запитання які вас засмучують.
7. Процедура не буде записана на аудіо чи відео.
8. Результати, отримані в результаті оцінювання, використовуватимуться виключно для даних аналізу та буде видалено після завершення дослідження.
9. Сеанс триватиме приблизно 40-50 хвилин.

Контактна інформація

Ірина Отрох, асистент клінічного психолога, студентка магістратури факультету психології (освітньо-наукова програма «Нейропсихологія») Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
iryna.otrokh.neuropsy@knu.ua.

ФОРМА ЗГОДИ

Вас запросили взяти участь у цьому науковому дослідженні. Будь ласка, не поспішайте та прочитайте наведену нижче інформацію. Якщо ви бажаєте додатково уточнити або бажаєте отримати додаткову інформацію, ви можете звернутися за контактами нижче.

Я підтверджую, що я уважно прочитав (ла) і зрозумів (ла) надану інформацію, я готовий (а) прийняти участь у дослідженні за умов, зазначених в Інформаційному листі учасника.

Мені відомо, що:

- 1) Моя участь у цьому дослідженні є добровільною.
- 2) Я маю право відмовитися від участі в цьому дослідженні без необхідності пояснення.
- 3) Інформація з моєї участі буде анонімною.
- 4) Моє ім'я буде замінено номером.
- 5) Мене не вимагатимуть розголошувати будь-яку особисту інформацію.
- 6) Процедура оцінювання триватиме приблизно одну годину.
- 7) Результати, отримані в цьому дослідженні, повинні використовуватися лише для академічних цілей аналізу.
- 8) На будь-які запитання чи запитання буде надано задовільні відповіді.
- 9) Я можу в будь-який момент запитати у дослідника додаткову інформацію.

Дата _____

Підпис _____

ДОДАТОК Б

ДЕМОГРАФІЧНА АНКЕТА

1. Вкажіть, будь ласка, вашу стать.

- Чоловік
- Жінка
- Інше

2. Виберіть, будь ласка, категорію, яка відповідає вашому віку.

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65+

3. Будь ласка, вкажіть найвищий рівень освіти, який Ви закінчили.

- базова загальна середня освіта
- повна загальна середня освіта
- професійно-технічна освіта
- неповна вища освіта
- повна вища освіта

ДОДАТОК В**Шкала Єля-Брауна для оцінювання obsесивно-компульсивних розладів
(CY-BOCS)****Чек-лист obsесій**

1. Як часто у вас виникають нав'язливі думки? Скільки приблизно часу вони займають протягом доби?

Менше 1 години протягом дня

1-3 години протягом дня

3-8 годин протягом дня

понад 8 годин протягом дня

2. Наскільки нав'язливі думки заважають вашій роботі, навчанню, соціальному функціонуванню чи іншим важливим функціям? Чи є щось, чого ви не робите через них?

Не заважають

Деяко заважають, але загальне функціонування не погіршено

Заважають, але все ще контролювано

Суттєво заважають

Надзвичайно сильно заважають

3. Який рівень дискомфорту вам завдають нав'язливі думки?

Ніякого

Деяко завдають дискомфорту

Завдають дискомфорту, але все ще контролювано

Завдають вираженого дискомфорту

Завдають дуже сильного дискомфорту і це сильно виснажує

4. Скільки зусиль ви докладаете, щоб протистояти нав'язливим думкам? Як часто ви намагаєтесь ігнорувати або відвернути увагу від цих думок, коли вони з'являються у вашій голові?

Намагаюся чинити опір кожного разу коли вони з'являються

Намагаюся чинити опір більшу частину часу

Докладаю певних зусиль щоб чинити опір

Піддаюся всім нав'язливим думкам, не намагаючись їх контролювати (але з певним небажанням)

Повністю та добровільно піддаюся всім нав'язливим думкам

5. Наскільки ви контролюєте свої нав'язливі думки? Наскільки успішно вам вдається зупинити їх або відволікатися? Чи можете ви їх позбутися?

Повністю контролюю думки

Зазвичай в змозі зупинити нав'язливі думки або відволіктися за певних зусиль

Іноді (рідше) в змозі зупинити нав'язливі думки або відволіктися

Рідко успішно зупиняю нав'язливі думки, здатність до відволікання видається важким

Рідко здатен навіть на мить зупинити нав'язливі думки чи відволіктися

ДОДАТОК Г

Кольоровий тест Струпа

SET A

red	green	red	yellow	green
red	blue	red	yellow	red
blue	yellow	yellow	green	red
blue	yellow	green	blue	yellow
green	green	red	blue	green
blue	red	yellow	blue	red

SET B

blue	green	red	yellow	green
red	blue	green	blue	red
yellow	red	yellow	green	red
blue	yellow	green	blue	yellow
green	green	red	yellow	green
blue	red	yellow	blue	red

ДОДАТОК Д

Шкала «Злиття думок та дій»

1. Думати про те, щоб зробити надзвичайно критичне зауваження другу, для мене майже так само неприйнятно як і насправді сказати це
2. Якщо я думаю про те, що родич/друг втратить роботу, це збільшує ймовірність того, що вони справді її втратять
3. Для мене мати богохульну думку майже так само гріховно, як і богохульний вчинок.
4. Думка про те щоб посваритися з кимось для мене майже така ж неприпустима, як і насправді посваритися.
5. Якщо я думаю про те, що мій родич чи друг потрапить в автомобільну аварію, це збільшує ймовірність, що він/вона дійсно потрапить в аварію
6. Коли у мене виникає неприємна думка про когось, це майже так само погано, як здійснення відповідного вчинку.
7. Якщо я думаю про те, що мій друг/родич травмується при падінні, це збільшує ймовірність, що він/вона впаде і травмується
8. Наявність насильницьких думок для мене майже так само неприйнятно, як і насильницькі дії.
9. Якщо я думаю про те, що мій родич/друг захворіє, це збільшує ймовірність, що він/вона захворіє
10. Коли я думаю про те, щоб зробити непристойне зауваження чи жест у церкві, це майже так само гріховно, як і насправді зробити це.
11. Якщо я бажаю комусь зла, це майже так само погано як і насправді завдати шкоди.
12. Якщо я думаю про те що я травмуюсь при падінні, це збільшує ймовірність, що я впаду і травмуюсь.
13. Коли я недобррозичливо думаю про друга, це майже так само невірно як і зробити поганий вчинок по відношенню до друга.
14. Якщо я думаю про те що потраплю в автомобільну аварію, це збільшує ймовірність того що я насправді потраплю в аварію.
15. Якщо я думаю про те щоб показати комусь непристойний жест, це майже так само погано, як і насправді це зробити.
16. Якщо я думаю про те що захворію, це збільшує ймовірність що я насправді захворію.
17. Якщо я маю заздрісну думку, це майже те саме,що й безпосередньо зробити заздрісне зауваження.
18. Думати про зраду в особистих стосунках для мене майже так само аморально як і насправді зрадити.
19. Мати непристойні думки в церкві для мене неприпустимо.

ДОДАТОК Ж**Опитувальник оцінки виконавчих навичок****SECTION A**

1. Я не роблю поспішних висновків
2. Я думаю перед тим як говорити
3. Я переконуюся що маю всі факти (докази) перед тим як зробити певну дію (дії)

SECTION B

4. Я маю гарну пам'ять на факти, дати та деталі
5. Я дуже добре запам'ятовую те що маю зробити
6. Я рідко потребую нагадувань щоб зробити певні справи

SECTION C

7. Мої емоції рідко заважають мені робити те що я маю зробити
8. Дрібниці не впливають на мої почуття і не заважають мені робити те, що мені потрібно зробити
9. Коли я розчарований або злюся, я зберігаю спокій.

SECTION D

10. Незалежно від завдання, я вважаю що його потрібно розпочати якомога швидше
11. Відкладання справ зазвичай не є проблемою для мене
12. Я рідко чекаю до останньої хвилини щоб закінчити роботу

SECTION E

13. Мені легко зосереджуватися на тому, що я роблю
14. Як тільки я починаю завдання або проект, я старанно працюю допоки не завершу його
15. Навіть якщо мене відволікають від справи, мені легко повернутися та завершити те, що я робив/робила.

SECTION F

16. Коли я починаю свій день, у мене є чіткий план того, що мені потрібно зробити
17. Коли в мене багато справ, я можу легко зосередитися на найважливіших речах
18. Зазвичай я розбиваю великі завдання на менші та встановлюю для них терміни щоб все виконати

SECTION G

19. Я організована людина
20. Для мене природно підтримувати порядок на своєму робочому місці
21. Я вмію знаходити способи організувати свою роботу

SECTION H

22. Наприкінці дня я зазвичай завершую те, що планував (ла) зробити
23. Я добре припускаю, скільки часу потрібно, щоб щось зробити
24. Я зазвичай вчасно приходжу на зустрічі та заходи

SECTION I

25. Несподівані події мене не засмучують
26. Я легко адаптуюся до змін у планах
27. Я вважаю себе гнучким (ою) і можу адаптуватися до змін

SECTION J

28. Я регулярно переглядаю свої дії (вчинки) та вирішую, як їх покращити
29. Я в змозі відійти (відсторонитися) від ситуації щоб прийняти справедливі рішення
30. Я мислю масштабно і отримую задоволення від вирішення проблем що з цим пов'язані

SECTION K

31. Я вважаю себе людиною яка прагне досягти своїх цілей
32. Я з легкістю відмовляюся від миттєвих задоволень щоб працювати над довгостроковими цілями
33. Я вірю у встановлення та досягнення високих рівнів продуктивності

SECTION L

34. Мені подобається працювати у вимогливому та динамічному (швидкому) середовищі
35. Певний тиск допомагає мені робити все можливе (to do my best)
36. Мене приваблює робота яка пов'язана з певним ступенем невизначеності