

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**УМАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ПАВЛА ТИЧИНИ**  
**Факультет соціальної та психологічної освіти**  
**Кафедра соціальної педагогіки та соціальної роботи**

**Голоднюк Валентина Сергіївна**

# **Соціально-психологічна корекція дітей і підлітків з obsесивно-компульсивним розладом**

спеціальність 231 Соціальна робота

## **РЕФЕРАТ**

магістерської роботи  
за освітньо-професійною програмою (освітньо-науковою програмою)  
*«Соціальна робота»*

**НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:** *доктор педагогічних наук,  
доцент кафедри соціальної педагогіки  
та соціальної роботи Клименко Ю.А.*

**Умань – 2021**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ ТА ЕТІОЛОГІЯ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ.....	7
1.1. Обсесивно-компульсивний розлад у дітей та підлітків як соціально-психологічна проблема.....	7
1.2. Соціально-психологічні та фізіологічні особливості обсесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків .....	11
1.3. Загальні підходи до соціально-психологічної корекції обсесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків.....	21
РОЗДІЛ II. ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ...	27
2.1. Особливості соціально-психологічної корекції обсесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків.....	27
2.2. Когнітивно-поведінковий підхід у корекційній роботі з обсесивно-компульсивним розладом у дітей та підлітків .....	34
2.3. Перевірка ефективності когнітивно-поведінкового підходу в корекції обсесивно-компульсивного розладу.....	47
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	70
ДОДАТКИ.....	76

## **ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

### **Актуальність теми дослідження**

Проблема обсессивно-компульсивного розладу (ОКР) нині досить актуальна, так як лікування хворих даної категорії залишається складним завданням. Поширеність ОКР складає від 1,9 до 3,3 % населення. Як правило, початок його розвитку – це підлітковий та молодий вік, що значно погіршує соціальну адаптацію пацієнтів – ускладнює навчання, набуття соціальних навичок та ін.

Специфічність симптоматики цього розладу (сприйняття власних нав'язливих думок як ознаки «ненормальності») змушує людину приховувати симптоми, і тому звернення за допомогою до психіатра часто є запізнілим – в середньому до 7,5 років після появи перших симптомів ОКР.

Поширеність цього розладу обґрунтовує потребу в оптимальній терапії. Важкі форми ОКР можуть протікати тривалий час (до 20 років) і бути резистентними до терапії. При медикаментозному лікуванні поліпшення вдається досягти в 66 % випадків, але вже протягом 3 наступних років даний показник знижується на 15 %. Нині психосоціальна терапія і реабілітація є невідкладною частиною психіатричної допомоги та розглядаються як самостійний лікувальнореабілітаційний напрямок в психіатрії.

Саме частота захворювання, важкість симптоматики, часта хронізація і наступна інвалідизація підкреслюють соціальну і психологічну значущість нових досліджень щодо обсессивно-компульсивної симптоматики (ОКС).

Таким чином, незважаючи на достатню кількість робіт, що присвячено вивченню ОКР, подальшого вирішення потребує питання клінічної типології, а також зв'язані з цим задачі поліпшення діагностики, визначення та впровадження ефективної комплексної терапії і заходів медико-соціальної реабілітації пацієнтів з ОКС. А саме, визначення типології ОКС необхідно для розробки індивідуальної програми комплексного лікування (ПКЛ), а саме диференційованого поєднання психофармакотерапії (ПфТ) і психотерапії (ПсТ) у кожному випадку – це дозволить редукувати клінічні прояви захворювання та підвищити ефективність лікувального втручання. У зв'язку з зазначеним вище нами було обрано тему

магістерського дослідження: **«Соціально-психологічна корекція дітей і підлітків з obsесивно-компульсивним розладом».**

**Мета дослідження** – на основі дослідження соціально-психологічної та психотерапевтичної літератури дослідити особливості obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків; охарактеризувати основні підходи до корекції obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків та перевірити ефективність когнітивно-поведінкового підходу у соціально-психологічній корекції obsесивно-компульсивного розладу.

Для вирішення поставленої мети було сформульовано **наступні завдання**:

- 1) Визначити особливості obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків як соціально-психологічної проблеми;
- 2) Дослідити етіологію obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків;
- 3) Окреслити основні підходи до соціально-психологічної корекції obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків;
- 4) Дослідити когнітивно-поведінковий підхід у корекційній роботі з obsесивно-компульсивним розладом у дітей та підлітків.

**Об’єкт дослідження** – obsесивно-компульсивний розлад як соціально-психологічна проблема.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічні особливості obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків.

**Методи дослідження**: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психотерапевтичний, психодіагностичний, статистичний аналіз; аналіз соціально-педагогічних, психологічних, психотерапевтичних джерел з досліджуваної теми; емпіричні – тестування, спостереження, бесіда; соціально-психологічний експеримент для перевірки ефективності когнітивно-поведінкового підходу у соціально-психологічній корекції дітей та підлітків з obsесивно-компульсивним розладом.

**Експериментальна база дослідження.** Загальноосвітня школа м. Умань.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в теоретичному обґрунтуванні поняття obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків, а також в обґрунтуванні його соціально-психологічних особливостей; визначенні його історії та етіології; у збагаченні теоретичних уявлень когнітивно-поведінковий підхід у соціально-психологічній корекції obsесивно-компульсивного розладу.

**Практичне значення дослідження** полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані у процесі професійної підготовки студентів до соціально-психологічної корекції obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків. Результати роботи можуть бути використані в процесі розробки курсів з соціальної роботи, психології, соціальної педагогіки та психотерапії для студентів закладів освіти, які готують фахівців допомагаючих професій.

**Апробація результатів дослідження.** Основні теоретичні та практичні результати дослідження висвітлено на конференції «Спеціальна та інклюзивна освіта»; в Збірнику наукових праць студентів, 2021, тези «Історія та особливості obsесивно-компульсивного розладу».

**Структура дослідження.** Робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку літератури та додатків. Список використаних джерел нараховує 70 найменувань. Загальний обсяг роботи – 78 сторінок.

## ВИСНОВКИ

Згідно першого завдання дослідження визначено особливості obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків як соціально-психологічної проблеми.

Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним із найбільш розповсюджених психіатричних розладів. У середньому за даними епідеміологічних досліджень 2,5% людей за життя будуть мати ОКР, тобто кожна сорокова людина. Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) — поширений психічний розлад, що характеризується нав'язливими думками, спогадами, рухами й діями, а також різноманітними патологічними страхами (фобіями), які потребують певних зусиль для боротьби з ними і спричиняють дистрес або недотримання якості життя пацієнта.

Наразі інформація про поширеність ОКР украї суперечлива. Це пов'язано з використанням різних методологічних підходів, діагностичних критеріїв під час проведення досліджень, дисимуляцією та гіпердіагностикою. Поширеність згаданого захворювання у дорослих становить приблизно 1–3:100, у дітей і підлітків — 1:200–500. Клінічно розпізнані випадки ОКР трапляються рідше і варіюють у межах 1–3 %, оскільки в багатьох осіб цей розлад не діагностують через стигматизацію. ОКР спостерігають у пацієнтів будь-якого віку незалежно від раси, соціально-економічного статусу чи релігії.

Obsесивно-компульсивний розлад включає в себе наявність нав'язливих думок (obsесій), які сприймаються як ненормальні чи небажані, і нав'язливих дій (компульсій), які повторює людина з певною періодичністю чи частотою, аби зняти напруження.

Специфічність симптоматики цього розладу – це сприйняття людиною нав'язливих думок як ознак своєї «ненормальності», страх, що інші сприймуть людину як «божевільну», якщо дізнаються про його чи її думки і дії. Тому часто цей розлад супроводжується переживанням сорому, який змушує приховувати симптоми свого розладу від інших, страх звернутись до психіатра, адже «тебе визнають психічно хворим». Відповідно часто звернення по допомогу є запізним – за даними американських досліджень у середньому за 7,5 років після появи симптомів.

## **Основними симптомами obsесивно-компульсивного розладу є:**

- повторні та нав'язливі думки, бажання чи образи (obsесії), які виникають в стані тривоги та описуються людьми як інтрузивні та небажані, що викликають страх та страждання;
- бажання та спроби ігнорувати або пригнічувати такі думки, бажання чи образи або ж нейтралізувати їх з допомогою інших думок чи дій (наприклад, виконуючи компульсивні дії);
- повторні дії у відповідь на obsесію (наприклад, миття рук, складання, перевіряння), розумові операції (наприклад, молитва, підрахунок, тихе повторювання слів чи фраз) або ж чітке дотримування встановлених правил;
- повторні дії чи розумові операції (компульсії), спрямовані на уникнення чи зменшення відчуття тривоги та дистресу або ж на запобігання загрозливій події чи ситуації; тим не менше, ці дії чи розумові операції насправді є абсолютно зайвими та не пов'язані з ситуаціями, які треба відвернути чи нейтралізувати.

Відповідно до **другого завдання** досліджено етіологію obsесивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків. Серед причин захворювання визначено наступні:

### **Генетичні**

Протягом багатьох років вважали, що ОКР зумовлений дією середовищних чинників. Результати дослідження родин близнюків, зв'язку із сегрегацією засвідчили, що згаданий розлад у таких сім'ях успадковується в діапазоні від 45 до 65 %, що пояснюється генетичними чинниками. Так, дані генетично-сімейних досліджень підтвердили, що чим раніше виникають симптоми ОКР у пробанда, тим вищим є ризик для членів сім'ї першого рівня мати obsесивно-компульсивні симптоми, ОКР, тики або розлад Туретта. З іншого боку, результати подвійних досліджень продемонстрували, що частота конкордантності у монозиготних близнюків значно вища, ніж у дизиготних. Отже, рівень конкордантності не становить 100 %, окрім того, результати генетичних досліджень засвідчили, що негенетичні чинники також мають істотне значення в етіології ОКР.

### **Негенетичні**

У схильних суб'єктів середовищні чинники, такі як емоційний стрес і черепно-мозкова травма, можуть спричиняти ОКР. Надмірне збільшення ваги під час вагітності, тривалі або передчасні пологи, жовтяниці є також факторами ризику для виникнення вказаного розладу в майбутньому.

### **Сімейні фактори**

Важливим негенетичним фактором є, звичайно, сім'я. Маленькі діти схильні залучати родичів до своїх ритуалів, що призводить до високого рівня родинного напруження. Багато хто намагається зупинити дитину від виконання ритуалів, а деякі навіть «підкріплюють» або посилюють симптоми.

### **Нейробиологічні фактори**

Було висловлено припущення, що існує дерегуляція лобно-кортико-стріато-таламусової системи у пацієнтів з ОКР. Дані функціональних досліджень із нейровізуалізацією засвідчили, що орбітофронтальна кора головного мозку, передня частина поясної звивини і смугасте тіло у зазначених хворих активуються, а після лікування цей процес сповільнюється.

Нейропсихологічні тести виявили дефіцит когнітивних функцій та рухових навичок, здібностей до зорово-просторової орієнтації, а також деяких виконавчих функцій в осіб з obsesивно-компульсивними симптомами та ОКР. Деякі з цих дефіцитів також були діагностовані у родичів хворих на ОКР першого ступеня спорідненості. Відтак сформульовано гіпотезу, що деякі нейрофізіологічні зміни, які спостерігають у дитинстві, зокрема дефіцит зорово-просторової орієнтації, можуть бути ранньою ознакою ризику маніфестації ОКР у зрілому віці.

Згідно **третього завдання дослідження** окреслено основні підходи до соціально-психологічної корекції obsesивно-компульсивного розладу у дітей та підлітків.

Рекомендації щодо соціально-психологічної корекції ОКР у дітей та підлітків ґрунтуються на когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), фармакотерапії та психоосвіті. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та КПТ були систематично досліджені: доведено, що вони чинять корисну дію під час лікування дітей і підлітків з ОКР.



КПТ є єдиним варіантом психотерапії, ефективність якої при лікуванні ОКР у дітей доведено з наукової точки зору. Бажано розпочати з КПТ у разі легкої та помірної тяжкості ОКР, із комбінації КПТ і фармакотерапії — при більш тяжких випадках або коли КПТ є недоступною.

Вказана терапія при ОКР інтегрує поведінкові та когнітивні втручання й демонструє значну ефективність, особливо коли забезпечується поєднання впливів від профілактичних заходів та когнітивної реструктуризації. Дані метааналізу довели, що середні розміри ефекту КПТ становлять до 1,45 (ДІ 0,68–2,22), незважаючи на неоднорідність вибірки.

Когнітивна реструктуризація допомагає пацієнтам усвідомити вплив думок і переконань на свою поведінку (ритуали та поведінку уникнення), функціональну залежність між нав'язливими ідеями і ритуалами, а також стратегією, що допоможе нейтралізувати їх, викликаючи полегшення. Поведінкова модель використовує методи впливу і реакції запобігання, що ґрунтуються на відносинах між нав'язливими ідеями та примусами, з метою ослаблення зв'язку з проблемою, яку вони спричинили. Терапевт демонструє пацієнту об'єкти, людей або ситуації, яких він боїться, і тим самим запобігає виконанню примусу для того, щоб поступово знизити рівень тривожності. Когнітивні й поведінкові методи доповнюють і посилюють один одного, що залежить від правильного поєднання з іншими методами терапії.

Згідно четвертого завдання досліджено ефективність когнітивно-поведінкового підходу у корекційній роботі з obsесивно-компульсивним розладом у дітей та підлітків.

Когнітивно-поведінковий підхід було застосовано у роботі з Сергієм (ім'я змінено), учнем загальноосвітньої школи. Як основне психокорекційне втручання була застосована техніка градуйованої експозиції з попередженням реакції та стандартні когнітивні техніки. Між сесіями Сергій щоденно самостійно проводив експозиції. За 4 місяці терапії було досягнуто 90% редукції симптомів ОКР (тривоги, obsесій, компульсій та уникнення, ступінь вираженості оцінювали за шкалою ОСІ), залишилися окремі мікрокомпульсії, які суттєво не впливають на якість життя. Повністю відновлено свободу пересування, користування комп'ютером та мобільним телефоном, відвідування церкви, спілкування з друзями та заняття музикою. Через півроку після завершення терапії Сергій

успішно склав ЗНО і влітку за його результатами та іспитом з гри на гітарі вступив до музичного училища. За рік після завершення терапії у нього утримується ремісія від ОКР, він навчається, живе повноцінним соціальним життям.

Зазначені результати свідчать про надзвичайно високу ефективність когнітивно-поведінкового підходу в корекційній роботі з дітьми та підлітками з obsesивно-компульсивним розладом.