

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД ПСИХІКИ: ЕВОЛЮЦІЙНІ ЗМІНИ СПРИЙНЯТТЯ ЦЬОГО ФЕНОМЕНА

Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ

Проаналізовано різні підходи до вивчення обсессивно-компульсивного розладу: структурні та функціональні, культурно-історичні, психологічні та психіатричні. Визначено, що обсессивно-компульсивний розлад психіки суттєво корелює з депресивними проявами, порушенням волі (емоційно-вольової сфери), дисбалансом у роботі універсальних психічних процесів (пам'яті, уваги, уяви). Перебіг цього стану характеризується не тільки внутрішніми конфліктами, але й помітним порушенням уяви, що провокується антипродуктивними (алгоритми, схеми, нормативність) деструктивними установками.

Ключові слова: обсессивно-компульсивний розлад, історія психології, історія психіатрії, Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду, реєстри психічних хвороб, неврози.

Обсессивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним із порушень мислення (а саме — цілеформування та цілереалізації), що характеризується нав'язливими станами, аутоперевірками, ритуалами, які регулярно повторюються. Зазначений феномен відносять до «малої психіатрії» і вважають неврозом, хоча ОКР як симптом трапляється у різних реєстрах психічних хвороб. Неточності у визначенні ОКР містяться в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [1], де досі точно не сформульовані його різновиди (F42) (не враховується чинник прояву нав'язливостей у психотичному, психопатичному та вегетативному реєстрах). У медичних стандартах цей феномен визначається головним чином у системі координат пропорційності нав'язливих думок та дій. Нинішній стан розробки проблеми не дає змоги точно діагностувати вид порушення, а розгляд ОКР виключно у форматі неврозу призводить до випадків, коли констатується його невиліковність (низка осіб, що пройшли курси лікування у психіатричних лікарнях або центрах психологічної допомоги, продовжують скаржитися на обсесії та компульсії).

У тяжких випадках ОКР може призводити до інвалідизації пацієнтів (соціальна дезадаптація, порушення розвитку особистості, втрата соціальних зв'язків), тому попередження ускладнень напряму залежить від уніфікації та коригування медичних і психологічних стандартів.

Сучасна ситуація в Україні щодо лікування таких симптомів характеризується різною динамікою. ОКР досі розглядається здебільшого у межах невротичного реєстру. Відповідно медичні стандарти не дають змоги впевнено діагностувати ОКР психотичної (при шизофренії та депресії),

психопатичної (обсесії та компульсії при психастенії) та вегетативної (вегето-судинна дистонія (ВСД), загальне порушення сну, циркадних ритмів сну, незбалансові режими дня, що призводять до вегетативної симптоматики, тощо) природи. Досі не вирішено питання щодо класифікації ОКР як складової соматоформних (психосоматичних) розладів. Отже, ОКР при соматизованій депресії необхідно розглядати як психотичний симптом, а при соматизованих неврозах — невротичним проявом.

Неоднозначним феноменом залишається природа обсессивно-компульсивних проявів у психастеників (у цьому випадку вживаються неоднозначні терміни «ананкастний розлад особистості» та «ананкастний невроз», що сприяє ускладненню психологічної та психіатричної діагностики). Слід зазначити, що стандарт МКХ-10, а саме — розділ індексу F42 (ОКР) потребує суттєвого доповнення. В ньому ОКР розглядається за єдиним неточним критерієм — пропорційність обсесій та компульсій. Введення категоріального апарату реєстрів (невротичного, психопатичного, психотичного, вегетативного) допоможе видалити зі стандарту МКХ-10 неточні підрозділи — F42.8. *Інші обсессивно-компульсивні розлади та F42.9. Обсессивно-компульсивний розлад неуточнений.* Це не тільки оптимізує розділ стандарту, але й надасть можливість уточнити всі прояви ОКР (як власне неврозу, психотичного симптому, вегетативного симптому та психопатичної риси). Завдяки більш виваженій та наближеній до психіатрії класифікації ОКР можна виключити феномен «неуточненого ОКР» зі стандарту МКХ-10*. Це також сприятиме переосмисленню всього предметного значення ОКР, який через неточності у стандартах часто інтерпретують виключно у невротичному реєстрі.

* Поточна класифікація ОКР у розділі індексу F42 не є ефективною навіть із точки зору загальних цілей.

Таке доповнення МКХ-10 дасть змогу зменшити випадки, коли психастеніки або хворі на депресію через шаблонні підходи до терапії не можуть звільнитися від obsesій та компульсій. Одним аспектом є співвідношення «депресія — ОКР», в якому сам механізм виникнення нав'язливостей не можна вважати виключно невротичним. Таке коригування змістовного наповнення розділу індексу F42 більш коректно відображатиме феномен ОКР у МКХ-11.

Проблема класифікаційних особливостей ОКР не є окремим епізодом удосконалення МКХ-10 або інших систем. Український дослідник Л. О. Кригіна підкреслює важливість зміни вектора від типологічних підходів (психопатологічна симптоматика діагностується у межах тільки однієї класифікаційної групи) до більш складних концепцій коморбідності (можливість установаження рядоположних діагнозів, які корелюють між собою, з виділенням головного та супровідного захворювань) [2]. Щодо тематики ОКР МКХ-10 не пропонує ефективного категоріального апарату (не встановлені осі класифікації) для диференціації головних та супровідних елементів.

І. А. Марценковський і К. В. Дубовик [3] указують на актуальність розгляду сенсорного феномену при ОКР, відповідно, і цей аспект також можна виділити як класифікаційний критерій. Н. Ю. Яковлева підкреслює коморбідність ОКР із порушеннями слуху [4]. За цим підходом можна розглядати ОКР не як «чисті нав'язливості» з невизначеною етіологією, а як симптом, що пов'язується із певним основним розладом (наприклад, когнітивно-поведінковими порушеннями, спричиненими вадами слуху, зору тощо). Причому такі думки підтверджуються класичними теоріями загальної психології видатного вченого О. М. Леонтьєва.

Зазначена ситуація з ОКР є наслідком складної історії формування цього поняття. У первісних людей ритуали нав'язливих повторів, що поєднувалися із значною кількістю афектів, слугували певним мнемотичним механізмом (тому ОКР інколи вважають регресом до первісної психіки). Фобічні та нав'язливі прояви часів античності тісно пов'язуються з культурно-історичними особливостями епохи. Як підкреслює російський дослідник Ю. В. Пустовойт, феномен «страху» став одним із чинників формування низки традицій та філософських систем [5], страх поступово перформатується в регулятор людської поведінки. Соціальні та законодавчі заборони внаслідок недоліків в емоційній регуляції античних людей перетворювалися на нав'язливі фобії. Вказується,

що культура страху стала не тільки індивідуальною ознакою, яку ми часто аналізуємо інтроспективно, вона перетворилася у всезагальну суспільну якість (регулятор поведінки).

Отже, першим етапом у пізнанні ОКР став досвід людей, які засвоїли соціалізацію, а також низку страхів, пов'язаних із розвитком особистості через заборону (закони, настанови жреців, міфи та легенди, священні тексти). Чинник страху, пов'язаний із меланхолічним сприйняттям світу, закріплювався у період Середньовіччя, коли хвороби психіки певний час розглядалися як божественна кара. Інститут релігії також пропонував ритуали, які, подібно до мнемотичної техніки, закріплювали певну структуру мислення. Циклічність виконання ритуальних дій (наприклад, церковних служб, молитов, культурних ритуалів), непередбачуваність психічних хвороб через низький рівень медицини, регулятивність страху — всі ці чинники сприяли реструктуризації свідомості. Особистість, яка «ділила» відповідальність за свої вчинки між власним «Я» та богом, помітно знижувала рівень власної тривоги, однак прийом ритуалізації сприяв підсвідомому закріпленню низки obsesій та компульсій.

Поступово нав'язливі страхи ставали предметом вивчення спеціальних галузей знань. Так, знаменитий перський філософ і лікар Авіценна вказував, що проти безпричинної меланхолії необхідно застосовувати як ліки (маються на увазі прообрази різних видів психотерапії) розваги, роботу, пісні, тому що найшкідливішою річчю для божевільного є страх та самотність. Він не випадково підкреслював чинник самотності, оскільки порушення соціалізації також суттєво впливало на формування нав'язливих думок та депресії.

А вивчення депресивних проявів у Європі засвідчило той факт, що нав'язливості у «чистому» вигляді трапляються лише в окремих випадках. Більш об'єктивною була точка зору на те, що вказана симптоматика тісно пов'язана з основним, або «фоновим», захворюванням. Особливий хід думок (ідеаторні порушення при депресії), негативні принципи пізнання світу (негативний образ світу), готовність тільки до невдач та проблем (негативний образ себе та майбутнього), порушення моторики (уповільнення рухів, нав'язливі дії) — всі ці чинники* утворили об'єктивний зв'язок між меланхолією та механізмами ОКР.

Надалі стає актуальним і інше важливе співвідношення: «вегетативні порушення — нав'язливості». У 1621 р. британський вчений Р. Бертон публікує наукову працю «Анатомія меланхолії» [6], де окреслює прояви ВСД, що системно пов'язана із симптоматикою нав'язливих страхів

* Мається на увазі когнітивна триада А. Бека з уточненнями щодо порушень моторики.

(обсесій). Він особливо вирізняє тривожність, яка виникає після бачення якогось жахливого об'єкта, від інших схожих психічних проявів. Р. Бертон створив передумови для розрізнення різних видів страхів. Не важко помітити, що нав'язливі думки при депресії супроводжуються уповільненим темпом мислення та сприйняття, а реактивні страхи при ВСД (особливо коли в уяві пацієнта раптово виникають ті чи інші страшні нав'язливі картини) характеризуються проявами гіперестезії та швидким ідеаторним процесом.

Спроби класифікації ознак ОКР спостерігаються у XIX ст., коли набув поширення термін «невроз» [7]. Однак поява теоретичного обґрунтування невротичного регістру в цю епоху не дала змоги вирішити основне питання нав'язливостей, одна вісь класифікації ОКР об'єднувала в межах поняття «невроз» досить різні речі. Лише у 1858 р. один із основоположників психіатрії в Росії І. М. Балинський запропонував термін «нав'язливі стани», і цю дату можна вважати початком розгляду зазначених явищ у ширшому діапазоні. Психіатри звернули увагу на особливості «тривожно-недовірливого» характеру, який став однією з ознак психастенії. Саме починаючи з цього історичного етапу ми стикаємося з проблемою, яка досі не має суттєвого розв'язання. У МКХ-10 психастенія та психастенічний невроз належать до індексу F48.8 (*Інші уточнені невротичні розлади*), отже, невротичний та психопатичний регістри в цьому випадку не розрізняються, потенційна коморбідність психопатії та неврозу в стандарті не фіксується.

Сучасні дослідники [8] акцентували увагу на тому, що перше наукове визначення нав'язливих думок та дій було запропоновано видатним німецьким психіатром К. Вестфалем. Його визначення виключає вегетативну симптоматику із загальних симптомів ОКР. Нав'язливий стан учений розумів як «уявлення, які з'являються у змісті свідомості страждаючої від них людини проти і всупереч її бажанню, при непорушеному в інших відношеннях інтелекті і не будучи обумовленими особливим емоційним або афективним станом; їх не вдається усунути...». К. Вестфаль досить чітко виокремлював симптоматику ОКР, однак проблема набула ускладнення через низку нюансів. Ідеаторні порушення дійсно вказували на те, що ОКР суттєво схожий на прояви неврозів. Однак такі словосполучення, як «чужі думки» та «безглуздий зміст» суттєво дезорієнтували систему категорій, що були властиві для невротичних порушень. Безглуздість нав'язливих ідей більш нагадувала феномен delirio (маячіння, у випадку з ОКР із слабкими параноїдними або параноїальними рисами), суб'єктивне сприйняття думок як чужих провокувало асоціації

з синдромом Кандинського — Клерамбо, а визнання низки тверджень хворобливими самими пацієнтами (також вони стверджували, що змінилися) спричинило аналогії щодо схожості неврозу із синдромом дереалізації-деперсоналізації. Такий стан речей лише заплутував класифікацію, створював дискусії щодо етіології розглядуваного феномена.

У XX ст. ОКР розглядався у спектрі вивчення неврастенії. Зокрема французький психолог П. Жане виокремив із меж неврастенічної проблематики синдром психастенії [9]. Під терміном «психастенія» він розумів невроз, у клінічній картині якого на перше місце виступають втомлюваність, переживання почуття неповноцінності, схильність до інтроспекції та загостреного аналізу, скрупульозність, абулія [10]. Було досліджено і характер психастеніків, а саме такі прояви, як стереотипність, педантичність, песимізм, авторитарність. Поступово для наукової спільноти стає очевидним, що термін «невроз» не може пояснити всі закономірності психастенічних процесів. Така ситуація сприяла появі аналітичних підходів, коли вже відомі невротичні прояви розділяли на окремі симптоми, із деяких неврозів видаляли симптоматику психотичної або органічної природи.

Психоаналіз став ключовим кроком у забезпеченні основного діагностичного інструментарію у визначенні терапії ОКР. Знаний австрійський психоаналітик З. Фройд, проаналізувавши неврози нав'язливості кількох своїх пацієнтів [11], особливо підкреслював роль страхів (обсесій), які стосувалися найближчих осіб (батьків і т. д.), та компульсивних імпульсів (страх перерізати собі горло бритвою та ін.). «Шлях у терапевтичний біль» дав змогу діагностувати ядра неврозів, коли через повторні переживання психологічних травм (у своїй уяві) клієнт чився по-новому дивитися на власні проблеми. З. Фройд констатував, що основні ідеї обсесій та компульсій сприймаються самими хворими як «чужі» по відношенню до їхньої власної психіки. Суттєвий акцент на лібіді, запропонований ученим, нині не вважається однозначним під час діагностики ОКР. У теорії психоаналізу він є відносним, оскільки пов'язується з проблемами часу, коли працював Фройд. Отже, у різні періоди історії можуть з'являтися інші категоріальні апарати. Наприклад, у наш час, окрім аспекту сексуальності, особливого значення набуває критерій впливу на свідомість багатовекторних інформаційних потоків (у цьому випадку можна говорити про зародження «інформаційного психоаналізу»), з'являється залежність від інформації (комп'ютерна та інтернет-залежність), нав'язливі думки про те, що треба зберегти або опрацювати більше відомостей (симптоми ОКР із «комп'ютерною» фабулою) і т. д.

Психопатичний реєстр нав'язливих станів досліджував німецький психіатр Е. Крепелін [12]. Їх важливими чинниками він вважав тривожно напружену увагу, безпідставні побоювання, нав'язливі уявлення та ін. Учений розглядав проблему з позицій спостереження за звичками мислення, фіксації актів «повторюваного самозаспокоювання», розуміння фону «хворобливих сумнівів» (*folie du doute*). Серед фобічних проявів Е. Крепелін виділяв «страх відповідальності», який призводить до зниження працездатності та уповільнення виконання професійної діяльності (зміни, що характерні для нав'язливих станів). Дослідник констатував наявність «страху суспільства», коли з огляду на обставини суб'єкт відчуває найбільший стрес. Е. Крепелін детально проаналізував психопатичні та невротичні симптоматики, нав'язливі фобії, однак лише описовими методами повною мірою класифікувати ці явища йому не вдалося.

У ХХ ст. критерії оцінки нав'язливостей та їх природи постійно змінювалися, продовжувався пошук нових ідей та концепцій. Наприклад, американський психолог та психоаналітик К. Хорні звернула увагу на невротичну «відчуженість людини від власної реальності» [13], коли особа починала витрачати значну кількість психічної енергії на досягнення «абсолютної досконалості». Ця стратегія навіювалася, як правило, оточенням суб'єкта, його родичами, які виявляли гіперопіку. У результаті впливу сформованої базальної тривоги виникали передумови для розвитку ОКР психіки. Завдяки працям К. Хорні у подальшому було прийнято психопатичний реєстр ОКР у світлі психології особистості, коли різні риси характеру набували різних оціночних знаків (плюс або мінус) в умовах соціальних відносин та приналежності до різних соціальних груп [14].

Радянський психіатр А. В. Снежневський досліджував симптоматику контрастних нав'язливостей (прояви ОКР, що характеризуються інтенсивною афектацією). Вчений проаналізував такий актуальний феномен, як «нав'язливе почуття антипатії», який виникав всупереч волі людини (на підсвідомому рівні). В усіх випадках його пацієнти не відрізняли страх від бажання зробити певні злочинні дії. А. В. Снежневський також згадував про «оволодіваючі уявлення», коли суб'єкти приймають неправдоподібне за дійсність всупереч свідомості [15]. Дослідження відомого психіатра створили умови для розробки теоретичної бази та класифікації ОКР, однак питання розрізнення психопатичної та невротичної природи контрастних нав'язливостей залишилося дискусійним.

Проведене дослідження надало можливість зробити такі висновки щодо феномену ОКР. Цей розлад вважається позитивним симптомом при

психотичних та вегетативних порушеннях, він розглядається як риса характеру при психопатії, є складовою деяких синдромів (наприклад, синдрому дереалізації-деперсоналізації), у чистому вигляді характеризується як невроз. Нерозуміння цих особливостей стає причиною неточної або неефективної психодіагностики. В історичному контексті обсессивно-компульсивний розлад визначався як меланхолія, тривожні розлади, пов'язані з культурно-історичними особливостями епох, ряд учених розглядали ОКР як невроз та психопатію. Виходячи із цих відомостей та традицій ОКР дотепер трактується дуже різнопланово, без орієнтації на дієвий категоріальний апарат (у психодіагностичних дослідженнях ОКР-невроз, ОКР при психастенії (або інших типах психопатій), ОКР депресивної етіології та ОКР-симптом при психотичних та вегетативних станах через неточності в МКХ-10 вважають одним і тим самим розладом (неврозом)). На нашу думку, термін ОКР слід замінити на формулювання «особливий реєстрозалежний стан з обсессивно-компульсивною симптоматикою», оскільки він детальніше розкриває предмет явища.

Список літератури

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд: у 3 т.— Женева: ВООЗ, 1995.— Т. 1.— 697 с.— URL: <http://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkkh10>
2. Кригіна Л. О. Перспективи впровадження багатовісьової версії МКХ-10 в практику судово-психіатричної експертизи неповнолітніх (огляд літератури) / Л. О. Кригіна // Архів психіатрії.— 2010.— Т. 16, № 3.— С. 50–54.
3. Марценковський І. А. Обсессивно-компульсивні розлади в педіатричній практиці / І. А. Марценковський, К. В. Дубовик // Нейронews. Психоневрологія та нейропсихіатрія.— 2017.— № 6 (90).— С. 42–49.
4. Яковлева Н. Ю. Обсессивно-компульсивний розлад у міжнародному форматі DSM-V у людей із вадами слуху в їхньому соціальному житті / Н. Ю. Яковлева // Теорія і практика сучасної психології.— 2018.— № 3.— С. 108–112.
5. Пустовойт Ю. В. Феномен страху в античній культурі і патристиці: дис. на соискание ученой степени канд. философ. наук; спец. 09.00.05 «Этика» / Ю. В. Пустовойт; Тульский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого.— Тула, 2007.— 178 с.
6. Бертон Р. Анатомія меланхолии: пер. с англ.; вступ. стаття и коммент. А. Г. Ингера / Р. Бертон.— М.: Прогресс-Традиция, 2005.— 832 с.

7. Психология и психиатрия. Невроз навязчивых состояний.— URL: <http://www.psihomed.com/nevroz-navyazchivyyh-sostoyaniy>
8. Цыганков Б. Д. Психиатрия. Руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 493 с.
9. Большая медицинская энциклопедия: в 35 т.; гл. ред. Н. А. Семашко.— М.: Государственное словарно-энциклопедическое издательство «Советская энциклопедия», 1928.— 936 с.
10. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков.— М.: Медицина, 1987.— 304 с.
11. Фрейд З. Вступ до психоаналізу; перекл. з нім. П. Тарашук / З. Фрейд.— К.: Основи, 1998.— 709 с.
12. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин.— М.: Бином, 2004.— 493 с.
13. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию; пер. с англ. Е. И. Замфир; под ред. М. М. Решетникова / К. Хорни.— СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1997.— 316 с.
14. Асмолов А. Г. Психология личности: учеб. / А. Г. Асмолов.— М.: Изд-во МГУ, 1990.— 367 с.
15. Руководство по психиатрии; под ред. А. В. Снежневского: в 2 т.— М.: Медицина, 1983.— Т. 1.— 438 с.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПСИХИКИ: ЭВОЛЮЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ЭТОГО ФЕНОМЕНА

А. М. ЛЯМЕЦ

Проанализированы разные подходы к изучению обсессивно-компульсивного расстройства: структурные и функциональные, культурно-исторические, психологические и психиатрические. Определено, что обсессивно-компульсивное расстройство психики существенно коррелирует с депрессивными проявлениями, нарушением воли (эмоционально-волевой сферы), дисбалансом в работе универсальных психических процессов (памяти, внимания, воображения). Течение данного состояния характеризуется не только внутренними конфликтами, но и заметным нарушением воображения, что провоцируется антипродуктивными (алгоритмы, схемы, нормативность) деструктивными установками.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, история психологии, история психиатрии, Международная классификация болезней 10-го пересмотра, регистры психических болезней, неврозы.

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: EVOLUTIONAL CHANGES OF THIS PHENOMENON PERCEPTION

A. M. LYAMETS

Here, we have analyzed different approaches to studying the obsessive-compulsive disorders such as: structural and functional, cultural and historical, psychological and psychiatric ones. The obsessive-compulsive mental disorder was determined to significantly correlate with depressive manifestations, disturbances of volition (emotional-volitional sphere), imbalance in universal mental processes (memory, attention, imagination). The course of this state is characterized not only by inner conflicts, but a noticeable disturbance in imagination, triggered by counterproductive destructive patterns (algorithms, schemes, normativity) as well.

Key words: obsessive-compulsive disorder, history of psychology, history of psychiatry, ICD-10, registers of mental diseases, neuroses.

Надійшла 03.12.2018