

УДК 616.89-008.441.1-07.08

А.І. Герасименко, Ю.А. Кушнір, Г.О. Осадчая
УЯВЛЕННЯ ПРО ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ З ТОЧКИ ЗОРУ СУЧАСНИХ
КЛАСИФІКАЦІЙНИХ СИСТЕМ

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1
 Українська психіатрична лікарня с суворим наглядом МОЗ України

Ключові слова: тривожно-фобічні розлади, фобії, тривога, DSM-IV, МКХ-10

Останні десятиліття сучасного розвитку суспільства характеризуються значним поширенням межових психічних розладів [11, 16, 18, 26, 31]. У структурі цих розладів значну питому вагу становлять невротичні фобії [13, 23, 25, 29, 32]. За даними різних авторів ці цифри складають від 15% до 44% [4, 6, 7, 19, 24, 36, 37, 39, 44]. У загальній популяції тривожно-фобічні розлади (ТФР) невротичного кола, за даними Б.Д. Карвасарського (1990), зустрічаються у 8 - 9% населення. А D.Goldberg, S.Benjamin, F.Greed (1993) наводять дані 3 - 6%, а за інформацією R. Noyes та співавт. (1980), на тривожно-фобічні розлади страждають 5 % людей [7, 40, 43]. При цьому більшість пацієнтів спостерігаються в загальномедичній мережі, де показник їхньої розповсюдженості досягає 11,9 % [29, 38, 42, 45].

Одночасно зростає кількість невротичних фобій резистентних до терапії, з затяжним типом перебігу, ускладнених вегетативними проявами та схильних до рецидивування. Все це призводить до значного порушення індивідуального життя хворого як в соціальному, так і у професійному планах, до тимчасової та стійкої втрати працездатності у даного контингенту хворих, а також до великих економічних затрат [1, 7, 14, 35].

Не дивлячись на велику кількість досліджень подальшого вивчення потребують деякі аспекти психопатології, динаміки та виходів ТФР, коморбідні прояви, механізми етіопатогенезу та преморбідні особистісні характеристики хворих на тривожно-фобічні розлади з інтеграцією результатів цих досліджень в існуючі класифікаційні системи [10, 20].

Термін «фобії» застосовував ще Гіппократ: саме слово «фобія» походить від грецького «фобос», що означає панічний страх, жахиття. Нав'язливий страх смерті був описаний на початку XVII в. [Burton R., 1621]. В медичних журналах XVIII сторіччя були представлені відомості про гострі напади тривоги і страху з кардіологічними і дихальними симптомами. Для їхнього опису використовувалися такі терміни, як «солдатське серце», «нейроциркуляторна неврастенія», «гіпервентиляційний синдром» і багато інших. Детальний опис одного з видів фобій (агорафобії) К. Вестфалем [Westphal C, 1871] в 1871 році поклав початок детальному їх вивченню в психіатричній клініці, особливо в клініці неврозів. Він вказав, що фобії спливають у свідомості людини мимо її волі при незачепленому в інших стосунках інтелекті і не можуть бути довільно «вигнані» зі свідомості. Westphal гадав, що в основі нав'язливих страхів лежить розлад мислення, у той час як Morel причиною

їх вважав порушення емоцій.

Лише на стику XIX-XX вв. (1895—1903) завдяки дослідженням учнів J. Charcot— Z. Freud і P. Janet, що виходили з різних теоретичних установок, були початі спроби об'єднання тривожно-фобічних розладів у самостійне захворювання — тривожний невроз (Z. Freud), психастенію (P. Janet). Зараз термін P. Janet «психастенія» вживається в основному для позначення одного з типів конституціональних психопатій. Трохи пізніше P. Janet (1911) об'єднав агорафобію, клаустрофобію, транспортні фобії терміном «фобії положення». Автором було висунуте уявлення про бінарну структуру фобій, що включає поряд зі страхом певних ситуацій симптомокомплекс, що відображають реакцію хворого на цей феномен. [7, 29, 32].

В 1914 році Г.С. Хол /Hall G.S./ представив список з 135 видів фобій [42]. У сучасному американському словнику медичних термінів їх налічується вже понад 400.

Широке використання психіатрами терміну « фобія » при описі остраху певних предметів, станів і явищ відноситься до другої половини XIX століття, а саме поняття трактується досить різноманітно. Так, О.В. Кербиков (1971) дає досить коротке визначення: «- Фобія є нав'язливий страх» [8]. А.В.Снежневський (1968) визначає фобії як «нав'язливий страх, що відрізняється інтенсивністю й непереможністю, незважаючи на його безглуздість та зусилля його здолати» [30]. С.М.Давиденков (1963) розглядає фобії як «випадково пережиті хворим життєві побоювання, які непропорційно розролись до ступеня важкого патологічного симптому» [3]. Б.Д.Карвасарський (1990) дає наступне визначення: «Фобія - це нав'язливе переживання страху із чіткою фабулою, що загострюється в певних ситуаціях при збереженні достатньої критики до свого стану» [7]. М.В.Коркіна (1995) розуміє фобії як «дуже болісне переживання страху, який викликається різними предметами та явищами» [9]. За А.М.Святоцем (1997), «фобія - це страх, пов'язаний з певною ситуацією або групою уявлень і не виникаючий за їх відсутності» [28]. Оригінальне визначення фобій зустрічається у Н.І.Карпан і В.І.Садок (1994): «фобія являє собою настільки існуючий ірраціональний страх, у результаті якого має місце усвідомлене уникання специфічного, викликаючого страх об'єкта, діяльності або ситуації» [5].

Підходи до класифікації фобічних розладів з моменту становлення сучасного етапу психіатричної науки

теж досить розмаїті. Різні автори використовують індивідуальні базові критерії та алгоритми щодо систематики та класифікації цих розладів. Нижче наведені основні з них..

Класифікація по фабулі нав'язливого страху:

1. Страх простору й переміщення в ньому:

- агорафобія (страх відкритих великих просторів, наприклад, широких площ, вулиць, полів);
- клаустрофобія (острах замкнутих просторів: ліфт, вузькі вулиці, замкнені кімнати);
- гіпсофобія (страх висоти);
- страх глибини;
- страх поїздок у транспорті.

2. Соціофобії (страхи, пов'язані зі знаходженням у суспільстві інших людей):

- петтофобія (страх суспільства);
- страх публічних виступів;
- страх перед іспитами;
- ерейтофобія (страх почервоніти в значимій для хворого ситуації);
- страх через неможливість здійснити яку-небудь дію в присутності сторонніх (проковтнути їжу, помочитися, ін.);

-страх відвідування громадських туалетів;

-страх блювати (гикавки), яка мимоволі виникає у суспільстві;

-антропофобія (страх юрби, страх задихнутися в ній, унеможливлення з неї вибратися);

-монофобія (острах самотності).

3. Нозофобії (страх занедужати яким - небудь захворюванням):

- кардіофобія (страх за стан свого серця);
- інфарктофобія (страх занедужати інфарктом міокарда);

-страх занедужати сказом, сапом та іншими інфекційними захворюваннями;

-лісофобія (страх божевілья);

-сифілофобія (страх заразитися сифілісом);

-канцерофобія (страх занедужати раком).

4. Страх за здоров'я близьких..

5. Танатофобія (нав'язливий страх смерті).

6. Сексуальні страхи:

-страх перед неможливістю здійснити статевий акт;

-онанофобія (острах уявних наслідків онанізму);

-страх втрати ерекції;

-страх передчасної еякуляції;

-страх неможливості переживання оргазму при статевому акті;

-страх вагітності;

-страх болі при статевих зносинах..

7. Обсесивно - компульсивні страхи:

-мізофобія (страх забруднення);

-страх вчинити самогубство (наприклад, викинутися з вікна, кинутися у воду з мосту, нанести собі поранення гострим предметом);

-страх нанесення каліцтва своїм близьким (наприклад, побити свою дитину, убити свого родича);

-айхмофобія, оксифобія - страх гострих предметів (-

страх поранити ножом, сокирою або іншим гострим предметом себе або своїх близьких).

8. «Контрастні» нав'язливі стани (страх зробити вчинок, що суперечить морально - етичним установкам особистості):

-страх голосно вимовити нецензурні слова в суспільстві у вихованої людини;

-страх "зробити щось непристойне, брудне" у священика під час богослужіння й ін.

9. Нав'язливий страх тварин (змій, павуків, тарганів, мишей, пацюків, собак і ін.):

10. Пантофобія - генералізований нав'язливий страх.

11. Фобобії (страх повторення нападу нав'язливого страху, «страх страху»).

Класифікація по кількості об'єктів нав'язливого страху:

-монофобії (виявляється один об'єкт страху, наприклад, страх темряви);

-поліфобії (є кілька об'єктів страху, наприклад, нав'язливий страх павуків, мишей і страх божевілья).

Класифікація за часом виникнення нав'язливих страхів:

-первинні (наприклад, страх їзди на автобусах);

-вторинні (приєднання страху їзди на тролейбусах, трамваях, машинах, фобобії).

Класифікація за ознакою «спрямованості» нав'язливих страхів:

-фобії "зовнішнього стимулу" (причина страху перебуває в зовнішньому середовищі (наприклад, страх простору й переміщення в ньому, соціофобії);

-фобії "внутрішнього стимулу"(причина страху перебуває в самому хворому; наприклад, нозофобії, страх самогубства, танатофобія).

"Прямі" страхи й страхи наслідків:

- "прямі" страхи мають на увазі острах конкретного об'єкта або ситуації (агорафобія, нав'язливий страх павуків, ерейтофобія й ін.);

-страхи наслідків ситуації (наприклад, онанофобія являє собою страх перед уявними негативними, хв оробливими наслідками мастурбації).

Класифікація по тенезу нав'язливих страхів:

- «елементарні фобії» - виникають безпосередньо за дією надсильного подразника, який їх викликав, коли причина їх виникнення очевидна, хворі усвідомлюють те, що викликало їхнє захворювання. Сюди відносяться, наприклад, страх їзди на залізниці, що розвинувся після залізничної катастрофи, острах собак у дітей, наляканих або покусаних собаками, страх гоїдатися на гоїдалці після падіння з неї та ін.;

- «криптогенні фобії» (від грець. «kriptos» - прихований) – виникають, на перший погляд, без зовнішнього приводу, причина їх виникнення прихована і не усвідомлюється хворим. Амнезія психічної травми, що викликала нав'язливий страх, частіше спостерігається при істеричному неврозі. При неврозі нав'язливих станів і неврастенії в багатьох випадках справа не в тому, що хворі не пам'ятають психотравмуючої ситуації, а в тому, що вони не можуть установити зв'язки між цією подією

й нав'язливим страхом..

Класифікація по спрямованості домінуючого впливу на певний рівень структури особистості: -біологічні (страхи, безпосередньо пов'язані із загрозою життю або здоров'ю людини); -соціальні (острахи й побоювання за зміну свого соціального статусу); -екзистенціальні (страхи, пов'язані із глибинною сутністю людини й характерні для всіх людей незалежно від конкретних ситуацій).

Класифікація, яка враховує розвиток (гострий, підгострий), *протікання* (хвилеподібне, хронічне) та *наслідки* (зворотній розвиток, одужання, ускладнення симптоматики) фобічних проявів [7, 14, 27, 28, 33].

У Міжнародній класифікації психічних хвороб фобії отримали окремий діагностичний знак в 1947 році, у номенклатурі американської психіатричної асоціації - в 1952 році..

В Міжнародній класифікації хвороб 9-го перегляду, яка була опублікована ВООЗ у 1977 р., виділяли невроз тривоги (300.0) та фобії невротичні (300.2).

Сучасні уявлення про тривожно-фобічні розлади викладені в МКХ-10 та DSM-IV [15, 34]. МКХ-10 об'єднує всі фобічні розлади (агорафобія, соціальні фобії, специфічні фобії) в одну групу (F 40) [41], для якої характерні наступні загальні ознаки:

А. Стани тривоги, обумовлені виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до пацієнта), які в цей момент не становлять об'єктивної загрози.

В. Фобічні ситуації звичайно уникаються або переносяться з почуттям страху.

С. Суб'єктивно, фізіологічно, поведінково фобічна тривога не відрізняється від інших типів тривоги й може варіювати від легкого занепокоєння до жаху.

Д. Характерна концентрація пацієнтів на індивідуальних симптомах з розвитком вторинних страхів (смерті, втрати самоконтролю, божевілля).

Е. Тривога не знижується від усвідомлення того, що інші люди не вважають дану ситуацію небезпечною.

Ф. Характерна тривога очікування потрапити в ситуацію, яка визиває страх. [15].

До т.з. інших тривожних розладів (F 41) належать панічний розлад, генералізований тривожний розлад, а також змішаний тривожно-депресивний розлад. Характерним для них є те, що прояви тривоги являються головними симптомами і не обмежуються особливою ситуацією. Також можуть бути присутні депресивні та obsесивні симптоми й навіть деякі елементи фобічної тривоги, але вони є чітко вторинними і менш тяжкими.

Агорафобія (F40.0). Під агорафобією розуміється страх перед такими місцями або ситуаціями або їх уникання, втеча з яких у випадку виникнення сильних, схожих з панічними симптомів, що викликають у тому числі й почуття незручності, була б утруднена й у яких не може бути надана допомога. У МКХ-10 проводиться диференціація між агорафобією з панічними розладами (F40.00) та без них (F40.01). В DSM-IV, навпаки,

комбінація діагнозів «агорафобія» і «панічний розлад» звучить як «панічний розлад з агорафобією».

Соціальні фобії (F40.1). Під соціальними фобіями розуміються клінічно значимі, послідовні тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням із соціальними ситуаціями або ситуаціями, у яких оцінюється успішність і які ведуть, як правило, до уникаючої поведінки.

Специфічні фобії (F40.2). Як специфічні фобії визначаються послідовно виникаючі, клінічно значимі тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням з певним загрозливим об'єктом або певною ситуацією і найчастіше призводять до уникаючої поведінки. Особи зі специфічними фобіями звичайно усвідомлюють їхню неадекватність.

Панічні атаки. Панічні атаки хоча й не мають власного кодування, все-таки мають велике значення для диференціальної діагностики, являючись основним психопатологічним синдромом, і тому докладно розглядаються в DSM-IV [21].

Панічною атакою називають фіксований часовий проміжок, під час якого раптово з'являється сильна й всепоглинаюча тривога, побоювання або переляк, найчастіше супроводжувані почуттям нещастя, що швидко насувається. Під час цих атак виникають такі симптоми, як задишка, прискорене серцебиття, болі в грудях або фізичний дискомфорт, почуття задухи, страх збожеволіти або втратити над собою контроль [21, 34].

Панічні розлади (F41.0). Основна ознака панічних розладів — це несподівані й не пояснені для самого індивіда панічні атаки, що повторюються. З панічними атаками пов'язане виникаюче згодом тривале почуття заклопотаності тим, що атака може повторитися й викликати неприємні наслідки. Люди, що страждають такими нападами тривоги, найчастіше не можуть собі пояснити їхні причини, оскільки такі атаки не завжди пов'язані з певними ситуаціями. Без послідовного лікування майже неминуче розвивається уникаюча поведінка, в результаті якої люди обмежують свій стиль життя й оминають ті місця і ситуації, у яких може початися новий напад тривоги.

Генералізований тривожний розлад (F41.1). Генералізований тривожний розлад характеризується перебільшеними й не адекватними реальності страхами та занепокоєністю, які тривають протягом кількох місяців (за DSM-IV- принаймні 6 місяців). Як правило, вони пов'язані з повсякденними ситуаціями і проблемами. При цьому виникає характерний кластер м'язових, вегетативних та когнітивних симптомів.

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2). Ця змішана категорія використовується, коли присутні симптоми як тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші окремо не є чітко домінуючими або вираженими настільки, щоб виправдати діагноз. Мають місце деякі вегетативні симптоми (такі як тремор, серцебиття, сухість у роті, бурління в животі та ін.), навіть якщо вони непостійні. Пацієнти з такою сумішшю порівняно легких симптомів часто спостерігаються при пер-

винному зверненні, але їх набагато більше існує в населенні, яке не потрапляє під увагу медиків [12, 15, 21].

Найважливішою умовою класифікації тривожно-фобічних розладів є, з одного боку, найбільш тонка диференціація тривоги як первинної емоції з її афективними, фізичними й когнітивними компонентами, тривожності як властивості особистості та диференціальна діагностика різних форм патологічної тривоги, а з іншого боку, проведення грані між патологічною тривогою й іншими видами психічних розладів [2, 21, 32]. Основними ознаками патологічної тривоги є наступні: 1) тривожна реакція та унікаюча поведінка переживаються людьми, що страждають цим захворюванням, як необґрунтовані, неадекватно сильні й занадто часто виникаючі, 2) хворі починають уникати ситуацій, що викликають тривогу, і втрачають контроль над тривогою, 3) тривожні реакції виникають послідовно й тривають довше звичайного, 4) тривога призводить до порушення якості життя.

Відмежування нормальної тривоги й тривожності від різних форм патологічної тривоги в останні роки стало проводити значно легше завдяки введенню чітких діагностичних критеріїв і алгоритмів постановки діагнозу. Для цих цілей зараз у всьому світі використовують дві класифікаційні системи, тепер добре погоджені одна з одною і зручні для вирішення як дослідницьких, так і практичних завдань, — МКХ-10 ВООЗ (World Health Organization, 1992), доповнену однозначно сформульованими діагностичними критеріями дослідження (World Health Organization, 1993), і четверту версію DSM Американської психіатричної асоціації (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994, 1996), що містить значно більш диференційовані, ніж у МКХ, ознаки розладів. (APA) Табл. 1. дає уявлення про структуру класифікації цих систем стосовно тривожних розладів та про деякі розходження між ними [21].

В обох класифікаційних системах — як у МКХ-10, так і в DSM-IV — підкреслюється необхідність розглядати специфічні тривожні розлади більш диференційовано, ніж це було в минулому, причому залучаючи не тільки актуальні дані, але й інформацію про все життя пацієнта в цілому. Якщо це необхідно, повинні бути поставлені кілька діагнозів з розділу тривожних розладів, а також і діагнози з інших груп розладів (= коморбідність). При цьому варто враховувати дані сучасних наукових досліджень, які показали, що фобічні розлади, які рано почалися (наприклад, у дитячому віці), можуть передувати іншим психічним розладам і впливати на їхній перебіг, що, природно, повинно враховуватися й при виборі належної стратегії лікування [17, 22, 35]. Обидві системи використовують скоріше описовий феноменологічний підхід. При цьому для кожного розладу детально описуються або встановлюються ті ознаки, які повинні бути присутніми, щоб міг бути поставлений той або інший діагноз. Традиційні етіологічні моделі, наприклад концепція неврозів, пішли в минуле.

Розкладання колишніх широких категорій «неврози тривоги» та «фобії» (у МКХ-9 у розділі, відведеному для неврозів (розділ 300) виділялися: 300.0 -невроз тривоги (страху); 300.2 - фобії невротичні) на різні конкретні діагнози ґрунтується на різноманітних даних теоретичних і прикладних досліджень, які, наприклад, довели, що генералізований тривожний розлад і панічний розлад (колись поєднувані під кодом 300.0 «невроз тривоги») необхідно розглядати як окремі діагнози внаслідок їхніх принципових розходжень в етіології, патогенезі, прогнозі й показань до терапії.

В якості деяких релевантних розходжень між МКХ-10 і DSM-IV необхідно назвати наступні:

1) DSM-IV розглядає тривожні розлади значно ширше, ніж МКХ-10, оскільки включає в цей розділ нав'язливі розлади, посттравматичні стресові розлади і тривожні розлади в дитячому й підлітковому віці.

2) У МКХ-10 агорафобія ієрархічно розташована вище, ніж панічні розлади. На практиці це означає, що по DSM-IV частіше ставлять діагноз «панічний розлад», а по МКХ-10 — «агорафобія з панічним розладом».

3) По МКХ-10 діагноз «генералізований тривожний розлад» ставиться відповідно до довгого списку з 22 симптомів; розлад повинен задовольняти мінімум 4 критеріям, мінімум один із яких повинен бути вегетативним. Система DSM-IV вимагає для постановки діагнозу задоволення від трьох до шести симптомів. Імовірно тому такі діагнози частіше ставляться по МКХ-10, ніж по DSM-IV.

4) На відміну від DSM-IV, МКХ-10 відмовляється від специфічних психосоціальних критеріїв розмежування і замість цього найчастіше пропонує невизначене формулювання розладу як «клінічно значимого».

5) МКХ-10 особливо виділяє різні, не строго чіткі змішані діагнози (наприклад, змішаний тривожний і депресивний розлад), які в DSM-IV приводяться тільки як критерії дослідження. Тут пропонується діагностувати стани, які ніколи протягом життя хворого не відповідали всім критеріям специфічного тривожного розладу або депресії, але є клінічно значимими.

6) DSM-IV підкреслює значення тривожних синдромів, обумовлених органічними порушеннями або вживанням психоактивних речовин, і надає більше простору для диференціальної діагностики тривожних розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин або пов'язаних із соматичною хворобою, ніж МКХ-10 [21].

Кожний тривожний розлад операціоналізується в обох класифікаційних системах за допомогою відносно однозначно описаних критеріїв і діагностичних алгоритмів.

Безперечно прогресивними та передовими в порівнянні з попередніми класифікаційними системами тривожно-фобічних розладів є досягнення і нововведення МКХ-10 та DSM-IV у вигляді високої стандартизації та уніфікації клінічної діагностики, зрозумілих і валідних діагностичних критеріїв психічних розладів, багато-

осьової системи діагностики, що значно допомагає в практичній, дослідницькій та статистичній роботі [20]. Разом з тим, подальшої інтеграції в розвиток сучасних класифікаційних систем, на наш погляд, потребують деякі аспекти етіопатогенетичних механізмів виникнення фобій, структурно-динамічних особливостей прояву захворювання (дебют, перебіг, наслідки).

Насьогодні нагальними питаннями щодо ТФР є: розробка клініко-психопатологічних маркерів прогнозу, орієнтованих на нозологічну і типологічну диференціацію фобій, пошуки шляхів адекватної організації лікувально-реабілітаційного процесу, побудованого на функціонально-структурних підходах, урахування принципів системогенезу при проведенні психо- і фар-

Таблиця 1

Класифікація тривожних розладів за МКХ-10 і DSM-IV

Класифікація МКХ-10	Класифікація DSM-IV	Основні відмінності
F4 Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	Тривожні розлади	В DSM-IV всі розглянуті захворювання, за винятком поміщених у дужках, класифікуються як тривожні розлади
F40 Тривожно-фобічні розлади		
F40.0 Агорафобія		В DSM-IV дані більш докладні критерії й більше вказівок для диференціальної діагностики
.00 без панічного розладу	Агорафобія без панічного розладу	
.01 з панічним розладом	Панічний розлад з агорафобією	
F40.1 Соціальні фобії	Соціальна фобія	В DSM-IV виділено більше підтипів, особливо для фобій
F40.2 Специфічні (ізолювані фобії)	Специфічна фобія	
F40.8 Інші фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F40.9 Неуточнені фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F41 Інші тривожні розлади		
F41.0 Панічний розлад .00 середньої важкості .01 важкий	Панічний розлад без агорафобії	Якщо розлад задовольняє критеріям як агорафобії, так і панічного розладу, то симптоматична картина класифікується в МКХ-10 як агорафобія, а в DSM як панічний розлад
F41.1 Генералізований тривожний розлад F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад F41.3 Інші змішані тривожні розлади	Генералізований тривожний розлад (змішаний тривожний і депресивний розлад)	
F41.8 Інші уточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F41.9 Неуточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42 Нав'язливі розлади		
F42.0 Нав'язливі думки або міркування F42.1 Нав'язливі дії або ритуали F42.2 Змішані нав'язливі думки й дії	Нав'язливий розлад	В DSM розлад далі не класифікується замість цього виділяються підтипи по здатності до інсайту
F42.8 Інші нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42.9 Неуточнені нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації		
F43.0 Гостра реакція на стрес	Гострий стресовий розлад	Порушення адаптації утворюють в DSM окрему групу розладів, що не входить у тривожні розлади
F43.1 Посттравматичний стресовий розлад F43.2 Порушення адаптації	Посттравматичний стресовий розлад (порушення адаптації)	
F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес F43.9 Неуточнені реакції на тяжкий стрес		
		В DSM тільки одна резидуальна категорія «неуточнений тривожний розлад»

макотерапевтичних, а також соціально-реабілітаційних заходах.

Подібно до того, як нема єдиного розуміння етіопатогенезу тривожно-фобічних розладів в цілому, на нинішній день немає і єдиних та чітких клініко-діагностичних критеріїв для підтипів і варіантів цих розладів, відсутня узгодженість наукової спільноти відносно предикторів ТФР, неоднозначні та неузгадані погляди щодо кореляції з коморбідною патологією. Ці питання потребують подальшого дослідження та інтеграції в нинішні класифікаційні системи.

Вищезазначене і обумовлює актуальність дослідження.

Література:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1993. - 400 с.
2. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 1999. — 304 с.
3. Давиденков С.Н. Неврозы. Л.: Медгиз, 1963. — 269 с.
4. Дмитриева Л. Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1996. - 24 с.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. В 2т. -М.: Медицина, 1994. - 672 с.
6. Карандашева Э. А. Фобический синдром при неврозах (клинико-психологический, биохимический аспекты и лечение): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук -Л., 1976. - 23 с.
7. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей.- 2-е изд.- М.: Медицина, 1990. - 448с.
8. Кербиков О.В. Избранные труды. - М.: Медицина. - 1971. - 312 с.
9. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. К 66 Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
10. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напреснка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. — Харків, 2003. — Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.
11. Кузнецов В.М. Психіатрична допомога дитячому і підлітково-му населенню України // Історія Сабурової дачі. Успехи психіатрії, неврології, нейрохірургії та наркології: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 238–239.
12. Кутько І.І., Напреснко О.К., Козидубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напреснка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353-372.
13. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности (клиника и лечение).- М.: Медицина, 1994.- 192 с.
14. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза // Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, N.4.- С.35-40.
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике).- ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994.- 304 с.
16. Михайлов Б. В., Табачніков С. І., Марута Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Українській медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 4. — С. 99–102.
17. Мишиев В.Д. Дифференциальная психофармакотерапия депрессивных состояний различной этиологии. Журн психиат и мед психол 1998; 1: 78-87.
18. Мишиев В.Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс. — 2004. — 207 с.
19. Мосолов С. Н., Калинин В. В. Закономерности формирования коморбидности и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А. Б. Смуглевича. — М., 1998. — С. 217–228.
20. Напреснко О.К., Логановский К.М. Сучасні психіатричні класифікації: спроба об'єднання // Укр. мед. часопис. - 2002. - № 2. - С.5-12
21. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем.-СПб.: Питер, 2006.- 1312 с.
22. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.
23. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. Руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
24. Полюенко Ю.Н. Респираторно-ориентированная психотерапия в лечении невротических фобий: Автореф. дис... канд. мед. наук. - К., 2001. - 20 с.
25. Портнов А. А., Федотов Д.Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии.- М., 1957.- 125 с.
26. Психіатрія / О.К. Напреснко, І.Й Влох, О.З.Голубков та ін. За ред. проф. О.К.Напреснка. — К.: Здоров'я, 2001.- 584 с.
27. Ревенок О.А., Жабокрицький С.В. Характеристика фобій в осіб, які перенесли гостру променеву хворобу // Арх. Психіатрії.- 2000.- №1-2(20-21). — С. 22- 27.
28. Святоц А. М. Неврозы: Руководство для врачей. - СПб.: Речь, 1997. - 356 с.
29. Смуглевич А.Б. Пограничные психические нарушения. - М.: Проспект, 2001. — 264 с.
30. Снежневский А. В. Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А. Психиатрия. 2-е изд.— М.: Медицина, 1968.— 448 с.
31. Табачніков С. І., Михайлов Б. В., Марута Н. О. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні // Форум психіатрії та психотерапії. — 2004. — Т. 5, спец. випуск. — С. 34–40.
32. Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика : Монография. - Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005. - 348с.
33. Ю.В. Щербатых. Проблемы классификации экзистенциальных страхов личности // Нац. проекты как фактор создания современной России: Сб. научн. трудов регион. межвуз. научн. конф. — Воронеж: ВФ МГЭИ, 2006. С. 176-178.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
35. Bloch, S. An Introduction to the Psychotherapies. 3rded. Oxford University Press, 1996.
36. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, et al. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. Am J Psychiatry. 1995;152:683-691.
37. Eaton, W.W. (1995) Progress in the epidemiology of anxiety disorders. Epidemiologic Reviews, 17,32-38.
38. Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., & Magee, W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. American Journal of Psychiatry, 151:413-420.
39. Emmelkamp, P. M. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York: Plenum Press.
40. Goldberg D., Benjamin S., Gred F. Psychiatry in medical practice. 1994.
41. Magee, William J.; Eaton, William W.; Wittchen, Hans-Ulrich; McGonagle, Katherine, and Kessler, Ronald (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry. 53159-168

42. Marks I. M., Gelder. M. *A Controlled Retrospective Study of Behavior Therapy of Phobic Patients* // *Brit. J. Psychiat.* - 1965. - V. 111. - P. 561.

43. Noyes R. Jr., Clancy J., Hoenk P. R., Slimen D. J. (1980) *The prognosis of anxiety neurosis. Archives of General Psychiatry*, 37, 173 – 178.

44. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. *Fluvoxamine, placebo,*

and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1996; 10: 219–42.

45. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. *Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psychiatry.* 1996;153:213-218.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ Я СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМ

А.И. Герасименко, Ю.А. Кушнир, Г.А.Осадчая

В статье изложены представления о тревожно-фобических расстройствах с точки зрения современных классификационных систем: DSM-IV и МКБ-10. Показана общность базисного построения обеих систем касательно тревожных расстройств, их скоординированность в виде относительно однозначно описанных критериев и диагностических алгоритмов. Также представлены некоторые релевантные различия между ними. Освещен историко-терминологический аспект учения о фобиях.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, фобии, тревога, DSM-IV, МКБ-10

IMAGINARY ANXIOUS PHOBIA DISORDERS FROM THE POINT OF VIEW OF MODERN CLASSIFICATION SYSTEMS

A.I. Gerasimenko, U.A.Cushnir, G.A.Osadchaia

The article expounds the overview about anxious phobia disorders from the point of view of modern classification systems: DSM-IV and ICD-X. It shows commonality of basic formation between two systems concerning anxious phobia disorders, and their coherence in it's kind with regard to unambiguously described criteria and diagnostic algorithms. The article also introduces some germane differences between them. Historically-terminological aspect of learning about phobias is also highlighted.

Keywords: anxious phobia disorders, phobias, anxiety, DSM-IV, ICD-X

УДК: 616.89-008.19-058-056.8-056.4

С.С. Кирилюк, О.О.Фільц

ОСОБИСТІСНИЙ ТА СОЦІО - КУЛЬТУРАЛЬНИЙ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Ключові слова: депресія, діагностика, розлади особистості, соціо-культуральний аспект

Традиційний підхід до діагностики афективних розладів та їх класичне бачення [1,2,3] щораз частіше наштовхуються на суперечності до сучасного розуміння депресій. Цьому причиною є не лише феноменологічні зміни симптоматики депресій, але і їх клінічна «інакшість». За даними різних авторів [4,5,6] однією з причин помітної видозміни проявів депресивного синдрому протягом останніх десятиліть є нашарування соціальних та культурних чинників. Також, протягом останнього десятиліття привертають увагу дослідників, практикуючих лікарів-психіатрів та психотерапевтів особливості та характеристики темпераменту, як суттєві патопластичні фактори афективного розладу (Н.Аkiskal, М.Л.Figuera).

Актуальність публікації зумовлена потребою виявлення та уточнення домінуючих особистісних радикалів при депресивному розладі та визначення патопластичної ролі соціо-культуральних нашарувань. Якщо, однак, публікацій на тему особистісних впливів на афективні розлади і на депресії зокрема, є більш ніж достатньо, то роботи, присвячені соціо-культуральним впливам залишаються здебільшого поза увагою. Їх короткий огляд, тим не менше, дає змогу з'ясувати

важливі патопластичні фактори при формуванні депресій. Murdock, Ford & Hudson, (1971) описують 79 аспектів життя, пов'язаних з впливами культури на прояви психічної патології. Значення середовища підтверджується дослідженням, проведеним ВООЗ (-WHO, 1983). Marsella et al. (1985) висунув гіпотезу, що вегетативні симптоми, такі як нездатність радіти, втрата апетиту та безсоння є проявами депресії, незалежними від культури [7]. З іншого боку, автор стверджує, що депресія, здебільшого, приймає типову афективну форму в індивідуалістичних культурах (з домінуванням відчуття самотності та соціальної ізоляції). В культурах з виразно обциним характером, натомість, переважають соматичні симптоми, як, наприклад, біль голови. Ряд інших досліджень (Keitner, 1991; Haghigatgou & Peterson, 1995; Yamamoto, Soliman, Parsons & Davies, 1987), підтверджують цю точку зору.

Лефф (Leff, 1977) стверджує, що культури відрізняються емоційною термінологією і, відповідно, за стилем вираження депресії. У цих культурах відмічається бідний словниковий ресурс для передачі таких емоцій як сум та гнів [8].

Kleinman, (1978, 1988) [9] притримується думки,