

КЛАСИФІКАЦІЇ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ У XXI СТ.

УДК: 159.9:351.741

Лямець Артем Михайлович

Кандидат історичних наук, магістрант кафедри психології Міжрегіональної академії управління персоналом, м. Київ (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1249-7662>

Анотація. У статті проаналізовано різні класифікації обсесивно-компульсивного розладу: МКХ-10, DSM-IV, DSM-V. Розглянуто різні категоріальні апарати: визначення пропорційності обсесій та компульсій, формування обсесивно-компульсивних синдромів, окреслення осей класифікації, дослідження основних і другорядних розладів та ін. Запропоновано застосування реєстро-вісьових класифікацій із специфікаторами для удосконалення стандартів МКХ-11 та DSM-V для діагностики обсесивно-компульсивного розладу.

Ключові слова: психологія, психіатрія, класифікації психічних хвороб, МКХ-10, DSM-IV, DSM-V, обсесивно-компульсивний розлад, обсесії, компульсії.

Актуальність дослідження. Діагностика обсесивно-компульсивного розладу досі не є ефективною. У МКБ-10 [6, с. 345] у розділі індексу F42 не створено достатньо зрозумілого категоріального апарату для визначення всіх різновидів ОКР. Крім того у вищезазначеному стандарті досі використовуються такі визначення як «інші обсесивно-компульсивні розлади» та «обсесивно-компульсивний розлад неуточнений». Використання виключно

невротичного реєстру щодо формулювання особливостей обсесивно-компульсивного розладу ускладнює прогностичні програми, оскільки неврози, психопатії та психотичні стани характеризуються різними стадіями розвитку. Синдромальний підхід до вищезазначеного явища також не дозволяє відкорегувати діагностику, так як групи симптомів, пов'язаних з обсесіями та компульсіями, виникають при різних етіологіях (симптоми ОКР можуть діаг-

© Лямець А. М.

ностуватися в спектрі різних синдромів). За таких умов використання діагностичного інструментарію суттєво ускладнюється (автор пропонує використовувати щонайменше п'ять методик: перевірка на шизофренію, тести на виявлення депресії, методики для діагностики психастенії, програми для діагностики вегетосудинної дистонії, тести на виявлення неврозів). Причому слід враховувати і деякі менш вірогідні чинники, наприклад, ОКР як симптом може спостерігатися у межах синдрому Кандинського-Клерамбо, а низка нав'язливостей також констатується у спектрі синдрому дереалізації-деперсоналізації.

Методології дослідження. Необхідно звернути увагу і на недосконалу методологію вивчення обсессивно-компульсивного розладу (філософська, загальнонаукова, конкретнонаукова та методична методології щодо цього питання лише формуються). Філософський рівень розробки ОКР пропонує бачення низки несприятливих умов для розвитку людства, де страхи, фобії та нав'язливості породжуються самою природою низки регуляторів людської поведінки (мається на увазі «навчання через заборони», наявність найнижчих ієрархічних ступенів в будь-якій малій або великій соціальній групі, використання феномену страху в семіотичних системах різних класів впливу, вбудова страхів в образ світу, коли відбувається відчуження окремих людей або спільнот від загального соціуму і т. д.). Історичні передумови еволюції поняття «ОКР» також можна

розглядати у межах філософського інструментарію.

Загальнонауковий рівень аналізу обсессивно-компульсивного розладу характеризує дуальність сприйняття обсессій та компульсій, які в різних контекстах трактуються як норма або патологія. З цієї точки зору симптоматика ОКР в деяких випадках є лише проявом втоми, стресів середньої тяжкості. З іншого боку, виникає питання, які чинники переформатовують адекватні відповіді ЦНС у патологічні зрушення, які охоплюють увесь організм.

Спеціально-наукова методологія питання визначає ключові значення поняття «обсессивно-компульсивний розлад». Враховуючи регістрозалежність ОКР, його приналежність до різних синдромів (синдром Кандинського-Клерамбо, синдром Котара та ін.), «вбудовування» нав'язливостей в структуру особистості (психопатії), слід вирішувати питання щодо переозначення розладу в симптом (тоді обсессивно-компульсивний розлад стане регістрозалежним симптомом, «лакмусом», який допомагає діагностувати головне захворювання). Іншим аспектом спеціальнонаукової методології обсессивно-компульсивного розладу є адаптація жаргонних понять «чистий ОКР» та «нечистий ОКР» до потреб наукових досліджень. Ключовим аспектом цього аналітичного напряму є виокремлення розладу від інших коморбідних симптоматик, а потім знаходження того регістру, який відповідає характеристикам ОКР. Саме на цьому

© Лямець А. М.

рівні методології будуть вирішені питання корегування відомостей про вищезазначений феномен у МКБ-10 (МКБ-11) та DSM-V).

Методичний рівень аналізу obsесивно-компульсивного розладу дозволяє окреслити спектр найбільш прийнятних та ефективних методик, які б дозволили оперативнo та без зайвих ресурсів діагностувати регістр ОКР.

У дослідженні продовжено ідеї, представлені науковими розробками І. В. Журавльова, Л. О. Кригіної, О. К. Гомозової, О. Є Боброва, С. М. Масіхіної та ін.

У статті досліджено історичну складову формування поняття «obsесивно-компульсивний розлад», проаналізовано факти, що призвели до різнопланової оцінки цього явища, детально вивчено відмінності МКБ-10 від DSM-IV та DSM-V в контексті діагностики obsесивно-компульсивного розладу. У висновку наведено рекомендації щодо редагування розділу індексу F42 для МКБ-10 та МКБ-11, а також корегування категоріального апарату в DSM-V.

У XXI ст. аналіз ОКР набуває нових теоретичних та практичних рис. Зокрема, О. Є. Бобров та О. К. Гомозова розглядають obsесивно-компульсивний розлад як групу синдромів. Етіологічно феномен пояснюється низкою емоційних, когнітивних та особистісних розладів, які характеризуються як «німі» психопатологічні прояви, що породжують своєрідність та динаміку ОКР [2, с. 3] [1, с. 14]. Дослідники вважають, що існує три прин-

ципових підходи щодо диференціювання та класифікації obsесивно-компульсивного розладу: виділення ключових емоційних переживань та когнітивних порушень, застосування методів багаторівневої статистики з метою виділення клінічно значимих поєднань симптомів, оцінка етіології, віку виникнення, а також характеру динаміки ОКР.

Однак в цих підходах була і низка недоліків, зокрема, не встановлювалися чіткі критерії визначення емоційних та когнітивних порушень, що ініціювали появу obsесивно-компульсивного розладу. Також досить складним в контексті практичної реалізації був підхід, що об'єднував значимі симптоми*. Цей вектор розвитку дослідження ускладнювався тим фактом, що синдроми ОКР могли фіксуватися у межах інших синдромів (дереалізації-деперсоналізації, синдрому Кандінського-Клерамбо, синдрому Котара та ін.). Тому знову виникало питання введення критерію розрізнення основного та побічного захворювань. Третій підхід, а саме оцінка етіології, віку виникнення, характеру динаміки ОКР, не виділяв критеріального апарату регістрів, тому відомості поєднувалися несистемно (вік виникнення констатувався не як класифікаційна вісь, а як параметр, що враховував показники вікової психології; оцінка етіології не була зорієнтована на диференціювання ОКР-симптому та ОКР-неврозу; динаміка obsесивно-компульсивного розладу розглядалася в системі координат параметрів, що не завжди

* Що потім трактувалися як синдроми або групи синдромів.

були актуальними (наприклад, замість показників вікової психології можна було використовувати теорії психології особистості, теоретичні та практичні розробки когнітивної психології і т. д.).

Старший науковий співробітник Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України Л. О. Кригіна підкреслює важливість та актуальність багатовісьових класифікацій психічних розладів. Наприклад, для упорядкування психічних розладів в дитячому та підлітковому віці ВООЗ пропонує систему з шести осей: вісь I – клінічні психопатологічні синдроми; II – специфічні розлади психічного розвитку, III – рівень інтелекту, IV – соматичний стан; V – супутні аномальні психосоціальні ситуації, VI – загальна оцінка порушень психосоціальної активності [5]. Вищезазначений підхід є ефективним для розладів, які суттєво не видозмінюються в залежності від регістру. Слід зазначити, що у випадку з ОКР створення двовимірної системи (регістро-вісьова класифікація, наприклад, регістри: I – психотичні розлади; II – психопатичні розлади; III – невротичні розлади; IV – вегетативні розлади; осі: I – синдроми; II – психологічні травми; III – дистонність/синтонність) дозволить «калібрувати» класифікацію як для потреб МКХ-10 (МКХ-11), DSM-V, так і для потреби психологічних експертиз. Вісі можна адаптувати для тестування залежності симптомів ОКР різних регістрів від соціальних, осо-

бистісних, когнітивних, вікових, часових та інших чинників, що на пряму пов'язані з особливостями пацієнта (цей підхід дозволяє одночасно провести як психологічну, так і психіатричну експертизу).

У XXI ст. продовжується відпрацювання термінологічної бази, пов'язаної з діагностикою та терапією ОКР. Психіатр В. П. Самохвалов вказує, що в різних частинах світу використовується різна термінологія, що визначає ОКР. Відповідно, у французькій та вітчизняній літературі вживають термін «психастенія», в німецькій – ананказми, в англосаксонській – обсессивно-компульсивний розлад психіки [7] і т. д. Дослідник акцентує увагу на тому, що стереотипне повернення до минулої думки або дії є способом транквілізації при високому рівні тривоги або приховуванням агресії, яка направлена на когось із найближчого оточення (однак не слід виключати випадки вегетативної агресії, яка є безпричинною, пов'язаною з дисбалансом вегетативної нервової системи (ВНС)). Таким чином, актуалізується розгляд симптомів тривожної та агресивної природи. Підхід В. П. Самохвалова підкреслює суттєві розбіжності навіть у засадничих термінах ОКР, коли неможливо розмежовувати основні та другорядні прояви, розмитістю залишається зміст самого поняття. Однак критерії дослідника також вибудовують досить відносну парадигму. Транквілізація тривоги або агресії як критерії не дозволяють відповісти на етіологічні питання

(агресія може виникати і при органічних екзогенних ураженнях головного мозку, тривога виникає в різних регістрах психічних хвороб, стереотипне повернення до минулої думки спостерігається і при персевераціях і т. д.).

Основною особливістю сучасних досліджень ОКР є неоднаразові спроби класифікації obsесивно-компульсивних проявів на підтипи (інколи синдроми), що в деяких випадках полегшує діагностику та терапію. Серед виділених груп слід звернути увагу на obsесії релігійного, сексуального та агресивного характеру, що можуть супроводжуватися періодичними компульсіями. Ця диференціація вважається прикладом культурно-зорієнтованого підходу, що характеризує хворобливі сфери різних особистостей у певну історичну епоху. Іншим критерієм умовного поділу є визначення пропорційності нав'язливих дій та ідей (переважання obsесій, переважання компульсій, змішаний підтип або група). У свою чергу нав'язливі думки також могли бути диференційовані за ступенем абстрагування (емоційні та абстрактні) та іншими показниками. О. Є. Бобров та О. К. Гомозова запропонували оцінювати чинникові навантаження, що отримуються в результаті Квартимакс-обертання даних за шкалою оцінки obsесивно-компульсивного розладу Йеля-Брауна [1]. В результаті були спеціально виділені такі чинники: obsесії контролю над завершеністю дії, obsесивний контроль над безпекою, контрастні obsесії та obsесії сексуального змісту, obsесії

володіння (певними предметами, без яких пацієнт не уявляє своє життя і т. д.) та ін. Однак певні запитання виникали на підставі визначення «малосимптомної підгрупи» ОКР (що за чисельністю переважала інші підгрупи), що свідчило про те, що чинниковий аналіз не враховував низку інших важливих критеріїв. Крім того, метод О. Є. Боброва та О. К. Гомозової суттєво залежав від особистісних рис представників експериментальної та контрольної груп (не зафіксовано змінної, яка б не залежала від особистісних страхів).

Аспект сучасної класифікації ОКР також потребує доопрацювання через відсутність зрозумілого як для психологів так і психіатрів категоріального апарату. В МКХ-10 [6, с. 345] obsесивно-компульсивний розлад включено до класу F (психічні розлади та розлади поведінки), там згадуються і синоніми цього терміну: ананкастичний невроз (автор не згоден з цим трактуванням, так як на нашу думку цей розлад слід розглядати в психопатичному регістрі) та obsесивно-компульсивний невроз (це поняття не розкриває зміст регістрозалежності симптомів ОКР). Таке поняття як «obsесивно-компульсивна особистість» (F60.5) в цій редакції було включено. ОКР як розлад отримав шифр F42 (F42.0 – переважно нав'язливі думки або роздуми, F42.1 – переважно компульсивна дія (нав'язливі ритуали), F42.2 – змішані нав'язливі думки та дії, F42.8 – інші obsесивно-компульсивні розлади, F42.9 – obsесивно-

© Лямець А. М.

компульсивний розлад неуточнений). Відповідно до МКХ-10 ОКР характеризується наявністю повторюваних нав'язливих думок або вимушених дій. Особливо підкреслюється стереотипність цих основних компонентів, згадується специфічний тривожний фон неврозу, а також імовірність діагностики депресивного епізоду (що вказує на недопрацьований категоріальний апарат).

Однак у визначеннях недостатня увага приділяється важливим чинникам загальної психології, а саме зв'язкам obsесивно-компульсивного розладу з порушеннями мислення та емоційно-вольової сфери (не вказується, що нав'язливості є порушенням цілеформування та цілереалізації). Немає деталізованого опису механізму початкового збою розумових процесів. Наявність формулювань «інші obsесивно-компульсивні розлади» та «obsесивно-компульсивний розлад неуточнений» вказує на те, що через неврахування регістрів ОКР не має змоги здійснювати точну діагностику (на думку автора сам термін «розлад» в цьому випадку сприяє невизначеності предмета дослідження, більш вдалим формулюванням, на нашу думку було б – «особливий регістрозалежний стан».

Старший науковий співробітник Відділу психолінгвістики та теорії комунікації Інституту мовознавства РАН, кандидат психологічних наук І. В. Журавльов вказував на пряму залежність нав'язливостей від низки регістрів психічних хвороб. Зокрема, він розглядав ОКР

як невроз, а також як розлад особистості (психопатію). Дослідник не коментував наявність obsесивно-компульсивного розладу при шизофренії або при станах маячіння, однак він зазначив, що нав'язливості властиві для різних регістрів [3] [4]. Саме ця ідея дозволила відійти від маргінальних теорій про «діагностичну ефективність при визначенні пропорційності obsесій та компульсій» та обґрунтувати нову систему координат для точної діагностики ОКР (без формулювань «розлад неуточнений» або «розлад із значною кількістю варіацій або підгруп»). Автор статті продовжує теоретичні ідеї І. В. Журавльова щодо сприйняття ОКР в невротичному та психопатичному регістрах, окреслює зміну статусу obsесивно-компульсивного розладу в регістро-вісьових класифікаціях (що є ефективнішими ніж принципи МКХ-10 та DSM-V по відношенню до опису та упорядкування ОКР).

Розглянемо класифікаційні особливості DSM-IV щодо вищезазначеного питання. Тут спостерігається інший структурний розподіл, зокрема, obsесивно-компульсивний розлад (Obsessive-compulsive disorder) включено до розділу «Тривожні розлади»* (Anxiety Disorders) [8, с. 393]. Таким чином, Американська асоціація психіатрії пропонує розглядати ОКР в групі з такими захворюваннями як: панічна атака (ПА) (Panic Attack), агорафобія (Agoraphobia), панічний розлад без агорафобії (Panic Disorder Without Agoraphobia), панічний розлад з агорафобією (Panic Disorder With Ag-

* Це формулювання є досить розмитим і не дозволяє провести чітку діагностику стану пацієнта.

oraphobia), агорафобія без панічного розладу (Agoraphobia Without History of Panic Disorder), специфічна фобія (Specific Phobia), соціофобія (Social Phobia), посттравматичний стресовий розлад (Posttraumatic Stress Disorder), гострий стресовий розлад (Acute Stress Disorder), тривожний розлад (Generalized Anxiety Disorder), тривожний розлад через загальний стан здоров'я (Anxiety Disorder Due to a General Medical Condition), тривожний розлад, викликаний хімічними речовинами (Substance-Induced Anxiety Disorder), тривожний розлад невизначеної природи (Anxiety Disorder Not Otherwise Specified).

По відношенню до класифікації ОКР принципи DSM-IV є у певній мірі штучними. Проаналізуємо класифікаційні вісі цього стандарту. Axis (вісь) I розглядає симптоматику, яка у випадку з obsесивно-компульсивним розладом є дуже різноманітною (фобії, obsесії, компульсії, генералізована тривожність і т. д.) і без урахування реєстрів (невротичного, психопатичного, психотичного та вегетативного) не дозволяє зрозуміти етіологію різних проявів. Axis II виділяє психопатичний реєстр, що «зміщується» з показниками розумового розвитку. Дистонність та синтонність розладу тут окремо не виділяється, а ці характеристики лише додаються до вісі I та II (Axis I – дистонні прояви, Axis II – синтонні). Axis III є певним прообразом об'єднаного реєстру загальних та вегетативних порушень – тут без принципових критеріїв об'єднана соматика та

психосоматика, причому психосоматичні прояви не корелюють з етіологічним рівнем, що ускладнює логіку аналізу ОКР. Axis IV вказує на психосоціальні стреси, однак «розмиті» формулювання в цій вісі не дозволяють її розглядати як повноцінний невротичний реєстр. Axis V вимірює професійно-діяльнісні та інші рівні активності за певний період часу. Основним висновком є те, що відсутність системи реєстрів в DSM-IV створює невиправдані зміщення в різні методологічні рівні, основні критерії класифікації «змішуються» з додатковими і не пріоритетними відомостями, сам термін «вісь» не створює стабільної та повністтю зрозумілої системи координат. Слід звернути увагу, що перехід на реєстро-вісьову класифікацію створив би умови для удосконалення системи DSM-IV.

І тут слід окреслити основні відмінності від класифікації МКХ–10. В DSM–IV obsесивно-компульсивний розлад вважається тривожним розладом (така розмитість реєстру призводить до того, що неврози, психопатії, вегетативні прояви та психотичні стани з ОКР створюють своєрідний «синкрет», з якого не можна виокремити точні відомості), в МКХ–10 інший підхід: ОКР є невротичним розладом (однобічний погляд на obsесивно-компульсивний розлад, що призводить до некоректної практики реалізації диференційних діагнозів), пов'язаним із стресом та соматоформними хворобливими станами (діапазон F40–F48). Для порівняння, в МКХ–10 ОКР вхо-

© Лямець А. М.

дять в групу таких хвороб: фобічні тривожні розлади (F40), інші тривожні розлади (F41), реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43), диссоціативні (конверсійні) розлади (F44), соматоформні розлади (F45), інші невротичні розлади (F48). Вищезазначений стан речей свідчить про відсутність уніфікації між МКХ-10 та DSM-IV.

В МКХ-10 ОКР характеризується лише симптоматикою (підхід із мінімальними відомостями, які не закріплені чітким категоріальним апаратом). А в DSM-IV аналітика обсессивно-компульсивного розладу (300.3) штучно ускладнюється: симптоми та критерії діагностики в деяких випадках уніфікуються (наявність обсессій та компульсій вважається критерієм А, его-дистонне сприйняття нав'язливих ідей є критерієм Б і т. д.). Значна увага приділяється суб'єктивним фабулам обсессій або компульсій, що створює лише «атмосферу описовості» (описова психіатрія), а не системності. Когнітивні порушення при ОКР в DSM-IV не корелюють з невротичними, психопатичними, психотичними та вегетативними проявами. Зв'язок обсессивно-компульсивного розладу з депресією, фобіями, панічними атаками, порушеннями харчової поведінки, психопатіями (в DSM-IV формулюються як *personality disorders*, що ускладнює цілісне розуміння проблеми обсессій та компульсій), синдромом Туретта [9, с. 459] лише констатується, однак не надаються орієнтири для визначення головного та побічного захворювань (в

стандарті асоційовані з ОКР розлади сприймаються, головним чином, як рівнозначні).

Диференційна діагностика ОКР за DSM-IV ускладнюється через наявність обсессій та компульсій у різних регістрах психічних хвороб. Обсесивно-компульсивні прояви з'являються при стрептококових інфекціях, входять до складу тривожного синдрому (тривожний розлад), також цю симптоматику можна викликати штучно (штучний ОКР) за допомогою наркотиків, галюциногенів, токсинів [9, с. 460]. В контексті диференціальних критеріїв DSM-IV визнає, що обсессії та компульсії властиві для багатьох психічних розладів та захворювань (тому проблема «чистого ОКР» є дискусійною). Недостатнім з точки зору розрізнення є і показник, що зорієнтований на обмежений спектр тематичних фабул нав'язливих думок та дій (цей показник є досить суб'єктивним, при генералізованих розладах обсессії та компульсії логічно зв'язуються з будь-якими подіями та думками пацієнта). Суперечливим є критерій несумісності обсессій із загальним світоглядом людини, коли при іпохондрії поступово з'являється симптоматика ОКР. Формування концепції «обсесивно-компульсивного розладу як додаткового діагнозу» також не вирішує основних етіологічних проблем. Наприклад, при синдромі Кандінського-Клерамбо у структурі маячіння також певне місце займають обсессії та компульсії. І в цьому випадку найбільш вірогідною причиною цих проявів є психотичні механіз-

© Лямець А. М.

ми, а не додаткові розлади, які начебто паралельно співіснують із тяжкими порушеннями психічної діяльності. Вся концепція DSM-IV, що стосується трактування ОКР з позицій когнітивних помилок, не витримує, нажаль, загальної логічної критики.

Додаткова система координат «синтонності–дистонності» при побутових або «медичних» версіях obsesій та компульсій є досить дискусійною. Людина, що постійно мие руки з милом, перевіряє вікна або двері на предмет закритості у певній мірі дотримується того чи іншого мотиву (правила гігієни, порядок, безпека і т. д.). Отже, спостерігається порушення початкової синтонності, мотиваційні та цілеспрямовуючі механізми ніби зупиняються (тут добре підходить така аналогія як «персеверації цілі»). Тому критерій дистонності є навіть «слабшим» аніж критерій величини стресу.

Постановка паралельних діагнозів тик та ОКР також підтверджує теорію про те, що неврози, ураження центральної та вегетативної нервових систем спричиняють схожу симптоматичну картину, яка варіюється в залежності від особливостей особистості пацієнта.

Важливим аспектом DSM-IV є факт визнання принципового розрізнення ОКР (регістрозалежний симптом, який інтерпретують як один із неврозів) та obsесивно-компульсивного розладу особистості (психопатія). Це означає, що в класифікації зроблені перші кроки для фіксації парадигми

регістрів. На відміну від DSM-IV у МКХ-10 obsесивно-компульсивна особистість (формулюється як розлад) була виключена з розгляду. Слід звернути особливу увагу на те, що в обох стандартах не звертається увага на механізм включеності obsесій та компульсій в різні синдроми маячіння (психотичний регістр). У будь-якому випадку ОКР не можна розглядати як виключно невротичний стан, оскільки часткова невідповідність obsесій та компульсій реальності дозволяє трактувати цей феномен не тільки як регістрозалежний симптом, але й як особливий вид «напів-маячіння» або «ослабленого маячіння». Цей феномен дозволяє казати не тільки про побудову регістрів, але й низки вісей із визначенням величини усвідомлення абсурдності тих чи інших obsесивно-компульсивних проявів.

Низка позитивних змін відбулася після видання стандарту DSM-V. Відповідно до класифікації ОКР більше не вважається тривожним розладом, а виокремлюється в окремий розділ – Obsessive-Compulsive and Related Disorders (obsесивно-компульсивний та пов'язані з ним розлади). Проблема первинності чи вторинності ОКР в сукупній клінічній картині є надзвичайно важливою. Вперше було відокремлено особливі специфікатори синтонності/дистонності ОКР (у DSM-IV вони були присутні в тексті, носили описовий характер): 1. відмінне або добре усвідомлення obsесій та компульсій; 2. слабе усвідомлення; 3. відсутність усвідомлення/маячні ідеї. Специфікація

© Лямець А. М.

дозволяє частково оцінити обсесивно-компульсивну етіологію, відокремити психотичні прояви ОКР від невротичних та психопатичних.

Відповідно до DSM-V розділ Obsessive-Compulsive and Related Disorders виглядає таким чином: 300.3 (F42) Obsessive-Compulsive Disorder (уточнюється у випадку тиків); 300.7 (F45.22) Body Dysmorphic Disorder (тілесний дисморфічний розлад) (уточнюється у випадку мускульної дисморфії); 300.3 (F42) Hoarding Disorder (патологічне або компульсивне накопичення) (уточнюється у випадку оніоманії); 312.39 (F63.2) Trichotillomania (трихотіломанія); 698.4 (L98.1) Excoriation (Skin-Picking) Disorder (компульсивна або невротична ексцоріація); Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder (обсесивно-компульсивні та пов'язані з ним розлади, викликані хімічними речовинами або медикаментами) (уточнюються у випадку інтоксикацій, відміни препаратів, а також якщо спостерігається реакція після вживання певних ліків); 294.8 (F06.8) Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical Condition (обсесивно-компульсивний та пов'язані з ним розлади, викликані іншими станами здоров'я) (уточнюється у випадку схожої з ОКР симптоматики, появи тривоги, симптомів накопичення, трихотіломанії, ексцоріації); 300.3 (F.42) Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder (інший уточнений обсесивно-

компульсивний або пов'язаний з ним розлад); 300.3 (F.42) Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder (неуточнений обсесивно-компульсивний або пов'язаний з ним розлад) [10].

DSM-V як і DSM-IV не дивлячись на введення специфікаторів-уточнювачів пропонує формулювання «неуточнений ОКР». Іншою проблемою стандарту є оберненість такого поняття як «пов'язані з ОКР розлади». Відсутність стабільних реєстрів, вісей та скориндованих з ними специфікаторів не дозволяє тлумачити процеси іншого вектору – «обсесивно-компульсивний розлад, пов'язаний з іншими хворобами». Точкою відліку знову обирається нестабільна величина, тому що симптоматика ОКР зустрічається в різних системах координат: у складі різних синдромів, при психозах, депресіях, неврозах та ін. Отже, цей феномен є настільки багатограним, що не може характеризуватися стабільними константами. Obsесивно-компульсивний розлад в загальному сенсі як і маячіння вказує на якісні зміни психіки, які не є властивими тільки для одного захворювання.

Саме термінологічне формулювання Obsessive-Compulsive and Related Disorders дозволяє зробити висновок, що один реєстр (в даному випадку невротичний) не може вмістити у своєму діапазоні всі симптоматичні та синдроматичні характеристики феномену. Перевантаження реєстру призводить до того, що до терміну ОКР треба додавати уточнення

«пов'язані розлади». Важливим є той чинник, що класифікація DSM-5, не дивлячись на логічну побудову низки осей та специфікаторів, суттєво страждає від однореєстрової системи координат. Такий стан речей призводить до спотворення справжнього місця ОКР в системах різних симптомів та синдромів. Основним фільтром класифікації стають не якісні показники, а «клінічна користь», що не є правильним шляхом для вдосконалення та систематизації відомостей. Центральним чинником стають клінічні дослідження, де реєструються розлади, що схожі за своїми механізмами на ОКР або корелюють з ним. У цьому випадку класифікаційна еволюція іде у напрямку «кейзових аналізів», що у перспективі призведе до перевантаження підгрупи «Related Disorders».

Також звертаємо увагу на те, що діагностичний критерій С для обсессивно-компульсивного розладу є досить сумнівним. Таке твердження як «обсессивно-компульсивні симптоми не можуть бути приписані фізіологічним ефектам від вживання хімічних речовин (наркотики, стимулятори, медикаменти і т. д.) чи іншим фоновим захворюванням» тільки порушує загальну логіку щодо сприйняття феномену ОКР. Виділення окремого соматичного реєстру обсессивно-компульсивних симптомів дозволило б оперативно виокремлювати основне та побічні захворювання. Враховуючи, що «чистий ОКР» у клінічних дослідженнях зустрічається лише епізодично, тоді є сенс

використовувати цей феномен як «реєстрозалежний симптом-маркер», який полегшує визначення основного розладу (депресії, психопатії, неврозу, психотичних станів і т. д.).

На жаль, критерії DSM-V не можуть гарантувати оперативну орієнтовку у вищезазначеному питанні. Обсессивно-компульсивний розлад за логікою реєстровісєових класифікацій із низкою специфікаторів виступає як симптом, а не як окрема хвороба. Тому розділ *Obsessive-Compulsive Disorder* потребує якісних змін, а саме врахування зміненого статусу обсессивно-компульсивного розладу. В деяких аспектах стандарт DSM-V заперечує власні критерії [10, с. 238], коли наводяться відомості, що у 4 % респондентів немає критичного відношення до власних обсессій та компульсій (а також маячні ідеї). Це означає, що у межах ОКР, як розладу із невротичного реєстру, спостерігається симптоматика маячіння, яка наближує пацієнтів до психотичного стану. Така дестабілізуюча невідповідність у межах однієї системи координат також може свідчити про те, що певну кількість відсотків у діапазоні феномену *Obsessive-Compulsive Disorder* займають розлади, які не реєструються як першорядні.

Параграф *Differential Diagnosis* у DSM-V фактично підтверджує думку, що нав'язливості властиві для всіх реєстрів психічних хвороб. У межах тривожних розладів вказується, що тривожні неврози більше пов'язані з

© Лямець А. М.

реальними подіями аніж obsesії та компульсії. Однак в усіх нав'язливих думках (окрім психотичних) можна виокремити ту чи іншу реальну складову (в усіх випадках пов'язану з минулим реальним досвідом). Іншим аспектом є диференційні аргументи щодо відокремлення ОКР від специфічних фобій. Основним чинником відповідно до стандарту тут є відсутність ритуалів та менший спектр стресових ситуацій (стресові ситуації прив'язані до обмеженого кола обставин). Цей критерій також на нашу думку не є у повній мірі об'єктивним. Компульсією при специфічних фобіях є унікаюча поведінка, а obsesії виникають при безпосередньому наближенні до того чи іншого об'єкту, який ініціює стрес. Аспект обмеженості або генералізованості нав'язливостей також є дискусійним (цей чинник може стати віссю або специфікатором для невротичного регістру obsесивно-компульсивного розладу), оскільки при ОКР невротичного регістру можуть спостерігатися випадки зосередженості на певних стереотипних ситуаціях (обмежене коло обставин).

Окремим питанням є коморбідність ОКР із депресивним епізодом, коли стандартом DSM-V стверджується, що розрізнення ґрунтується на показниках настрою пацієнта. Отже, якщо емоційний фон суттєво знижується, тоді начебто є підстави для диференціації депресії від ОКР. Однак це не є об'єктивним поясненням. Obsесивно-компульсивний розлад як симптом є регістрозалежним, тому об-

sesії та компульсії можуть з'являтися як раз у випадку зниженого емоційного фону та деструкції самооцінки. Тоді характеристика «депресивного ОКР» також залишається дискусійною. Відповідно до теорії регістрозалежності вищезазначеного симптому депресія є первинним діагнозом, а нав'язливості вторинним.

Формулювання «пов'язані з ОКР розлади» не дозволяє розв'язати низку важливих завдань, що пов'язані з вивченням етіології нав'язливостей. Дисморфія, патологічне (компульсивне) збиральництво та трихотіломанія відповідно до DSM-V диференційовані від ОКР обмеженістю фабули obsесій та компульсій. Однак якщо не враховувати, що в усіх цих розладах реєструється схожа нав'язлива симптоматика, тоді кількість «ОКР-подібних» станів з кожним виданням стандарту буде невинно збільшуватися. За такою логікою ми зможемо спостерігати компульсивні та obsесивні комп'ютерні фобії, компульсивні музичні або кінематографічні стани, астеничні нав'язливості, obsесії «алкогольного зриву» або фобії «повернення до наркоманії», «ОКР відносин» і т. д.

Не дивлячись на низку досить дискусійних концепцій, DSM-V фактично визнає розрізнення obsесивно-компульсивного розладу (неврозу) та obsесивно-компульсивного розладу особистості (психастеничної психопатії). Однак відсутність ідентифікації депресії з нав'язливою симптоматикою (ОКР в депреси-

© Лямець А. М.

вному або психотичному реєстрах) та вегетативних різновидів ОКР (обсесивно-компульсивний розлад в вегетативному реєстрі) не дозволяє у повній мірі розкрити потенціали різних класифікацій. Не слід виключати можливість диференціювання (та впровадження специфікацій) нав'язливих симптоматик і у межах невротичного рівня (обсесії та компульсії на фоні тривожного розладу та ін.). Регістрозалежність обсесивно-компульсивного симптому може бути доведена і на базі відомостей, що подані стандартом DSM-V. Зокрема у параграфі Comorbidity вказується, що ОКР виникає пізніше ніж коморбідні тривожні та посттравматичні стресові розлади, а також часто передує депресивним епізодам [10, с. 242]. Виходячи із цього твердження, ми можемо зробити висновок, що саме тривожність в багатьох випадках ініціює нав'язливу симптоматику, яка в об'єктивному відношенні не є самостійним незалежним захворюванням. Не слід також виключати реєстрації обсесивно-компульсивних проявів на одразу двох або трьох реєстрах психічних хвороб. Наприклад, пацієнт може страждати від невротичних, психопатичних та депресивних нав'язливостей одночасно, що ускладнює не тільки діагностику, але й організацію терапії. У психопатичному реєстрі слід враховувати твердження І. В. Журавльова, що нав'язлива симптоматика може об'єднуватися із структурою маячіння.

Питання, що було висвітлено у статті, потребує подальших досліджень та допов-

нень. Наприклад, недостатньо окресленим є аспект вікової та соціальної психології щодо питання регістрозалежності ОКР. Недостатньо вивченими є прояви нав'язливостей у дитячому віці, зокрема, їх видозміна в залежності від етіології обсесивно-компульсивного розладу. Слід також враховувати варіативність симптоматики нав'язливостей залежно від реєстру (що є важливим аспектом для всіх класифікацій).

Відповідно, терапії та підходи щодо психокорекції у випадку використання тої чи іншої класифікації будуть в певній мірі різнитися. Вітчизняні психологи зорієнтовані на роботу з неврозом (що може призвести до ігнорування психопатій, вегетативних розладів та нав'язливостей при психотичних станах), а в американських лікувальних закладах більше звертають увагу на клінічну корисність об'єднання низки розладів з нав'язливостями. Обидва підходи не вирішують головного питання – побудови чіткої парадигми для визначення етіології ОКР.

Для побудови ефективного категоріального апарату діагностики обсесивно-компульсивного розладу достатньо сформувавши систему реєстрів, осей та специфікацій. Серед основних реєстрів: 1. невротичний (ОКР-невроз); 2. психопатичний (ОКР-психопатія, психастенія); 3. психотичний (ОКР-психоз); 4. вегетативний (ОКР на фоні ВСД); 5. депресивний (який однак у деяких випадках можна поєднувати з психотичним)

© Лямець А. М.

(ОКР-депресія). Серед вісєй: 1. синдромальна картина; 2. синтонність/дистонність захворювання; 3. рівень усвідомлення та критики обсєсїй та компульсїй; 4. причини хронїзацїї стану (якщо вони є). На рівнї специфікацїї треба розглядати описи варїативностї та якостї нав'язливостей в залежностї вїд змїни регїстру. Низка специфікацїї може бути запропонована і для вісї синдромів (якщо вони є). Слїд не розумїти буквально формулювання ОКР-невроз, ОКР-психоз і т. д., оскїльки вони запропонованї для полегшення орієнтування в регїстрах. Обсєсивно-компульсивнї прояви вїдповїдно до використаної концепцїї не вважаються самостїйною хворобою, а лише симптомом, який в залежностї вїд регїстру змїнює деякї кїлькїснї та якїснї показники.

Таким є системне бачення концепцїї регїстро-вїсєвих класифїкацїй ОКР із специфікаторами. Ця проблема є ключовою, оскїльки незбалансованї стандарти формують рїзнї теоретичнї та практичнї погляди на психокорекцїю ОКР. Слїд зважати і на економїчну складову. Україна, яка використовує МКХ-10 та США, якї використовують DSM-V, будуть постїйно витрачати значнї кошти на лїкування «невизначених форм ОКР». Крім того вищезазначенї пїдходи без формування системи категорїй та регїстрів не будуть сприяти унїфікацїї стандартів.

Висновок. Класифїкацїйнї уточнення термїну «обсєсивно-компульсивнїй розлад» продовжується і в ХХІ ст. Еволюцїя поняття

була досить складною, і його розумїння розпочиналося з фїлософсько-їсторичного та психологїчного осмислення патологїчного страху. Парадоксально, але поступове пїдвищення рївня життя, зниження фїзичних навантажень сприяло появі нових і бїльш структурно складних проявів ОКР. Кожний пїдхїд для психокорекцїї цього розладу стикався із значними труднощами, так як цей стан (який є регїстрозалежним симптомом) був системно пов'язаним із рїзними сферами психїки (мислення, увага, особливостї особистостї, корелюючї депресїї та ін.). Значну роль у рїзнї епохи вїдїгравали і соціальнї інститути (виникали обсєсїї, пов'язанї з релїгїйною сферою, сексуальними вїдносинами, вибором професїї, подружнїм життям, вихованням дїтей, дотриманням законів і т. д.). Значним кроком вперед стало уявлення про можливий зв'язок ОКР з меланхолїчними проявами та депресїями (нав'язливостї психотичного регїстру, є дискусїйним введення окремого депресивного регїстру). Із появою нових теоретичних положень про нав'язливостї стає очевидним, що ОКР не можна розглядати тїльки як «невроз малої психїатрїї». Залежнїсть обсєсивно-компульсивного стану вїд регїстру психїчних хвороб (їдею побудови регїстрів запропонував ще Е. Крепелїн, а І. В. Журавльов звернув увагу на той чинник, що нав'язливостї при неврозї та психопатїї можуть якїсно вїдрїзнятися, а причиною того є змїна регїстру) формує нове бачення цїєї проблеми. Новий пїдхїд із враху-

© Лямець А. М.

ванням невротичного, психопатичного, психотичного (до нього відносимо і депресивний) та вегетативного реєстрів ОКР дозволить виокремити особливості терапії цього стану при психастенії та ВСД, при шизофренії та депресії і т. д.

Введення нового категоріального апарату реєстро-вісьових класифікацій із специфікаторами дозволить не тільки відійти від тра-

диційної «пропорційності обсецій та компульсій», що лише ускладнює діагностичні процеси, але й уточнити статус обсеєивно-компульсивного розладу (що на наш погляд є реєстрозалежним симптомом).

Попередню модель реєстро-вісьової класифікації можна побачити в табличному варіанті:

Таблиця 1.

РЕГІСТРО-ВІСЬОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ОКР ІЗ СПЕЦИФІКАТОРАМИ

РЕГІСТРИ		ОСІ			
		AXIS I (СИНДРОМИ АБО СПЕЦИФІКА)	AXIS II СИНТОННІСТЬ/ ДИСТОННІСТЬ	AXIS III РІВЕНЬ УСВІДОМЛЕННЯ	AXIS IV ХРОНІЗАЦІЯ
I	НЕВРОТИЧНИЙ ОКР	астенічний, обсеєивний і т. д.	в основному дистонність	вищий та середній рівень усвідомлення та самокритики	висока хронізація
СПЕЦИФІКАТОРИ РЕГІСТРУ I		якщо неспецифічні синдроми, тоді уточнення	якщо виражена синтонність, тоді уточнення по інших реєстрах	якщо низький рівень усвідомлення тоді уточнення по інших реєстрах	уточнення неврозу, який став причиною ОКР
II	ПСИХОПАТИЧНИЙ ОКР	зверхніні ідеї, соціальна дезадаптація і т. д.	слабка дистонність, синтонність	середній або слабкий рівень усвідомлення	відсутність хронізації, психопатія
СПЕЦИФІКАТОРИ РЕГІСТРУ II		якщо неспецифічні синдроми, тоді уточнення	якщо виражена дистонність, тоді уточнення	якщо високий рівень усвідомлення	уточнення психопатії, що спричинила ОКР
III	ПСИХОТИЧНИЙ ОКР	синдром Кандинського-Клерамбо, негативна симптоматика і т. д.	дистонність замінюється на «вкладання думок», синтонність поширюється на псевдогалюцинації	рівень усвідомлення слабкий або зовсім відсутній	висока хронізація
СПЕЦИФІКАТОРИ РЕГІСТРУ III		якщо неспецифічні синдроми, тоді уточнення	якщо зберігається дистонність та самокритика, тоді уточнення	якщо середній або високий рівень усвідомлення, тоді уточнення	уточнення психозу, який спричинив ОКР
IV	ДЕПРЕСИВНИЙ ОКР	депресивний синдром і т. д.	в основному синтонність	рівень усвідомлення високий	висока хронізація
СПЕЦИФІКАТОРИ РЕГІСТРУ IV		уточнення, якщо є прояви біполярного афективного розладу або шизофренії	якщо дистонність, тоді уточнення	якщо неспецифічний рівень усвідомлення, тоді уточнення	уточнення виду депресії, що спричинила ОКР
V	ВЕГЕТАТИВНИЙ ОКР	панічні атаки, різкі зміни настрою, вегетативні порушення	в основному дистонність	спочатку низький, надалі середній рівень усвідомлення	висока хронізація
СПЕЦИФІКАТОРИ РЕГІСТРУ V		уточнення при неспецифічних синдромах	якщо висока синтонність, тоді уточнення	якщо при перших нападах високий рівень усвідомлення, тоді уточнення	уточнення виду ВСД, що спричинила ОКР
ДОДАТОК: СПЕЦИФІКАТОРИ ДЛЯ РІЗНОГО ПОЄДНАННЯ РЕГІСТРІВ					
ДОДАТОК: ЗМІНА ХАРАКТЕРУ СИМПТОМУ НАВ'ЯЗЛИВОСТЕЙ ДЛЯ РІЗНИХ РЕГІСТРІВ					
ДОДАТОК: ДОДАТКОВІ ОСІ ДЛЯ КЛАСИФІКАЦІЇ					

© Лямець А. М.

Система категорій допоможе не тільки охарактеризувати «регістрозалежність» ОКР в стандартах МКХ-10, МКХ-11 та DSM-V, але й уточнити функціональні зв'язки «депресія-ОКР», «фобії-ОКР», «вегетосудинна дистонія-ОКР» і т. д. Автор сподівається, що уніфікація стандартів МКХ-10 та DSM-V в контексті зміни статусу обсессивно-компульсивного розладу дозволить покращити роботу психологів та психіатрів не тільки в Україні, але й в інших країнах світу. Регістро-вісьові класифікації (із специфікаторами) обсессивно-компульсивних станів також дозволять удосконалити стандарти Всесвітньої організації з охорони здоров'я при ООН.

Перелік використаних джерел:

1. Бобров А. Е., Гомозова А. К. Комплексное клинико-статистическое и психологическое изучение обсессивно-компульсивных синдромов / А. Е. Бобров, А. К. Гомозова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 4. – С. 14–26.
2. Гомозова А. К. Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Гомозова Александра Константиновна; ФГУ Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2010. – 227 с.
3. Журавлёв И. В. О конститутивных характеристиках сознания // Вопросы психолингвистики. – 2012. – № 16. – С. 120–127.
4. Журавлёв И. В. Психология и психопатология восприятия : пролегомены к теории «зонда» / И. В. Журавлёв. – М.: Изд-во ЛКИ, 2008. – 123 с.
5. Кригіна Л. О. Перспективи впровадження багатовісь-

ової версії МКХ-10 в практику судово-психіатричної експертизи неповнолітніх (огляд літератури) // Архів психіатрії. – 2010. – Т. 16, № 3. – С. 50–54.

6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. В 3 т. Т. 1. – Десятый пересмотр. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. – 697 с.
7. Самохвалов В. П. Психиатрия: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Виктор Павлович Самохвалов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 575 с.
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). – Forth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 915 p.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision (DSM-IV-TR). – Forth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. – Fifth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 2013. – 970 p.

References (Transliteration):

1. Bobrov A. E., Gomozova A. K. Kompleksnoe kliniko-statisticheskoe i psihologicheskoe izuchenie obsessivno-kompul'sivnyh sindromov / A. E. Bobrov, A. K. Gomozova // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. – 2010. – № 4. – S. 14–26.
2. Gomozova A. K. Obsessivno-kompul'sivnoe rasstrojstvo: kompleksnoe psihopatologicheskoe i psihometricheskoe issledovanie : dis. ... kand. med. nauk : 14.01.06 / Gomozova Aleksandra Konstantinovna; FGU Moskovskij nauchno-issledovatel'skij institut psihiatrii. – Moskva, 2010. – 227 s.
3. Zhuravlyov I. V. O konstitutivnyh harakteristikah soznaniya // Voprosy psiholingvistiki. – 2012. – № 16. – S. 120–127.
4. Zhuravlyov I. V. Psihologiya i psihopatologiya vospriyatiya : prolegomeny k teorii «zonda» / I. V. Zhuravlyov. – M.: Izd-vo LKI, 2008. – 123 s.

© Лямец А. М.

5. Krigina L. O. Perspektivi vprovadzhennya bagatovis'ovoï versii MKKH-10 v praktiku sudovo-psihiatrichnoï ekspertizi nepovnlitnih (oglyad literaturi) // Arhiv psihiatrii. – 2010. – T. 16, № 3. – S. 50–54.
6. *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikaciya boleznej i problem, svyazannyh so zdorov'em. V 3 t. T. 1. – Desyatyj peresmotr. – ZHeneva: Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya, 1995. – 697 s.*
7. Samohvalov V. P. Psihiatriya: uchebnoe posobie dlya studentov medicinskih vuzov / Viktor Pavlovich Samohvalov. – Rostov-na-Donu: Feniks, 2002. – 575 s.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). – Forth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 915 p.*
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision (DSM-IV-TR). – Forth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.*
10. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. – Fifth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 2013. – 970 p.*

Lyamets Artem

PhD (Candidate of historical sciences), undergraduate of the chair of psychology at the Interregional Academy of Personal Management, Kyiv (Ukraine)

CLASSIFICATIONS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN THE XXI CENTURY

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder is one of thought disorders (disorder of goal creation and goal implementation), which is characterized by obsessive conditions, self-checkings, rituals, which are regularly repeated. The above-mentioned phenomenon applied to «small» psychiatry and is considered to be neurosis, although OCD as the

symptom can be observed in different registers of mental illnesses. The inaccuracies in determining of obsessive-compulsive disorder are visible in ICD-10, where the different varieties of OCD (F42) haven't been formulated yet (ICD-10 does not take into account the factor of the manifestations of compulsions and obsessions in psychotic, psychopathic and vegetative registers). In different medical standards this phenomenon is reviewed mainly in the coordinate system of the proportionality of obsessions and compulsions. The above-mentioned condition of the development of that problem doesn't allow to diagnose clearly the type of OCD, whereas reviewing of obsessive-compulsive disorder only in the format of neurosis leads to the cases, when the incurability of OCD is noted (the number of the persons, who has taken the treatment in psychiatric hospitals or centers of psychological help, continue complaining of obsessions and compulsions).

The above-mentioned situation with obsessive-compulsive disorder is the consequence of the nonsimple history of the development for that concept and scientific term. In this article the different classifications of the phenomenon of OCD are being analyzed: ICD-10, DSM-IV, DSM-V and etc. The different categorial conceptions are being reviewed: proportionality of obsessions and compulsions, representations of different obsessive-compulsive syndromes, specification of classification axes, research of main and secondary disorders, etc. It has been suggested to use registered-axial classifications

© Лямец А. М.

with specifiers for improving the standards ICD-11 and DSM-V for diagnostics of obsessive-compulsive disorder.

In the conclusions the author suggested to comprehend OCD as the dependent from the registers symptom and proposed to consider the chart of registered-axial classification (with specifiers) of obsessive-compulsive disorder.

Keywords: psychology, psychiatry, classifications of mental disorders, ICD-10, DSM-IV, DSM-V, obsessive-compulsive disorder, obsessions, compulsions.

Лямец Артём

Кандидат исторических наук, магистрант кафедры психологии Межрегиональной академии управления персоналом, г. Киев (Украина)

КЛАССИФИКАЦИИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА В XXI СТ.

Аннотация. В статье проанализированы разные классификации обсессивно-компульсивного расстройства: МКБ-10, DSM-IV, DSM-V. Рассмотрены разные категориальные аппараты: определение пропорциональности обсессий и компульсий, формирование обсессивно-компульсивных синдромов, теоретические разработки осей классификации, определение основных и второстепенных расстройств и т. д. Предложено использование регистро-осевых классификаций со спецификаторами для усовершенствования стандартов МКБ-11 и DSM-V для диагностики обсессив-

но-компульсивного расстройства.

Ключевые слова: психология, психиатрия, классификации психических болезней, МКБ-10, DSM-IV, DSM-V, обсессивно-компульсивное расстройство, обсессии, компульсии.

Дата отримання статті: 11.02.2019

Дата рекомендації до друку: 21.02.2019

Дата оприлюднення: 28.02.2019

© Лямец А. М.