

DOI [https://doi.org/10.32405/2522-9931-7\(36\)-118-133](https://doi.org/10.32405/2522-9931-7(36)-118-133)
УДК 159.97

Лямець Артем Михайлович,

кандидат історичних наук, магістрант кафедри психології
Міжрегіональної академії управління персоналом,
Київ, Україна.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1586-5966>

lyametsart@ukr.net

АКТУАЛЬНІ КЛАСИФІКАЦІЇ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ

Анотація. У статті проаналізовано декілька класифікацій обсесивно-компульсивного розладу, зокрема у стандартах МКХ-10 та DSM-IV. Розглянуто різні категоріальні апарати: визначення пропорційності обсесій та компульсій, формування обсесивно-компульсивних синдромів, окреслення вісей класифікації, дослідження основних і другорядних розладів тощо. Якщо раніше ОКР характеризувався як сукупність когнітивних, емоційних та особистісних порушень, то сьогодні поступово впроваджується системний підхід щодо розгляду феномену. Автор пропонує розглядати обсесивно-компульсивний розлад на різних рівнях (філософської, загальнонаукової, конкретнонаукової та методичної методологій). Розглянуто також класичну проблему класифікації ОКР – відсутність чітких критеріїв визначення емоційних та когнітивних порушень. Відповідно було рекомендовано відмежувати емоційний аспект як депресивний, а когнітивний – як психопатичний реєстр класифікації. Така наукова парадигма надала можливість розглядати обсесивно-компульсивний розлад у більш сучасних класифікаціях, що містять певну кількість спеціальних реєстрів та вісей. Регістро-вісьова класифікаційна система, запропонована автором, упорядковує всі необхідні клінічні відомості, відсіює або системно поточнює параметри, які раніше вважалися фоновою інформацією. Вісі класифікації утворюють необхідний допоміжний категоріальний апарат (основним категоріальним апаратом є реєстри), який можна пристосувати для потреб досліджень ОКР з погляду особистісної, вікової, соціальної та медичної психології. Вищезазначена класифікаційна система допомагає диференціювати нав'язливості, викликані складними психосоціальними станами (психотравмами, деструктивними явищами в родині), від нав'язливих ідей, що характеризуються постійними особистісними порушеннями (психопатіями, акцентуаціями характеру тощо). Нова класифікація також фіксує обсесії та компульсії депресивного реєстру, коли основною причиною нав'язливостей є явне або латентне депресивне тло.

Двовимірною системою, що оперує спеціальними реєстрами та вісями, не є сталою й ригідною, але може бути відкалібрована для психологічних, а також психіатричних досліджень. У висновках автором запропоновано застосування реєстро-вісьових класифікацій із специфікаторами для удосконалення стандартів МКХ-11 та DSM-V для діагностування обсессивно-компульсивного розладу.

Ключові слова: психологія; психіатрія; класифікації психічних хвороб; МКХ-10; DSM-IV; обсессивно-компульсивний розлад; обсессії; компульсії.

1. ВСТУП / INTRODUCTION

Постановка проблеми. Діагностика обсессивно-компульсивного розладу є складним завданням, що тісно пов'язане з ефективністю поточних класифікацій та медичних стандартів. У МКБ-10 [6, с. 345] у розділі індексу F42 не створено системного категоріального апарату для визначення всіх різновидів ОКР. Крім того, у вищезазначеному стандарті досі використовуються такі визначення, як «інші обсессивно-компульсивні розлади» та «обсессивно-компульсивний розлад неуточнений». Використання винятково невротичного реєстру щодо формулювання особливостей обсессивно-компульсивного розладу ускладнює прогностичні програми, оскільки неврози, психопатії та психотичні стани характеризуються різними стадіями розвитку. Синдромальний підхід до вищезазначеного явища також не дає змоги відкоригувати діагностику, оскільки групи симптомів, пов'язаних із обсессіями та компульсіями, виникають при різних етіологіях (симптоми ОКР можуть діагностуватися 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 акцентуацій характеру або проявів психопатій, програми для діагностики вегетосудинної дистонії, тести на виявлення неврозів). Причому слід враховувати і деякі інші вірогідні ситуації, за яких ОКР як симптом може спостерігатися у межах синдрому Кандинського-Клерамбо, коли нав'язливості констатуються у спектрі синдрому дереалізації-деперсоналізації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У дослідженні далі розробляються ідеї, представлені науковими розробками І. Журавльова, Л. Кригіної, І. Марценковського, К. Дубовика, Л. Юнди, Н. Яковлевої, О. Гомозової, О. Боброва, С. Масіхіної та ін. Розглянуто також основні особливості класифікацій ОКР у МКХ-10 та DSM-IV.

2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ / AIM AND TASKS

Мета статті полягає у відпрацюванні ефективного категоріального апарату для класифікації обсессивно-компульсивного розладу. Для цього порівнюються наявні класифікаційні системи, визначаються їх сильні та слабкі аспекти.

Відповідно до зазначеної мети у статті поставлено такі **завдання**: 1) переозначити статус ОКР відповідно до використання реєстро-вісьових класифікацій із специфікаторами (замість терміна «розлад» рекомендовано вживати термінологічний вираз «реєстрозалежний симптом»); 2) розглянути актуальні класифікації, визначити способи їх удосконалення; 3) вказати, які реєстри та вісі будуть використані для реалізації нового категоріального апарату щодо класифікації обсессивно-компульсивного розладу.

3. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ / THE THEORETICAL BACKGROUNDS

У ХХІ ст. аналіз ОКР набуває нових теоретичних та практичних рис. Зокрема, О.Бобров та О.Гомозова розглянули обсессивно-компульсивний розлад як групу синдромів. Етіологічно феномен було пояснено 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 є три принципових підходи щодо диференціювання та класифікації обсессивно-компульсивного розладу: виділення ключових емоційних переживань та когнітивних порушень, застосування методів багаторівневої статистики з метою виділення клінічно значущих поєднань симптомів, оцінювання етіології, віку виникнення, а також характеру динаміки ОКР.

Однак у цих підходах була і низка недоліків, зокрема не встановлювалися чіткі критерії визначення емоційних та когнітивних порушень, що ініціювали появу обсессивно-компульсивного розладу. Досить складним у контексті практичної реалізації був також підхід, що об'єднував значущі симптоми¹. Цей вектор розвитку дослідження ускладнювався тим, що синдроми ОКР могли фіксуватися у межах інших синдромів (дереалізації-деперсоналізації, синдрому Кандинського-Клерамбо, синдрому Котара тощо). Тому знову виникало питання введення критерію розрізнення основного та побічного захворювань. Третій підхід – оцінювання етіології, віку виникнення, характеру динаміки ОКР не виділяв критеріального апарату реєстрів, тому відомості поєднувалися несистемно (вік виникнення констатувався не як класифікаційна вісь, а як параметр, що враховував показники вікової

¹ Що потім трактувалися як синдроми або групи синдромів.

психології; оцінювання етіології не було зорієнтовано на диференціювання ОКР-симптому та ОКР-неврозу; динаміка obsesивно-компульсивного розладу розглядалася в системі координат параметрів, що не завжди були актуальними (наприклад, замість показників вікової психології можна було використовувати теорії психології особистості, теоретичні та практичні розробки когнітивної психології тощо).

Старший науковий співробітник Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України Л. Кригіна підкреслює важливість та актуальність багатовісьових класифікацій психічних розладів. Наприклад, для упорядкування психічних розладів у дитячому та підлітковому віці ВООЗ пропонує систему з шести осей: I – клінічні психопатологічні синдроми; II – специфічні розлади психічного розвитку; III – рівень інтелекту; IV – соматичний стан; V – супутні аномальні психосоціальні ситуації; VI – загальне оцінювання порушень психосоціальної активності [5]. Вищезазначений підхід є ефективним для розладів, які суттєво не видозмінюються, залежно від реєстру (не є реєстрозалежними, наприклад, спостерігаються тільки в системі координат неврозів тощо). У випадку з ОКР може бути створена двовимірна система (реєстро-вісьова класифікація, наприклад, реєстри: I – психотичні розлади; II – психопатичні розлади; III – невротичні розлади; IV – вегетативні розлади; V – депресії, осі: I – синдроми; II – психологічні травми; III – дистонність/синтонність), що дасть змогу «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 реєстрів від соціальних, особистісних, когнітивних, вікових, часових та інших чинників, що напряду пов'язані з особливостями пацієнта (цей підхід дає змогу одночасно провести як психологічну, так і психіатричну експертизу).

У XXI ст. триває відпрацювання термінологічної бази, пов'язаної з діагностикою та терапією ОКР. Психіатр В. Самохвалов вказує, що в різних частинах світу використовується різна термінологія, що визначає obsesивно-компульсивний розлад. Відповідно у французькій та вітчизняній літературі вживають термін «психастенія», у німецькій – «ананказми», в англосаксонській – obsesивно-компульсивний розлад психіки [7] тощо. Дослідник акцентує увагу на тому, що стереотипне повернення до минулої думки або дії є способом транквілізації при високому рівні тривоги або приховуванням агресії, спрямованої на когось із найближчого оточення (однак слід враховувати можливість випадку вегетативної агресії, яка є безпричинною, пов'язаною з дисбалансом вегетативної нервової системи). Отже, актуалізується розгляд симптомів тривожної й агресивної природи. Підхід В. Самохвалова підкреслює суттєві розбіжності навіть у засадничих термінах ОКР, коли неможливо розмежовувати основні та другорядні прояви,

розмитим залишається зміст самого поняття. Однак критерії дослідника також вибудовують досить відносну парадигму. Транквілізація тривоги або агресії як критерії не дають можливості 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 тощо).

4. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH METHODS

Необхідно звернути увагу на досить недосконалу методологію вивчення obsesивно-компульсивного розладу, (оскільки філософська, загальнонаукова, конкретнонаукова та методична її різновиди лише формуються). Філософський рівень розроблення ОКР пропонує бачення 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 у 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 тощо). Історичні передумови еволюції поняття «ОКР» також можна розглядати в межах філософського інструментарію.

Загальнонауковий рівень аналізу obsesивно-компульсивного розладу характеризує дуальність сприйняття obsesій та компульсій, які в різних контекстах трактуються як норма або патологія. З цього погляду симптоматика ОКР у 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.

Спеціальнонаукова методологія питання визначає ключові значення поняття «obsesивно-компульсивний розлад». Враховуючи регістрозалежність ОКР, його приналежність до різних синдромів (синдрому Кандинського-Клерамбо, синдрому Котара тощо), «вбудовування» нав'язливостей у структуру особистості (психопатії), слід вирішувати питання щодо переозначення розладу в симптом (тоді obsesивно-компульсивний розлад стане регістрозалежним симптомом, «лакмусом», який допомагає діагностувати головне захворювання). Іншим аспектом спеціальнонаукової методології obsesивно-компульсивного розладу є адаптація жаргонних понять «чистий ОКР» та «нечистий ОКР» до потреб наукових досліджень. Ключовим аспектом цього аналітичного напрямку є виокремлення нав'язливостей від інших коморбідних симптоматик, а потім знаходження того регістру, який ініціював появу нав'язливих станів. Саме на цьому рівні методології буде вирішено

питання коригування відомостей про вищезазначений феномен у МКБ-10 (МКБ-11) та DSM-V.

Методичний рівень аналізу obsесивно-компульсивного розладу дає змогу окреслити спектр найбільш прийнятних та ефективних методик, завдяки яким можна оперативнo, без зайвих ресурсів діагностувати реєстр ОКР.

Саме відсутність єдиної методологічної бази формує різнопланове оцінювання obsесивно-компульсивного розладу. Різні методи класифікації ОКР, представлені в МКБ-10 та DSM-IV, також потребують уніфікації в контексті відпрацювання єдиної парадигми діагностики obsесивно-компульсивного розладу (мається на увазі редагування розділу індексу F42 для МКБ-10 (МКБ-11), а також коригування категоріального апарату в DSM-IV (DSM-V)).

5. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ / RESEARCH RESULTS

Особливістю сучасних досліджень ОКР є неодноразові 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 (тому треба звертати увагу на підходи психології особистості щодо терапії obsесивно-компульсивного розладу). Іншим критерієм умовного поділу є визначення пропорційності нав'язливих дій та ідей (переважання obsесій, компульсій, змішаний підтип або група). Нав'язливі думки натомість також могли бути диференційовані за ступенем абстрагування (емоційні та абстрактні) та іншими показниками. О. Бобров та О. Гомозова запропонували оцінювати чинникові навантаження, що отримуються внаслідок Квартимакс-обертання даних за шкалою оцінювання obsесивно-компульсивного розладу Йеля-Брауна [1]. Було спеціально виділено 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 тощо) та ін. Однак певні запитання виникали щодо визначення «малосимптомної підгрупи» ОКР (яка за чисельністю переважала інші підгрупи), що свідчило про те, що чинниковий аналіз не враховував низку інших важливих критеріїв. Крім того, метод О. Боброва та О. 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 для психіатрів

категоріального апарату. У МКХ-10 [6, с. 345] obsесивно-компульсивний розлад унесено до класу F (психічні розлади та розлади поведінки), там згадуються і синоніми цього терміна: ананкастичний невроз (автор не згоден з цим трактуванням, оскільки, на нашу думку цей розлад слід розглядати в психопатичному реєстрі) та obsесивно-компульсивний невроз (це поняття не розкриває зміст реєстрозалежності симптомів ОКР). Таке поняття, як «obsесивно-компульсивна особистість» (F60.5), у цій редакції було вилучено. Obsесивно-компульсивний розлад 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-компульсивний розлад неуточнений). Відповідно до МКХ-10 ОКР характеризується наявністю повторюваних нав'язливих думок або вимушених дій. Особливо підкреслюється стереотипність цих основних компонентів, згадується специфічне тривожне тло неврозу, а також імовірність діагностики депресивного епізоду (що вказує на недоопрацьований категоріальний апарат).

Однак у визначеннях недостатня увага приділяється важливим чинникам загальної та медичної 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 реєстрів ОКР не має змоги здійснювати точну діагностику (уважаємо, що сам термін «розлад» у цьому випадку не розкриває предмета феномену, більш точним формулюванням, на нашу думку, було б: «особливий реєстрозалежний стан» (або «реєстрозалежний симптом»).

Старший науковий співробітник Відділу психолінгвістики та теорії комунікації Інституту мовознавства РАН, кандидат психологічних наук І. Журавльов вказував на пряму залежність нав'язливостей від низки реєстрів 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 зазначав, що нав'язливості властиві для різних реєстрів [3], [4]. Саме ця ідея дала змогу 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 розробляє теоретичні ідеї І. Журавльова щодо сприйняття ОКР у невротичному та психопатичному реєстрах, окреслює зміну статусу

обсесивно-компульсивного розладу в реєстро-вісьових класифікаціях із специфікаторами (що є ефективнішими, ніж принципи МКХ-10 та DSM-IV (DSM-V) стосовно опису та упорядкування ОКР).

Розгляньмо класифікаційні особливості DSM-IV щодо вищезазначеного питання. Тут спостерігається інший структурний розподіл, зокрема, обсесивно-компульсивний розлад (obsessive-compulsive disorder) внесено до розділу «Тривожні розлади»² (Anxiety Disorders) [8, с.393]. От же, Американська асоціація психіатрії пропонує розглядати ОКР у 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 agoraphobia), 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).

Стосовно класифікації ОКР принципи DSM-IV є певною мірою штучними. Проаналізуємо класифікаційні вісі цього стандарту. Axis (вісь) I розглядає симптоматику, яка у випадку з обсесивно-компульсивним розладом є дуже різноманітною (фобії, обсесії, компульсії, генералізована тривожність тощо) без урахування реєстрів (невротичного, психопатичного, психотичного, депресивного та вегетативного). Тому етіологія нав'язливих проявів не є зрозумілою. Axis II виділяє психопатичний реєстр, що «змішується» 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 прояви). Axis III є певним прообразом об'єднаного реєстру загальних та вегетативних порушень. Тут без принципових критеріїв об'єднано соматику та психосоматику, причому психосоматичні прояви не корелюють з етіологічним рівнем, що ускладнює логіку аналізу ОКР. Axis IV вказує на психосоціальні стреси, однак через «розмиті» формулювання в цій вісі неможливо розглядати її 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 у DSM-IV створює невиправдані зміщення в різні методологічні рівні, основні критерії класифікації «змішуються» з додатковими і не пріоритетними відомостями, сам термін «вісь» не створює

² Це формулювання є досить розмитим і не дає змоги провести чітку діагностику стану пацієнта.

стабільної та повністю зрозумілої системи координат. Слід звернути увагу на те, що перехід на реєстро-вісьову класифікацію створив би умови для удосконалення системи DSM-IV (DSM-V).

Окреслимо основні відмінності класифікації МКХ-10. У DSM-IV обсессивно-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 неможливо виокремити точні відомості). У МКХ-10 інший підхід: ОКР є невротичним розладом (однобічний погляд на обсессивно-компульсивний розлад, що призводить до некоректної практики реалізації диференційних діагнозів), що системно пов'язується зі стресом та соматоформними хворобливими станами (діапазон F40–F48). Для порівняння: У МКХ-10 ОКР входить до групи таких хвороб, як фобічні тривожні розлади (F40), інші тривожні розлади (F41), реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43), дисоціативні (конверсійні) розлади (F44), соматоформні розлади (F45), інші невротичні розлади (F48). Усе це свідчить про відсутність уніфікації між МКХ-10 та DSM-IV.

У МКХ-10 ОКР характеризується лише симптоматикою (підхід із мінімальними відомостями, не закріпленими 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, егодистонне сприйняття нав'язливих ідей є критерієм Б тощо). Багато уваги приділяється суб'єктивним фабулам обсессій або компульсій, що створює лише «атмосферу описовості» (описова психіатрія), а не системності. Когнітивні порушення при ОКР у DSM-IV не корелюють з невротичними, психопатичними, психотичними, депресивними та вегетативними проявами. Зв'язок обсессивно-компульсивного розладу з депресією, фобіями, панічними атаками, порушеннями харчової поведінки, психопатіями (у DSM-IV формулюються як *personality disorders*), синдромом Туретта [9, с. 459] лише констатується, однак не надаються орієнтири для визначення головного й побічного захворювань (у стандарті асоційовані з ОКР розлади сприймаються переважно як рівнозначні).

Диференційна діагностика ОКР за DSM-IV ускладнюється через наявність обсессій та компульсій у різних реєстрах психічних хвороб. Обсессивно-компульсивні прояви з'являються при стрептококових інфекціях, вони входять до складу тривожного синдрому (тривожного розладу). Цю симптоматику можна викликати штучно (штучний ОКР) за допомогою наркотиків, галюциногенів, токсинів [9, с. 460]. У контексті диференціальних критеріїв DSM-IV визнає, що обсессії та компульсії властиві багатьом психічним розладам та захворюванням, тому проблема «чистого ОКР» є дискусійною.

Недостатнім з погляду розрізнення є й показник, зорієнтований на обмежений спектр тематичних фабул нав'язливих думок та дій (цей показник є досить суб'єктивним, при генералізованих розладах obsесії та компульсії логічно пов'язуються з будь-якими подіями та думками пацієнта). Суперечливим є критерій несумісності obsесій із загальним світоглядом людини, коли при іпохондрії поступово з'являється симптоматика ОКР. Формування концепції «obsесивно-компульсивного розладу як додаткового діагнозу» також не вирішує основних етіологічних проблем. Наприклад, при синдромі Кандинського-Клерамбо у структурі маячіння також спостерігаються певні obsесії та компульсії. І в цьому випадку найбільш вірогідною причиною таких проявів є психотичні механізми, а не додаткові розлади, які начебто паралельно співіснують із тяжкими порушеннями психічної діяльності. Уся концепція DSM-IV, що стосується трактування ОКР, не є повністю логічною з погляду медичної психології.

Додаткова система координат «синтонності-дистонності» при побутових або «медичних» версіях obsесій та компульсій є досить дискусійною. Людина, що постійно миє руки з милом, перевіряє вікна або двері, чи замкнені вони певною мірою дотримується того чи іншого мотиву (правила гігієни, порядку, безпеки тощо). Отже, спостерігається порушення початкової синтонності, мотиваційні та цілеспрямовувальні механізми ніби зупиняються (тут добре підходить така аналогія, як «персеверації цілі»). Тому критерій дистонності можна використовувати, але як допоміжний.

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, залежно від особливостей особистості пацієнта.

Важливим аспектом DSM-IV є факт визнання принципового розрізнення ОКР-неврозу (регістрозалежного симптому, який інтерпретують як один із неврозів) та obsесивно-компульсивного розладу особистості (психопатії). Це означає, що в класифікації зроблено перші кроки для фіксації парадигми реєстрів (в ідеалі ОКР треба розглядати в невротичному, психопатичному, психотичному, депресивному та вегетативному реєстрах; слід також розглянути перспективу впровадження таких вісей, як: Axis I – синдроми або специфіка, Axis II – синтонність/дистонність, Axis III – рівень усвідомлення симптоматики, Axis IV – хронізація, Axis V – сенсорні феномени, Axis VI – вік або інші необхідні для експертизи параметри). На відміну від DSM-IV, у МКХ-10 obsесивно-компульсивна особистість (формулюється як розлад) вилучена з розгляду. Важливо, що в обох стандартах не звертається увага на механізм унесення obsесій та компульсій до різних синдромів маячіння (психотичного реєстру). У будь-якому випадку ОКР не можна розглядати як винятково невротичний стан, оскільки часткова невідповідність obsесій та компульсій

реальності дає змогу трактувати цей феномен не тільки як регістрозалежний симптом, а й як особливий вид «напів-маячіння» або «ослабленого маячіння». Зважаючи на феномен, можна говорити не тільки про побудову регістрів, а й низки вісей із визначенням величини усвідомлення абсурдності тих чи інших obsесивно-компульсивних проявів.

6. ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ / CONCLUSIONS AND PROSPECTS FOR FURTHER RESEARCH

Класифікаційні уточнення терміна «obsесивно-компульсивний розлад» тривають і нині. Еволюція поняття була досить складною, його розуміння розпочиналося з філософсько-історичного та психологічного осмислення патологічного страху. Парадоксально, але поступове підвищення рівня життя, зменшення фізичних навантажень сприяло появі нових, структурно складніших проявів ОКР. Кожний підхід для психокоригування розладу супроводжується із значними труднощами, оскільки цей стан (який є регістрозалежним симптомом) системно пов'язаний із різними сферами психіки (мисленням, увагою, особливостями особистості, корелюючими депресіями тощо). Помітну роль у різні епохи відігравали і соціальні інститути (виникали obsесії, пов'язані з релігійною сферою, сексуальними відносинами, вибором професії, подружнім життям, вихованням дітей, дотриманням законів і тощо). Відчутним кроком уперед стало уявлення про можливий зв'язок ОКР з меланхолічними проявами та депресіями (нав'язливістю депресивного регістру). Із появою нових теоретичних положень про нав'язливість стало очевидним, що ОКР не можна розглядати тільки як «невроз малої психіатрії». Залежність obsесивно-компульсивного стану від регістру психічних хвороб (ідею побудови регістрів запропонував ще Е. Крепелін, а І. Журавльов звернув увагу на те, що нав'язливість при невроті та психопатії можуть якісно відрізнятися, а причиною цього є зміна регістру) формує нове бачення проблеми. Новий підхід із урахуванням невротичного, психопатичного, психотичного, депресивного та вегетативного регістрів ОКР допоможе виокремити особливості терапії цього стану при неврозах, психопатіях (наприклад, при психастенії), ВСД, при шизофренії та депресії тощо.

Автор пропонує розглядати obsесивно-компульсивний розлад на різних рівнях (філософської, загальнонаукової, конкретнонаукової та методичної методології). Розглянуто також класичну проблему класифікації ОКР – відсутність чітких критеріїв визначення емоційних та когнітивних порушень. Відповідно було рекомендовано відмежувати емоційний аспект як депресивний, а когнітивний – як психопатичний регістр класифікації, (або частково як невротичний). Така наукова парадигма надала можливість розглядати obsесивно-компульсивний розлад у більш сучасних класифікаціях,

що містять певну кількість спеціальних реєстрів та вісей. Регістро-вісьова класифікаційна система, запропонована автором, упорядковує всі необхідні клінічні відомості, відсіює або системно поточнює параметри, які раніше вважалися фоною інформацією. Вісі класифікації утворюють необхідний допоміжний категоріальний апарат (основним категоріальним апаратом є реєстри), який можна пристосовувати для потреб досліджень ОКР з погляду особистісної, вікової, соціальної та медичної психології. Вищезазначена класифікаційна система допомагає диференціювати нав'язливості, викликані складними психосоціальними станами (психотравмами, деструктивними явищами в родині), від нав'язливих ідей, що характеризуються постійними особистісними порушеннями (психопатіями, акцентуаціями характеру тощо). Нова класифікація також фіксує обсесії та компульсії депресивного реєстру, коли основною причиною нав'язливостей є явне або латентне депресивне тло. Двовимірною системою, що оперує спеціальними реєстрами та вісями, не є сталою й ригідною, але може бути відкалібрована для потреб психологічних, а також для психіатричних досліджень.

Автор пропонує упорядникам стандартів МКХ-11 та DSM-V звернути увагу на ефективність реєстро-вісьових класифікацій із специфікаторами для діагностики обсесивно-компульсивного розладу.

Уведення нового категоріального апарату реєстро-вісьових класифікацій із специфікаторами допоможе не тільки відійти від традиційної «пропорційності обсесій та компульсій», що лише ускладнює діагностичні процеси, а й поточнити статус обсесивно-компульсивного розладу (що, на думку автора, є реєстрозалежним симптомом).

Перспективи подальших досліджень. Представлення реєстро-вісьової класифікації ОКР із специфікаторами у табличному вигляді. Підтвердження теоретичних розробок низкою експериментальних досліджень. Звернення до укладачів МКХ-11 та DSM-V з пропозиціями щодо удосконалення наявних класифікаційних систем.

7. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

- [1] А. Е. Бобров, А. К. Гомозова, «Комплексное клинико-статистическое и психологическое изучение обсесивно-компульсивных синдромов», *Социальная и клиническая психиатрия*, № 4, с. 14–26, 2010.
- [2] А. К. Гомозова, «Обсесивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование», дис. канд. наук; ФГУ Московский научно-исследовательский ин-т психиатрии. Москва, Россия, 2010, 227 с.

- [3] И. В. Журавлёв, «О конститутивных характеристиках сознания», *Вопросы психолингвистики*, № 16, с. 120–127, 2012.
- [4] И. В. Журавлёв, *Психология и психопатология восприятия: пролегомены к теории «зонда»*. Москва, Россия: Изд-во ЛКИ, 2008, 123 с.
- [5] Л. О. Кригіна, «Перспективи впровадження багатовісьової версії МКХ-10 в практику судово-психіатричної експертизи неповнолітніх (огляд літератури)», *Архів психіатрії*, т. 16, № 3, с. 50–54, 2010.
- [6] *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*. В 3 т. Т.1. Десятый пересмотр. Женева, Швейцария: Всемирная организация здравоохранения, 1995, 697 с.
- [7] В. П. Самохвалов, *Психиатрия*. Ростов-на-Дону, Россия: Феникс, 2002, 575 с.
- [8] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Forth edition. Washington disorders. Text revision (DSM-IV-TR). Forth edition. Washington, USA: American Psychiatric Association, 1994, 915 p.
- [9] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision (DSM-IV-TR)*. Forth edition. Washington, USA: American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.
- [10] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Fifth edition. Washington, USA: American Psychiatric Association, 2013, 970 p.

ACTUAL CLASSIFICATIONS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Artyom Lyamets,

candidate of historical sciences,

undergraduate of the chair of psychology

at the Interregional Academy of Personal Management,

Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1586-5966>

lyametsart@ukr.net

Abstract. In the article several classifications of obsessive-compulsive disorder have been analyzed, among others the classifications in the standards ICD-10 and DSM-IV. Various categorial conceptions have been reviewed: the coordinate system of the proportionality of obsessions and compulsions, the representations of different obsessive-compulsive syndromes, the specification of classification axes, the research of main and secondary disorders, etc. When in the past obsessive-compulsive disorder was characterized as the variety of cognitive, emotional and personal disorders, then today a system conception of the OCD phenomenon is being introduced in a gradual manner. The author suggests to review obsessive-compulsive disorder on various methodological levels (philosophical, general scientific, specifically scientific, methodical levels of methodology). Also a classical

problem of OCD – the absence of the precise criteria for the determination of emotional and cognitive disorders, has been reviewed. Accordingly, it has been suggested to distinguish the emotional aspect as the depressive register of the classification, and the cognitive aspect has been distinguished as the psychopathic register. Such scientific paradigm made possible to review obsessive-compulsive disorder in more modern classifications, which contain the certain amount of special registers and axes. The registered-axial classification, which has been suggested by the author, arranges all the necessary clinical data, sifts and systematically specifies the parameters, which had been considered before as the background information. The axes of the classification organize the necessary secondary categorial conception (the registers are the main categorial conception), which can be adapted to the needs of the research works in OCD from the viewpoints of personal, age, social and medical psychology. The above-mentioned classification system allowed to differentiate the obtrusive states, which were caused by difficult psychosocial problems (psychological traumatic experience, destructive changes in families) from the obtrusive states, which were characterized by continuing personal disorders (psychopathies, accentuations of personality etc.) The new classification also differentiates obsessions and compulsions of the depressive register, when a main reason of obtrusive states is an obvious or latent background. The two-dimensional system, which uses the special registers and axes, is not static or rigid, but can be calibrated for the needs of psychological and psychiatric research works. In the conclusions the author suggests to use the registered-axial classifications with qualifiers for improving the standards ICD-11 and DSM-V, which help to diagnose obsessive-compulsive disorder.

Key words: psychology; psychiatry; classifications of mental illnesses, ICD-10; DSM-IV; obsessive-compulsive disorder; obsessions; compulsions.

АКТУАЛЬНЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Лямец Артем Михайлович,
кандидат исторических наук,
магистрант кафедры психологии
Межрегиональной академии управления персоналом,
Киев, Украина.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1586-5966>
lyametsart@ukr.net

Аннотация. В статье проанализированы несколько классификаций обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), в том числе в

стандартах МКХ-10 и DSM-IV. Рассмотрены различные категориальные аппараты: определение пропорциональности obsessions и compulsions, формирование obsessive-compulsive syndromes, выделение осей классификации, исследование основных и второстепенных расстройств, и т.п. Если ранее ОКР характеризовалось как совокупность когнитивных, эмоциональных и личностных нарушений, то в наше время постепенно внедряется системный подход относительно рассмотрения этого феномена. Автор предлагает рассматривать obsessive-compulsive расстройство на различных уровнях (философской, общенаучной, конкретнонаучной и методической методологии). Рассмотрена также классическая проблема классификации ОКР – отсутствие точных критериев определения эмоциональных и когнитивных нарушений. Соответственно автор рекомендует выделить эмоциональный аспект – как депрессивный, а когнитивный как психопатический регистр классификации. Такая научная парадигма позволяет рассматривать obsessive-compulsive расстройство в более современных классификациях, которые оперируют определенным количеством специальных регистров и осей. Регистро-осевая классификационная система, предложенная автором, упорядочивает клинические сведения, отсеивает или системно уточняет параметры, которые раньше считались фоновой информацией. Оси классификации образуют необходимый вспомогательный категориальный аппарат (основным категориальным аппаратом являются регистры), который может быть использован для потребностей исследования ОКР с точки зрения личностной, возрастной, социальной и медицинской психологии. Вышеупомянутая классификационная система позволяет дифференцировать навязчивости, вызванные сложными психосоциальными состояниями (психотравмами, деструктивными явлениями в семье), от навязчивых идей, которые характеризуются постоянно действующими личностными нарушениями (психопатиями, акцентуациями характера и т. п.). Новая классификация также фиксирует obsessions и compulsions депрессивного регистра, когда основной причиной навязчивостей является явный или латентный депрессивный фон. Двухмерная система, которая оперирует специальными регистрами и осями, не является статичной и ригидной, но ее можно откалибровать для психологических, а также психиатрических исследований. В выводах автор предлагает использовать регистро-осевые классификации со спецификаторами для усовершенствования стандартов МКХ-11 и DSM-V для диагностирования obsessive-compulsive расстройства.

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

REFERENCES (TRANSLATED AND TRANSLITERATED)

- [1] A. E. Bobrov, A. K. Gomozova, «Kompleksnoe kliniko-statisticheskoe i psihologicheskoe izuchenie obsessivno-kompul'sivnyh sindromov», *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*, № 4, s. 14–26, 2010.
- [2] A. K. Gomozova, «Obsessivno-kompul'sivnoe rasstrojstvo: kompleksnoe psihopatologicheskoe i psihometricheskoe issledovanie», *dis. kand. nauk; FGU Moskovskij nauchno-issledovatel'skij in-t psichiatrii. Moskva, Rossiya, 2010, 227 s.*
- [3] I. V. ZHuravlyov, «O konstitutivnyh harakteristikah soznaniya», *Voprosy psiholingvistiki*, № 16, s. 120–127, 2012.
- [4] I. V. ZHuravlyov, *Psihologiya i psihopatologiya vospriyatiya: prolegomeny k teorii «zonda»*. Moskva, Rossiya: Izd-vo LKI, 2008, 123 s.
- [5] L. O. Kryhina, «Perspektyvy vprovadzhennia bahatovisovoi versii MKKh-10 v praktyku sudovo-psykhiatrychnoi ekspertyzy nepovnlitnikh (ohliad literatury)», *Arkhiv psykhiatrii*, t. 16, № 3, s. 50–54, 2010.
- [6] *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikaciya boleznej i problem, svyazannyh so zdorov'em. V 3 t. T.1. Desyatj peresmotr. ZHeneva, SHvejcariya: Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya, 1995, 697 s.*
- [7] V. P. Samohvalov, *Psihiatriya*. Rostov-na-Donu, Rossiya: Feniks, 2002, 575 s.
- [8] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Forth edition. Washington disorders. Text revision (DSM-IV-TR). Forth edition. Washington, USA: American Psychiatric Association, 1994, 915 p.*
- [9] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision (DSM-IV-TR). Forth edition. Washington, USA: American Psychiatric Association, 2000, 943 p.*
- [10] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth edition. Washington, USA: American Psychiatric Association, 2013, 970 p.*