

Дискуссионные вопросы диагностики и систематики навязчивых расстройств

Крылов В.И.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

Резюме. В статье рассматривается феноменологическая сущность, диагностическое и прогностическое значение различных вариантов навязчивых нарушений. Обсуждаются дискриминирующие признаки фобий, obsessions и compulsions. Анализируются существующие подходы к систематике навязчивостей.

Ключевые слова: навязчивости, тревожно-фобические расстройства, obsessive-compulsive disorder, ритуалы

Controversial issues of diagnosis and systematics obsessive disorders.

Krylov V.I.

The First St.Petersburg Pavlov State Medical University.

Summary. The article discusses the phenomenological essence, the diagnostic and prognostic value of different options obsessive disorders. Discusses discriminatory signs phobias, obsessions and compulsion. Analyzes existing approaches to the systematics of obsessions.

Key words: obsessions, anxiety phobic disorder, obsessive-compulsive disorder, rituals

Проблема диагностики и оптимизации терапии навязчивых расстройств продолжает сохранять свою актуальность. В уточнении нуждаются вопросы феноменологической сущности, систематики, диагностического и прогностического значения различных вариантов навязчивых нарушений. Изменение подходов к диагностике, внедрение в клиническую практику новых классификационных схем, стремление к стандартизации лечебного процесса определяет актуальность обращения к проблеме психопатологической диагностики и систематики навязчивых расстройств.

Для обозначения навязчивых нарушений в литературе используются различные термины. Наиболее часто используемый термин obsessions употребляется в двух основных значениях. При широком толковании термина к obsessions относят любые навязчивые феномены — навязчивые мысли, влечения, страхи, действия, узкое толкование термина предполагает отнесение к obsessions только идеаторных навязчивостей в виде навязчивых мыслей. В этом случае навязчивые мысли (obsessions) противопоставляются навязчивым страхам (фобиям) и навязчивым действиям (compulsions). По нашему мнению, данный подход представляется наиболее обоснованным, так как позволяет избежать разночтений при использовании специальной терминологии.

В наибольшей степени задаче унификации клинической диагностики соответствует разделение психопатологических признаков навязчивостей на общие и частные, облигатные и факультативные. К числу общих облигатных признаков фобий, obsessions и compulsions могут быть отнесены непроизвольность возникновения, непреодолимый характер, чуждость сознанию и наличие критики [7, 8].

Как известно, навязчивые страхи обладают отчетливой кондициональностью. Актуализация страха происходит в строго определенных ситуациях, под влиянием определенных факторов. Актуализация obsessions мало зависит от внешних ситуационных факторов.

Навязчивые страхи имеют четко определенную, постоянную фабулу. Идеаторный компонент страха мало меняется с течением времени. Содержание навязчивых сомнений, представлений, воспоминаний изменчиво, связано — то с семейными и бытовыми, то с профессиональными проблемами, то с состоянием здоровья.

Усиление аффективной насыщенности болезненных переживаний при фобиях сопровождается выраженными вегетативными нарушениями. Вторичные вегетативные нарушения при obsessions выражены минимально, не имеют субъективно тягостного характера, меньше беспокоят больных.

В наиболее широко используемых международных классификациях психических и поведенческих расстройств (МКБ-10 и DSM-5) фобические и obsessive-compulsive disorder расстройства — самостоятельные диагностические рубрики, объединяющие психопатологические образования круга навязчивостей [18, 19].

Предлагаемая в DSM-5 систематика навязчивых расстройств основывается в большей степени на фабуле, содержании и в меньшей степени на форме, то есть психопатологической структуре навязчивостей. В связи с этим необходимо отметить, что данный принцип, положенный в основу систематики не учитывает того обстоятельства, что навязчивые нарушения с идентичной фабулой могут являться как идеаторной навязчивостью (obsession), так и аффективной (фобией).

Декларируемая необходимость разграничения obsessive и фобических нарушений всту-

пает в противоречие с предлагаемыми рекомендациями по диагностике. Диагностическая категория обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) поглотила значительную часть аффективных навязчивостей — фобий. Из числа навязчивых страхов в раздел тревожно-фобических нарушений включены только социальные и специфические (изолированные) фобии, а также агорафобия, рассматриваемая в контексте панического расстройства.

Навязчивости внешней экстракорпоральной угрозы и контрастные навязчивости агрессивного содержания отнесены раздел ОКР. Между тем в основе болезненных переживаний могут лежать как навязчивые сомнения и опасения, так и навязчивый страх. При этом если в случае навязчивого страха вектор переживаний имеет направленность в будущее, то в случае навязчивых сомнений вектор переживаний может быть направлен как в прошлое, так и в будущее. В первом случае навязчивые сомнения касаются, возможно, уже совершенных агрессивных действий либо возможно уже состоявшегося загрязнения и заражения. Во втором случае навязчивые сомнения связаны с еще не совершенным, но возможным агрессивным действием либо еще не состоявшимся, но возможным загрязнением и заражением.

Разночтения в клинической квалификации навязчивых нарушений, по-видимому, отчасти связаны с расхождениями во мнениях относительно положения навязчивых опасений и сомнений в континууме обсессивно-фобических нарушений. Различные клинические варианты первичных навязчивых нарушений могут быть представлены в виде психопатологического континуума на одном полюсе, которого представлены аффективные навязчивости- фобии, на другом идеаторные навязчивости — обсессии. Навязчивые опасения и сомнения занимают переходное, промежуточное положение в континууме. В отечественной литературе одни авторы относят их к идеаторным навязчивостям (обсессиям) [3, 12] другие к аффективным навязчивостям (фобиям) [17].

В диагностических указаниях к DSM-5 отмечается, что столкновение с внешними ситуационными факторами вызывает актуализацию обсессий. Между тем данное утверждение справедливо в первую очередь для навязчивых опасений и сомнений, занимающих переходное положение в континууме обсессивно-фобических расстройств, что сближает навязчивые опасения и сомнения с фобиями. В меньшей степени провоцирующие факторы имеют значение для актуализации навязчивых припоминаний и воспоминаний, еще в меньшей степени внешние факторы играют роль при актуализации эмоционально нейтральных отвлеченных навязчивостей (навязчивый счет, навязчивое мудрствование).

Спорным представляется однозначное отношение к идеаторным навязчивостям навязчивых влечений. Навязчивые влечения обнаруживают тесную связь в первую очередь с навязчивыми страхами. В частности, при контрастных навязчи-

востях в одних случаях преобладает побуждение к выполнению опасных или нелепых действий, в других страх их реализации.

Обсессивный и фобический синдромы представляют собой сложные многокомпонентные состояния, включающие сенсорный, вегетативный, аффективный, идеаторный и поведенческие компоненты. Разделение навязчивостей на фобии и обсессии является в значительной степени условным, так как в «каждом навязчивом явлении в той или иной степени содержатся тесно взаимосвязанные и навязчивые мысли, и навязчивые страхи и навязчивые действия». С.С. Корсаков (1910) отмечал, что «...собственно навязчивая идея не относится исключительно к расстройствам интеллектуальной сферы ... в значительной мере при навязчивых идеях страдает эмоциональная сфера, так как навязчивые идеи вызывают чрезмерное волнение ... в каждом навязчивом явлении содержится и представление, и чувство и влечение...» [11]. Условность разделения навязчивостей на фобии и обсессии подтверждает и возможность взаимной трансформации аффективных и идеаторных навязчивостей.

Жесткое дихотомичное разделение навязчивых феноменов на обсессии и фобии не отражает всего многообразия клинических проявлений навязчивостей. Для обозначения психопатологических феноменов, занимающих промежуточное, переходное положение между аффективными и идеаторными навязчивостями в литературе используется понятие обсессивно-компульсивные фобии [6] или навязчивые мысли, ведущие к тревожному состоянию и избеганию» [4]. В современной психиатрической литературе сложились два основных подхода к пониманию термина фобия. Первый традиционный подход основывается на классическом определении фобии как навязчивого страха при наличии к нему критического отношения [6,14]. Второй подход предполагает использование термина фобия для обозначения не только навязчивых, но и сверхценных страхов [15]. Данное обстоятельство определяет актуальность рассмотрения клинкопсихопатологических особенностей различных вариантов патологических страхов.

При патологических страхах интенсивность и длительность эмоционального переживания несоизмерима реально существующей угрозе. Возникают патологические страхи в ситуациях, объективно не представляющих угрозы.

Навязчивые страхи представляют собой необоснованные или мало обоснованные переживания с четкой фабулой при наличии ундулирующей критики. Характерным является двойственное отношение к переживанию страха при понимании его необоснованности. Вне острого приступа страха критика к болезненным переживаниям сохранена. При столкновении с фобическим стимулом критика часто утрачивается. При уменьшении интенсивности страха критическое отношение восстанавливается в полном объеме. Предпринимаются попытки борьбы, преодоления страха.

Для сверхценных страхов характерно постоянное вне зависимости от ситуации отсутствие критики к болезненным нарушениям. Стремление к преодолению, борьба со страхом отсутствует.

Навязчивые нарушения наблюдаются при широком круге заболеваний. Как правило, фобические и обсессивные нарушения тесно взаимосвязаны. Изолированные варианты обсессивного синдрома определяют клиническую картину так называемых эндогенных и экзогенно-органических психических расстройств [6]. Для невротических состояний и развитий в большей степени характерно сочетание фобий и обсессий [6]. Обсессивные расстройства в виде склонности к навязчивым сомнениям и опасениям характерны для динамики расстройств личности в виде реакций и фаз. Однако, в диагностических указаниях к DSM-5 основанием для диагноза расстройства личности являются исключительно поведенческие и патохарактерологические признаки. В случае развития у лиц с ананкастным, тревожным, пограничным расстройством личности навязчивой симптоматики, обоснованным считается диагноз коморбидного обсессивно-компульсивного либо тревожно-фобического расстройства.

Положение о наличии критического отношения к болезненным переживаниям в клинических описаниях и рекомендациях к DSM-5 при ОКР как обязательного признака навязчивостей оспаривается. Диагностические рекомендации допускают возможность утраты или отсутствия критического отношения [19]. Выдвигается положение о наличии «континуума инсайта» при навязчивостях. В соответствии с данной позицией степень критического отношения при обсессиях варьирует в достаточно широком диапазоне от признания болезненности и иррациональности до полной убежденности в обоснованности болезненных переживаний.

Характер отношения к болезни при навязчивых расстройствах зависит от содержания, интенсивности, субъективной тягостности, способности к сопротивлению навязчивым переживаниям. Критическое отношение к болезненным нарушениям сохраняется у большинства больных с контрастными навязчивостями. Напротив при навязчивостях заражения и загрязнения больные убеждены в реальной опасности проникновения в организм внешних патогенных агентов. При ипохондрических навязчивостях тревожные опасения и сомнения трансформируются в сверхценные нарушения. Появляется убежденность в реальности и обоснованности переживаний, отражающих озабоченность «наличием» соматического заболевания.

Особую группу составляют больные ОКР с так называемым «плохим», «бедным», «недостаточным» инсайтом, «дефицитом» инсайта. С позиций классической психопатологии при «навязчивостях с дефицитом инсайта» речь идет об утрате критического отношения и трансформации навязчивых нарушений в сверхценные.

Для количественной оценки критики к болезни в DSM-5 предусмотрено несколько градаций, характеризующих степень осознания патологического характера обсессий и компульсий. При отличном осознании имеет место достаточный уровень критического отношения с «рациональным» пониманием болезненного характера навязчивостей. Больные с «хорошим» осознанием «с готовностью признают» неадекватность и чрезмерность навязчивых переживаний при отсутствии полной уверенности в этом. При «удовлетворительном» («достаточном») осознании больные «неохотно» признают болезненный характер навязчивых переживаний при сохранении постоянных сомнений в их необоснованности и чрезмерности. В случаях «слабого» («плохого») осознания больные не признают навязчивые переживания неадекватными и чрезмерными, более того приводят доводы и аргументы, обосновывающие оправданность болезненных нарушений. Наконец, при «отсутствии осознания» существует твердая, не доступная коррекции убежденность в реальности и обоснованности навязчивостей. В случаях «слабого осознания» и «отсутствия осознания» болезненного характера навязчивостей, по нашему мнению, имеет место трансформация навязчивых нарушений в овладевающие.

Различное отношение к проявлениям заболевания рассматривается в качестве одного из диагностических признаков, позволяющих разграничить ОКР и расстройства обсессивно-компульсивного спектра [19]. Подавляющее большинство больных с ОКР рассматривает навязчивые переживания как «неуместные и иррациональные», тогда как при расстройствах обсессивно-компульсивного спектра у значительной части больных критическое отношение к болезненным переживаниям отсутствует.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о феноменологической сущности и диагностических признаках компульсий. Традиционно термин компульсии используется для обозначения двигательных навязчивостей. Однако в ряде публикаций термином компульсии обозначаются не только навязчивые действия, но и навязчивые побуждения [1]. Таким образом, понятия навязчивые влечения или побуждения и навязчивые действия, по сути, отождествляются. При этом влечение рассматривается в качестве субъективного, а действие объективного компонента компульсии. Данная точка зрения представляется мало обоснованной, так как навязчивое влечение крайне редко реализуется в действиях. В отличие от насильственных и импульсивных навязчивых влечений в подавляющем большинстве случаев не заканчиваются действиями.

Специального обсуждения заслуживает вопрос о психопатологической квалификации, диагностическом и прогностическом значении особенностей защитного поведения больных с навязчивостями. В уточнении нуждается сущность и объем понятий ритуал и ритуальное поведение.

Определение ритуала как «навязчивости против навязчивости» подчеркивает вторичный производный характер ритуала по отношению к лежащим в его основе фобиям и Obsessиям. Клиническая квалификация защитного поведения в качестве ритуала требует соблюдения двух основных условий. Во — первых, наличия общих обязательных признаков навязчивости. При этом необходимо отметить, что не все обязательные признаки навязчивостей в полной мере характерны для ритуалов. Специфика ритуала как особой формы навязчивости состоит в том, что ритуалы выполняются произвольно и осознанно. Стремление к выполнению ритуала очень быстро приобретает сверхценный характер. Во-вторых, ритуалы как особая форма навязчивых нарушений обладает частными, присущими только ритуалам обязательными признаками. К числу частных обязательных признаков ритуала относят — вторичный характер, защитную функцию и индивидуальный характер ритуальных действий.

Выполнение ритуала позволяет уменьшить не только фабулированную тревогу, лежащую в основе собственно навязчивых переживаний, но и тревогу ожидания или предвосхищения. В связи с этим в качестве особого варианта защитных действий выделяются так называемые контрантисюзные ритуалы [4].

В литературе существуют два основных подхода к толкованию термина ритуал. В рамках первого подхода имеет место расширительная трактовка понятия ритуал. При широком толковании термина к ритуалам относят различные однотипные повторяющиеся поведенческие или мыслительные акты, способствующие предотвращению или уменьшению эмоционального напряжения [9,16]. В рамках данного подхода к ритуалам могут быть отнесены и основные формы прямой защиты — избегание и повторный контроль. На основе описательного феноменологического подхода выделяют ритуалы избегания, очищения, счета, проверок и перепроверок.

Противоположная точка зрения предполагает отнесение к ритуалам только защитных действий символического характера [2,3,8,14]. Символическая защита не избавляет больного от непосредственного контакта с объектами, вызывающими актуализацию навязчивости. Логически обоснованная, понятная связь между содержанием навязчивых переживаний и характером ритуала отсутствует. В основе ритуала лежат «магические действия, реализующиеся по механизму отвлечения внимания от источника страха».

Компромиссная позиция предполагает рассмотрение так называемых ритуалов избегания и ритуалов перепроверок в качестве сложных переходных феноменов, формирующихся на основе механизмов как прямой, так и символической защиты. Проявлением прямой защиты при мизофобии является поведение избегания в виде жестко регламентированной системы действий, направленных на исключение возможности непосредственного контакта с потенциально опасными агента-

ми. Участие символических механизмов, основанных на магическом мышлении, определяет количественные характеристики выполняемых защитных действий. Условием эффективности ритуала является выполнение защитных действий (намыливания рук при мизофобии) определенное число раз кратное выбранному «счастливому» числу [8].

Очевидно, что различное понимание термина ритуал делает несопоставимыми результаты не только чисто клинических, но и клинко-биологических и клинко-фармакологических исследований. Различное толкование термина ритуал является препятствием для выделения гомогенных в клиническом отношении групп сравнения. В единой группе оказываются больные с качественно различной симптоматикой.

Ритуальное поведение больных с навязчивостями не всегда носит стереотипный, раз и навсегда неизменный характер. Защитные действия больных с навязчивостями характеризуются количественной и качественной вариативностью [9]. Вероятность исполнения ритуала зависит в первую очередь от интенсивности побудительного мотива, лежащего в основе защитных действий, иначе говоря, от степени эмоциональной насыщенности первичной навязчивости.

Ритуальные действия часто не имеют постоянной и жесткой конструкции. Клиническая практика свидетельствует о том, что многие больные допускают различные отклонения от первоначального стереотипа защитных действий. Объем выполняемых действий может варьировать в достаточно широком диапазоне.

Сокращение объема выполняемых действий достигается за счет частичного или полного отказа от исполнения защитных движений и действий, пропуска или сокращения числа произносимых звуков, слов, фраз. Более того некоторые больные способны воздерживаться от выполнения ритуала. При сокращении объема ритуальных действий больные в первую очередь отказываются от выполнения действий и движений, заметных для окружающих. Реже видоизменение и сокращение касается ментальных ритуалов.

При утяжелении состояния больные расширяют объем выполняемых защитных действий и произносимых слов, и фраз. Проявлением утяжеления состояния является усложнение структуры ритуала либо формирование так называемых ритуалов второго и третьего порядка.

Недостаточно обоснованной представляется квалификация однотипных повторяющихся действий «по наведению порядка и поддержанию установившегося жизненного уклада с целью достижения психологического комфорта» в качестве одной из разновидностей ритуального поведения — «ритуалов в форме моторного перфекционизма» [5]. Во-первых, поведение больных направлено на «получение удовольствия от правильно выполненного действия». Отсутствует связь выполняемых действий с первичной навязчивостью. Во-вторых, действия больных носит психо-

логически понятный характер, отсутствует символический характер действий.

До настоящего времени в литературе отсутствует единое мнение в вопросе нозологической квалификации навязчивых состояний с ритуалами. Сторонники первой точки зрения считают, что наличие ритуалов в клинической картине навязчивых состояний свидетельствует в пользу расстройств шизофренического спектра [13,16]. Сторонники противоположной точки зрения допускают возможность формирования ритуалов при пограничных состояниях [2,10,12].

По нашим данным ритуальное поведение больных с психогенными и личностными расстройствами представлено абортивными квазиритуалами, основывающимися на традиционных, существующих в массовом сознании представлениях о магическом значении определенных чисел и знаков [8]. Защитное поведение больных с пограничными состояниями характеризуется изменчивостью, зависимостью от ситуационных моментов. Характер и объем выполняемых защитных действий зависит от изменений внешней ситуации. Побуждение к исполнению ритуала не носит императивного характера.

Для больных с заболеваниями шизофренического спектра характерны сложные ритуалы, включающие одновременно двигательный и идеаторный компонент [8]. При описании защитного поведения больных шизофренией в литературе используются такие характеристики ритуала как «вычурные», «нелепые», «лишенные всякого смысла» [13,14] движения, действия, фразы. В связи с этим необходимо отметить, что используемые качественные характеристики для описания защитных действий носят сугубо индивидуальный, субъективный характер. Те действия, которые являются для одного клинициста «психоло-

гически «непонятными», «нелепыми», «вычурными» для другого таковыми не являются.

Формирование ментальных идеаторных ритуалов у больных шизофренического спектра тесно связано с формальными нарушениями мышления. Защитную функцию часто выполняют так называемые пассивные неологизмы — отдельные звуковые сочетания, не имеющие смыслового значения [12].

Больные с расстройствами шизофренического спектра в отличие от больных с пограничными состояниями не пытаются маскировать, скрывать свои действия от окружающих. Более того больные принуждают близких родственников вместе с ними выполнять защитные действия, произносить защитные звуки, слова, фразы.

При прогредиентном течении заболевания шизофренические ритуалы утрачивают присущие им облигатные признаки, трансформируясь в кататонические стереотипии или психические автоматизмы. В первом случае утрачивается внутренняя мотивированность, исчезает переживание чуждости, эмоционального неприятия выполняемых действий. Во втором случае выполнение движений и действий, произнесение звуков, слов, фраз объясняется внешним воздействием.

В диагностических указаниях к МКБ-10 и DSM-5 термины компульсия и ритуал по существу используются как синонимы. Между тем компульсии — навязчивые движения и действия действительно часто, но отнюдь не всегда выполняют защитную функцию. Тем более, не всякое стереотипно повторяемое произвольное действие является формой символической защиты — ритуалом. В свою очередь ритуалом могут быть не только определенные движения и действия (моторные ритуалы), но и мысленно произносимые звуки, слова и фразы (идеаторные или ментальные ритуалы).

Литература

1. Александровский Ю. А. Терминологический психиатрический словарь. — М. — 2013 — 224 с.
2. Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивостей и психастении. — Клиническая динамика неврозов и психопатий. — Л. — 1967. — С. 36-58.
3. Блейхер В.М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж : МО-ДЭК. — 1995. — 640 с.
4. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев. — 1997. — 436 с.
5. Железнова М.В. Двигательные навязчивости. Обзор литературы. — Психиатрия (научно-практический журнал). — 2008. — №1. — С. 55-59.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М. — 1990. — 576 с.
7. Крылов В.И. Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств). — Психиатрия и психофармакотерапия им.П.Б.Ганнушкина. — 2009. — №4. — С. 8-13.
8. Крылов В.И., Бутылин Д.Ю. Защитное поведение больных с обсессивно-фобическими расстройствами. — Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2014. — №4. — С. 52-56.
9. Лакосина Н.Д. Клинические варианты неврологических развитий. — М. — 1970. — 222 с.
10. Лингарт Н.К. Навязчивые состояния при неврозах. — Киев. — 1978. — 80 с.
11. Корсаков С.С. Курс психиатрии. — М. — 1913. — Т. 2. — 480 с.
12. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. — Н.Новгород. — 1998. — 426 с.
13. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения. — Руководство по психиатрии (под ред. А.В. Снежневского). — 1983. — т.1. — С. 304-355.
14. Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. — М. — 1950. — 166 с.

15. Сергеев И.И., Шмилович А.А., Бородин Л.Г. Условия манифестации, клинико-динамические закономерности, феноменология фобических расстройств. — Тревога и обсессии (под ред. А.Б. Смулевича). — М. — 1998. — С. 78-96.
16. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении. — Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2009. — № 11. — С. 4-15.
17. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. — М. — 2005. — 200 с.
18. Психические расстройства и расстройства поведения (Класс 5 МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). — М. — 1998. — 512 с.
19. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. — 2013. — 970 p.

Сведения об авторе

Крылов Владимир Иванович — д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: krylov2056@yandex.ru.