УДК 159.972
DOI: 10.33099/2617-6858–21–64–6–154-163

Чередниченко Т. В. *викладач, Черкаський інститут пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України*
https://orcid.org/ 0000-0001-5496-1083

ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ СИСТЕМАТИЗАЦІЇ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ

В статті проаналізовано зміст феноменів тривоги, страху, зокрема, особливості спільного емоційного компоненту тривожно-фобічних розладів. Зазначено, що термін «невроз» у сучасних класифікаціях не застосовується та визнано застарілим. Виокремлено тривожно-фобічні розлади як категорію, що відображає тривогу, при якій нормальна реакція перебільшується при відсутності реальної загрози. Проаналізовано підходи до класифікації тривожно-фобічних розладів. Зосереджено увагу на аналізі сучасних міжнародних класифікаційних систем МКХ-10 та DSM-IV та виокремлені відмінності між ними.

Ключові слова: *тривога; страх; тривожно-фобічні розлади; фобія; міжнародні класифікаційні системи хвороб.*

Вступ. Останні десятиліття сучасного розвитку суспільства характеризуються неухильним зростанням непсихотичних форм психічної патології в основному за рахунок збільшення захворюваності з невротичними розладами. У структурі цих розладів значний відсоток становлять невротичні фобії. Тривожні розлади – найпоширеніший тип психічних захворювань у Європі, який виникає у 14% осіб віком від 14 до 65 років. Перші ознаки тривожних розладів з'являються ще в дитячому та підлітковому віці, особливо це стосується специфічних і соціальних фобій. Так, більшість дітей переживає фазу непатологічної неприязні до незнайомців, що часто починається ще у віці 8-9 місяців, у 2-3г% дітей виражений тривожний розлад розлуки зберігається аж до дошкільного або шкільного віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я тривожно-фобічні розлади посідають 6-те місце у світі та 4-те – у високорозвинених країнах серед усіх психічних і соматичних захворювань, які стали причиною розвитку інвалідності; вони належать до хронічних захворювань, які мають найбільший вплив на життя пацієнтів [7; 15].

Причина зростання тривожно-фобічних розладів у поєднанні особливостей життя, характерних для країн розвиненого промислового та науково-технічного рівня з високими показниками інформаційного потоку індивідуально значимої інформації, прискоренні темпу життя, порушенні біологічних добових ритмів, міграції населення, зниженні біологічної активності, а також у міжособистісних конфліктах (сімейних, вікових, побутових, службових), негативних емоціях, що виникли на базі незадоволених біологічних потреб, зіткненні емоційно важливих особистих стосунків у життєво значимій ситуації. Одночасно зростає кількість невротичних фобій, резистентних до терапії, з затяжним типом перебігу, ускладнених вегетативними проявами та схильних до рецидивування. Все це призводить до значного порушення індивідуального життя як в соціальному, так і у професійному планах, до тимчасової та стійкої втрати працездатності, а також до великих економічних затрат.

Мета: здійснити теоретичний аналіз підходів до класифікації тривожно-фобічних розладів.

Методи дослідження: метод наукового пізнання та загальнонаукові методи: логіко-порівняльний аналіз (для виявлення особливостей наукових підходів до класифікації тривожно-фобічних розладів); індукція, абстрагування, узагальнення, систематизація.

Теоретичне підґрунтя. Вивчення феноменів тривоги та страху пов'язане із дослідженням емоційної сфери, що знайшли відображення у праця Л. Аболіна, П. Анохіна, А. Ананьєва, Г. Бреслава, В. Вілюнаса, Б. Додонова, О. Запорожця, К. Ізарда, Я. Рейковського, Д. Бретт, О. Кондаш, Д. Лейн, Р. Мей, Е. Міллер, Б. Філліпс та ін. [1; 3; 8, 11; 12]. Незважаючи на значну кількість наукових напрацювань, більшість з них не враховують сучасні тенденції класифікацій тривожно-фобічних розладів, тому існує потреба в науковому дослідженні представленої проблематики з урахуванням сучасних тенденцій.

Результати і обговорення. До тривожно-фобічних розладів відносять невротичні форми патологій з вираженою когнітивною і поведінковою симптоматикою. В рамках патології тривожно-фобічні розлади розглядають як фобії, так і цілий симптомокомплекс, що характеризує реакцію організму на феномен страху.

Термін «фобія» походить від давньо-грецького φόβος, що означає панічний страх, жахіття, і використовувався ще Гіппократом. В медичних журналах XVIII ст. були описані випадки гострих нападів тривоги і страху з кардіологічними і дихальними симптомами. К. Вестфал здійснив детальний опис однієї із видів фобій (агорафобії) у 1871 році і цим поклав початок їх вивченню в психіатричній клініці, особливо в клініці неврозів. Вчений зазначав, що в основі нав'язливих страхів лежить розлад мислення, коли фобії спливають у свідомості людини мимоволі. Лише на початку XX ст. були здійснені спроби об'єднання тривожно-фобічних розладів у самостійне захворювання – тривожний невроз. У 1914 році Г. Хол представив список із 135 видів фобій [1]. Широке використання терміну фобія при описі страху певних предметів, станів і явищ відноситься до другої половини XIX ст., а саме поняття трактується досить неоднорідно. Так, О. Кербиков дає коротке визначення фобії як нав'язливому страху, А. Снєжнєвський визначає фобії як «нав'язливий страх, що відрізняється інтенсивністю й непереборністю, незважаючи на його безглуздість та зусилля його здолати», С. Давиденков розглядає фобії як «випадково пережиті хворим життєві побоювання, які непропорційно разрослись до ступеня важкого патологічного симптому» [2]. Б. Карвасарський дає наступне визначення: «Фобія – це нав'язливе переживання страху із чіткою фабулою, що загострюється в певних ситуаціях при збереженні достатньої критики до свого стану» [3]. М. Коркіна розуміє фобії як «дуже болісне переживання страху, який викликається різними предметами та явищами» [9]. За А. Свядощем, «фобія – це страх, пов'язаний з певною ситуацією або групою уявлень і не виникаючий за їх відсутності» [14]. Оригінальне визначення фобій зустрічається у Г. Каплан: «фобія являє собою настирливо існуючий ірраціональний страх, у результаті якого має місце усвідомлене уникання специфічного, викликаючого страх об'єкта, діяльності або ситуації» [1].

Під тривогою розуміють негативно забарвлену емоцію, що виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важковизначені передчуття. Причини тривоги, зазвичай, не усвідомлюють, але вона запобігає участі людини в потенційно шкідливій поведінці, або спонукає її до дій з підвищення ймовірності благополучного завершення подій. Тривога дуже часто проявляється в людей, які хворіють на неврози. Термін «невроз» був запропонований лікарем-психіатром В. Кулленом у 1776 році і досі використовується у психодинамічних колах. У дослідженнях вітчизняних психологів, що присвячені проблемі дитячої невротизації, найчастіше можемо зустріти терміни «невроз тривожності», «невроз страху». Як зазначається у сучасному словнику з психології, невроз тривожності – застарілий термін, що застосовувався раніше для опису панічних розладів та тривожних розладів в цілому [11]. Цей термін застосовувався найчастіше для широкого спектру розладів, що характеризуються наступними ознаками: безпричинним хвилюванням, що супроводжується фобіями

чи компульсивною поведінкою; повним збереженням контакту людини з дійсністю; розлад не призводить до порушення соціальних норм в широкому змісті слова. Зазначимо, що категорія неврозів випадає із більшості сучасних систем класифікації, а різні види розладів, які раніше підпадали під визначення неврозу, перенесені в інші діагностичні категорії.

Страх та тривога мають не лише кількісні відмінності, а й відрізняються за своїми механізмами і способом реалізації. У цих понять є загальний емоційний компонент у вигляді відчуття хвилювання та неспокою, відчуття загрози чи відсутність почуття безпеки. Зокрема, тривога проявляється в очікуванні якоїсь події, яку важко прогнозувати та яка може загрожувати неприємними наслідками або ж, навпаки, проявитись у вигляді радісного хвилювання, очікування. Отже, людина, що знаходиться у стані невизначеного хвилювання, відчуває тривогу, а людина, що боїться визначених об'єктів чи думок, відчуває страх.

У зв'язку із цим, цікавою є інформаційна теорія емоцій П. Симонова, згідно з якою емоція розглядається як відображення відношення між величиною потреби та ймовірністю її задоволення в даний момент. Інформаційна теорія емоцій вводить в коло явищ, що аналізуються, поняття інформації. Негативні емоції виникають частіше за все через неприємну інформацію і особливо при недостачі інформації, а позитивні – при отриманні достатньої інформації, особливо коли вона виявилась кращою за очікувану. Аналізуючи особливості виникнення страху, вчений відмічає, що страх виникає при недостачі інформації, яка потрібна для організації успішного захисту. В той же час зазначається, що при наявності достатніх відомостей про те, як вийти із загрозливого становища, людина буде безстрашною [14].

В сучасних дослідженнях емоційних станів людини, зокрема в когнітивній теорії, є уявлення про те, що людина по-різному сприймає інформацію. Загрозлива інформація має підвищену значущість для індивіда, і тому є домінуючою, що призводить до стійких станів тривоги (нормальної або патологічної). Установка на сприйняття загрозливої інформації, як стверджують дослідники, з випередженням, тобто, до її чіткого усвідомлення, фіксується у вигляді суто емоційної реакції і запускає механізм прискорення переробки інформації, що спирається значною мірою на автоматизм та не потребує значних когнітивних зусиль [8].

Пояснення можливих причин виникнення фобій варіюються від розвитку в процесі класичного формування умовного рефлексу, вироблення інструментальних умовних рефлексів до генетичної схильності до подібних розладів та засвоєння в процесі научіння. В науковій літературі виокремлюють біологічний, психологічний та психосоціальний підхід до причин виникнення тривожно-фобічних розладів. Зокрема, відповідно до психодинамічних поглядів, фобії уособлюють собою захист від тривоги, що породжується витісненими імпульсами, які надходять від несвідомої частини психіки; біхевіоральні погляди зосереджені на фобії як навченій поведінці. Біологічний підхід до виникнення фобій пов'язаний із генетикою та властивостями центральної нервової системи, а саме темпераментом. Також важливу роль відіграють підготовленість та невипадковий розподіл страхів та фобій, що пов'язані із соціальними аспектами [13].

Згідно досліджень, страхи стають фобіями, коли спричинюють підвищення нормативного прояву, що заданий конкретною ситуацією, не можуть бути обґрунтовані чи логічно заперечені, коли вони неконтрольовані, ведуть до уникання предмету страху, зберігаються тривалий час й не являються специфічними для певного віку та рівня розвитку. Зазначається, що для того, щоб назвати страх фобією, він повинен серйозно заважати соціальній функції людини [9].

Підходи до класифікації тривожно-фобічних розладів досить різноманітні. Різні автори систематизують ці розлади за різними критеріями. Розглянемо найбільш поширені класифікації тривожно-фобічних розладів.

За фабулою нав'язливого страху виділяють:

1. Страх простору й переміщення в ньому: агорафобія (страх відкритих великих просторів, наприклад, широких площ, вулиць, полів); клаустрофобія (страх замкнутих просторів: ліфт, вузькі вулиці, замкнені кімнати); гіпсофобія (страх висоти); страх глибини; страх поїздок у транспорті.

2. Соціофобії (страхи, пов'язані зі знаходженням у суспільстві інших людей): петтофобія (страх суспільства); страх публічних виступів; страх перед іспитами; ерейтофобія (страх почервоніти в значимій для хворого ситуації); страх через неможливість здійснити яку-небудь дію в присутності сторонніх (проковтнути їжу); страх відвідування громадських туалетів; страх блювоти (гикавки), яка мимоволі виникає у суспільстві; антропофобія (страх юрби, страх задихнутися в ній, унеможливлення з неї вибратися); монофобія (страх самотності).

3. Нозофобії (страх занедужати): кардіофобія (страх за стан свого серця); інфарктофобія (страх занедужати інфарктом міокарда); страх занедужати сказом та іншими інфекційними захворюваннями; лісофобія (страх божевілля); сифілофобія (страх заразитися сифілісом); канцерофобія (страх занедужати раком).

4. Страх за здоров'я близьких.

5. Танатофобія (нав'язливий страх смерті).

6. Сексуальні страхи: страх перед неможливістю здійснити статевий акт; онанофобія (страх уявних наслідків онанізму); страх втрати ерекції; страх передчасної еякуляції; страх неможливості переживання оргазму при статевому акті; страх вагітності; страх болю при статевому контакті.

7. Обсесивно-компульсивні страхи: мізофобія (страх забруднення); страх вчинити самогубство; страх нанесення каліцтва своїм близьким; айхмофобія, оксифобія (страх гострих предметів).

8. Контрастні нав'язливі стани (страх зробити вчинок, що суперечить морально-етичним установкам особистості): страх голосно вимовити нецензурні слова; страх зробити щось непристойне під час богослужіння й ін.).

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

10. Пантофобія – генералізований нав'язливий страх.

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

За кількістю об'єктів нав'язливого страху виокремлюють: монофобії (один об'єкт страху, наприклад, страх темряви) та поліфобії (декілька об'єктів страху, наприклад, нав'язливий страх павуків, мишей і страх божевілля).

За часом виникнення нав'язливих страхів та спрямованістю виділяють: первинні (наприклад, страх пересування на автобусах) та вторинні (приєднання страху пересування на тролейбусах, трамваях, машинах, фобофобії); фобії «зовнішнього стимулу» (причина страху перебуває в зовнішньому середовищі (наприклад, страх простору й переміщення в ньому, соціофобії) та фобії «внутрішнього стимулу» (причина страху перебуває в самій людині, наприклад, нозофобії, страх самогубства, танатофобія).

За генезою нав'язливі страхи класифікують на:

- елементарні фобії, які виникають безпосередньо за дією надсильного подразника, що їх викликав, коли хворі усвідомлюють те, що викликало їхнє захворювання. Наприклад, страх пресування на залізниці, що розвинувся після залізничної катастрофи, страх собак у дітей, наляканих або покусаних собаками, страх гойдатися на гойдалці після падіння з неї та ін.;
- криптогенні фобії, які виникають без зовнішньої причини і не усвідомлюються хворим. Наприклад, амнезія психічної травми, що викликала нав'язливий страх, частіше спостерігається при істеричному неврозі.

За спрямованістю домінуючого впливу виокремлюють наступні страхи: біологічні (страхи, безпосередньо пов'язані із загрозою життю або здоров'ю людини); соціальні (острахи й побоювання за зміну свого соціального статусу); екзистенціальні (страхи,

пов'язані із глибинною сутністю людини й характерні для всіх людей незалежно від конкретних ситуацій).

Існують також класифікації, які враховують особливості розвитку, протікання та наслідків тривожно-фобічних розладів: гострий та підгострий періоди; хвилеподібне та хронічне протікання; зворотній розвиток, одужання, ускладнення симптоматики як наслідки фобічних проявів [5; 8; 9; 13].

У 1947 році фобії отримали окремий діагностичний знак у Міжнародній класифікації психічних хвороб (МКХ). Сучасні уявлення про тривожно-фобічні розлади викладені в МКХ-10 та DSM-IV [4]. МКХ-10 об'єднує всі фобічні розлади (агорафобія, соціальні фобії, специфічні фобії) в одну групу (F 40), для якої характерні наступні загальні ознаки:

- стани тривоги, обумовлені виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до пацієнта), які в цей момент не становлять об'єктивної загрози;
- фобічні ситуації звичайно уникаються або переносяться з почуттям страху;
- суб'єктивно, фізіологічно, поведінково фобічна тривога не відрізняється від інших типів тривоги й може варіювати від легкого занепокоєння до жаху;
- характерна концентрація пацієнтів на індивідуальних симптомах з розвитком вторинних страхів (смерті, втрати самоконтролю, божевілля);
- тривога не знижується від усвідомлення того, що інші люди не вважають дану ситуацію небезпечною;
- характерна тривога очікування потрапити в ситуацію, яка визиває страх [10].

Розглянемо більш детально групу (F 40). До неї включені:

- Агорафобія (F40.0). Під агорафобією розуміється страх перед такими місцями або ситуаціями або їх уникання, втеча з яких у випадку виникнення сильних, схожих з панічними симптомів, що викликають у тому числі й почуття незручності, була б утруднена й у яких не може бути надана допомога. У МКХ-10 проводиться диференціація між агорафобією з панічними розладами (F40.00) та без них (F40.01). В DSM-IV, навпаки, комбінація діагнозів «агорафобія» і «панічний розлад» звучить як «панічний розлад з агорафобією».
- Соціальні фобії (F40.1). Під соціальними фобіями розуміють клінічно значимі, послідовні тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням із соціальними ситуаціями або ситуаціями, у яких оцінюється успішність і які ведуть, як правило, до уникаючої поведінки.
- Специфічні фобії (F40.2). Як специфічні фобії визначаються послідовно виникаючі, клінічно значимі тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням з певним загрозливим об'єктом або певною ситуацією і найчастіше призводять до уникаючої поведінки. Особи зі специфічними фобіями звичайно усвідомлюють їхню неадекватність.

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

Окремого розгляду потребують панічні атаки. Хоча вони і не мають власного кодування, але мають велике значення для диференціальної діагностики, оскільки є основним психопатологічним синдромом, і тому докладно розглядаються в DSM-IV.

Панічною атакою називають фіксований часовий проміжок, під час якого раптово з'являється сильна й всепоглинаюча тривога, побоювання або переляк, найчастіше супроводжувані почуттям нещастя, що швидко насувається. Під час цих атак виникають такі симптоми, як задишка, прискорене серцебиття, болі в грудях або фізичний дискомфорт, почуття задухи, страх збожеволіти або втратити над собою контроль [10].

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

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

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2). Ця змішана категорія використовується, коли присутні симптоми як тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші окремо не є чітко домінуючими або вираженими настільки, щоб виправдати діагноз. Мають місце деякі вегетативні симптоми (такі як: тремор, серцебиття, сухість у роті, бурління в животі та ін.), навіть якщо вони непостійні [4; 10].

Слід зазначити, що найважливішою умовою класифікації тривожно-фобічних розладів є диференціація тривоги як первинної емоції з її афективними, фізичними й когнітивними компонентами, тривожності як властивості особистості та диференціальна діагностика різних форм патологічної тривоги, проведення грані між патологічною тривогою й іншими видами психічних розладів.

Серед провідних ознак патологічної тривоги виділяють наступні: тривожна реакція та поведінка уникання переживаються хворим як необґрунтована, неадекватно сильна та повторювана; хворий уникає ситуацій, що викликають тривогу, і втрачає контроль над нею; тривожні реакції виникають послідовно й тривають довше звичайного; як наслідок тривога призводить до порушення якості життя.

Для того, щоб відмежувати нормальну тривогу й тривожність від різних форм патологічної тривоги, було введено чіткі діагностичні критерії і алгоритми постановки діагнозу. Сучасні дослідники та науковці використовують дві класифікаційні системи: МКХ-10 Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization, 1992), доповнену діагностичними критеріями дослідження (World Health Organization, 1993), і четверту версію DSM Американської психіатричної асоціації DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, 1996), що містить більш диференційовані ознаки розладів. Основні відмінності між класифікаціями представлені у табл. 1.

Таблиця 1

Класифікація тривожних розладів за МКХ-10 і DSM-IV

Класифікація МКХ-10	Класифікація DSM-IV	Основні відмінності
F4 Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	Тривожні розлади	DSM-IV розглядає всі захворювання, за винятком поміщених у дужках, і класифікує їх як тривожні розлади
F40 Тривожно-фобічні розлади		
F40.0 Агорафобія		DSM-IV дає більш докладні критерії й вказівки для диференціальної діагностики
F40.00 без панічного розладу	Агорафобія без панічного розладу	
F40.01 з панічним розладом	Панічний розлад з агорафобією	
F40.1 Соціальні фобії	Соціальна фобія	DSM-IV виокремлює більше підтипів,

F40.2 Специфічні (ізольовані фобії)	Специфічна фобія	особливо для фобій
F40.8 Інші фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F40.9 Неуточнені фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F41 Інші тривожні розлади		
F41.0 Панічний розлад .00 середньої важкості .01 важкий	Панічний розлад без агорафобії	Якщо розлад задовольняє критеріям як агорафобії, так і панічного розладу, то симптоматична картина класифікується в МКХ-10 як агорафобія, а в DSM як панічний розлад
F41.1 Генералізований тривожний розлад F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад F41.3 Інші змішані тривожні розлади	Генералізований тривожний розлад (змішаний тривожний і депресивний розлад)	
F41.8 Інші уточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F41.9 Неуточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42 Нав'язливі розлади		
F42.0 Нав'язливі думки або міркування F42.1 Нав'язливі дії або ритуали F42.2 Змішані нав'язливі думки й дії	Нав'язливий розлад	DSM розлад не класифікує, замість цього виділяються підтипи по здатності до інсайту
F42.8 Інші нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42.9 Неуточнені нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації		
F43.0 Гостра реакція на стрес	Гострий стресовий розлад	Порушення адаптації утворять в DSM окрему групу розладів, що не входить у тривожні розлади
F43.1 Посттравматичний стресовий розлад F43.2 Порушення адаптації	Посттравматичний стресовий розлад (порушення адаптації)	
F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес F43.9 Неуточнені реакції на тяжкий стрес		DSM виділяє лише одну категорію «неуточнений тривожний розлад»

Як видно з таблиці, в обох класифікаційних системах підкреслюється необхідність розглядати специфічні тривожні розлади більш диференційовано, залучаючи не лише актуальні дані, але й інформацію про все життя пацієнта в цілому. Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що тривожно-фобічні розлади, які знаходять вираження у дитячому віці, можуть передувати іншим психічним розладам і впливати на їхній перебіг [8; 12]. Крім того, різні конкретні діагнози ґрунтуються на різноманітних даних теоретичних і прикладних досліджень, які, зокрема, довели, що генералізований тривожний розлад і панічний розлад (колись поєднувані під кодом 300.0 «невроз тривоги» у МКХ-9) необхідно розглядати як окремі діагнози внаслідок їхніх принципових розходжень в етіології, патогенезі, прогнозі й показань до терапії.

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

1. DSM-IV розглядає тривожні розлади значно ширше, ніж МКХ-10, оскільки включає в цей розділ нав'язливі розлади,

посттравматичні стресові розлади і тривожні розлади в дитячому й підлітковому віці.

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

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

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

5. МКХ-10 виділяє різні змішані діагнози (наприклад, змішаний тривожний і депресивний розлад), які в DSM-IV наводяться лише в якості критеріїв дослідження.

6. DSM-IV підкреслює значення тривожних синдромів, зумовлених органічними порушеннями або вживанням психоактивних речовин, і надає більше простору для диференціальної діагностики тривожних розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин або пов'язаних із соматичною хворобою, ніж МКХ-10 [10; 15].

Висновки і перспективи подальших досліджень. На сьогодні відсутня узгодженість наукової спільноти відносно єдиних та чітких клініко-діагностичних критеріїв для підтипів і варіантів тривожно-фобічних розладів, неоднозначні та неузагальнені погляди щодо кореляції з коморбідною патологією, тому ці питання потребують інтеграції в нинішні класифікаційні системи. Досягнення і нововведення МКХ-10 та DSM-IV у вигляді високої стандартизації та уніфікації клінічної діагностики, зрозумілих і валідних діагностичних критеріїв психічних розладів, багатоосьової системи діагностики значно допомагають в практичній, дослідницькій та статистичній роботі з тривожно-фобічними розладами. Разом з тим, подальшого розгляду і аналізу потребують розробка клініко-психопатологічних маркерів прогнозу, орієнтованих на нозологічну і типологічну диференціацію фобій, пошуки шляхів адекватної організації лікувально-реабілітаційного процесу.

Список використаних джерел

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. 672 с.
2. Карандашева Э.А. Фобический синдром при неврозах (клинико-психологический, биохимический аспекты и лечение): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1976. 23 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1990. 448с.
4. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреєнка, В.В. Домбровської // Новини української психіатрії. Харків, 2003. Режим доступу: http:// www.psychiatry.ua/books/criteria.
5. Кутько І.І., Напреєнко О.К., Козидубова В.М. Афективні розлади. Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напреєнка. К.: Здоров'я, 2001. С. 353-372.
6. Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти [Текст]: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія» / Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133с.
7. Михайлов Б.В., Табачніков С.І., Марута Н.О., Кришталь В.В., Сердюк О.І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. *Український медичний альманах*. 2004. Т. 7, № 4. С. 99-102.
8. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс. 2004. 207 с.
9. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожнофобических расстройств. Тревога и обсессии / Под ред. А. Б. Смулевича. М., 1998. С. 217-228.

10. Напрєєнко О.К., Логановский К.М. Сучасні психіатричні класифікації: спроба об'єднання. *Український медичний часопис*. 2002. № 2. С.5-12.

11. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем. СПб.: Питер, 2006. 312 с.

12. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность. *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2002. № 1. С. 118-124.

13. Ревенок О.А., Жабокрицький С.В. Характеристика фобій в осіб, які перенесли гостру променеву хворобу. *Архів психіатрії*. 2000. №1-2(20-21). С. 22-27.

14. Свядощ А. М. Неврозы: Руководство для врачей. СПб.: Речь, 1997. 356 с.

15. Табачніков С.І., Михайлов Б.В., Марута Н.О. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні. *Форум психіатрії та психотерапії*. 2004. Т. 5, спец. випуск. С. 34–40.

References

1. Kaplan H.Y., Sэdok B.Dzh. (1994) Klynycheskaia psykhyatryia [Clinical psychiatry]: Per. s anhl. M.: Medytsyna, 672 s. (in Russian)

2. Karandasheva E.A. (1976) Fobycheskyi syndrom pry nevrozakh (klynyko-psykholohycheskyi, byokhymycheskyi aspekty y lechenye) [Phobic syndrome in neuroses (clinical, psychological, biochemical aspects and treatment)]: avtoref. dyss. ... kand. med. nauk. L. 23 s. (in Russian)

3. Karvasarskyi B.D. (1990) Nevrozы: Rukovodstvo dlia vrachei. [Neuroses: A guide for Physicians] M.: Medytsyna. 448s. (in Russian)

4. Kryterii diahnostyky i psykhoterapii rozladiv psykhiky ta povedinky (2003) [Criteria for diagnosis and psychotherapy of mental and behavioral disorders] / Pid red. B.V. Mykhailova, S.I. Tabachnikova, O.K. Napreienka, V.V. Dombrovskoi *Novyny ukrainskoi psykhiatrii*. Kharkiv, 2003. Rezhym dostupu: http:// www.psychiatry.ua/books/criteria. (in Ukranian)

5. Kutko I.I., Napreienko O.K., Kozydubova V.M. (2001) Afektyvni rozlady. Psykhiatriia [Affective disorders. Psychiatry] / Pid red. prof. O.K. Napreienka. K.: Zdorovia. S. 353-372. (in Ukranian)

6. Bobyrov V.M., Skrypnikov A.M., Teliukov O.S. (2014) Afektyvni rozlady: klinichnyi ta psykhofarmakolohichnyi aspekty [Affective disorders: clinical and psychopharmacological aspects]: navchalno-metodychnyi posibnyk dlia likariv-interniv, mahistrantiv, klinichnykh ordynatoriv ta aspirantiv za fakhom «psykhiatriia» / Bobyrov V.M., Skrypnikov A.M., Teliukov O.S. Poltava: «Dyvosvit». 133s. (in Ukranian)

7. Mykhailov B.V., Tabachnikov S.I., Maruta N.O., Kryshtal V.V., Serdiuk O.I. (2004) Stratehichni shliakhy rozvytku psykhoterapii ta medychnoi psykholohii v Ukraini. [Strategic ways of development of psychotherapy and medical psychology in Ukraine] *Ukrainskii medychnyi almanakh*. T. 7, № 4. S. 99-102. (in Ukranian)

8. Mishyiev V.D. (2004) Suchasni depresyvni rozlady. Kerivnytstvo dlia likariv. [Modern depressive disorders. A guide for doctors] Lviv: Vydavnytstvo Ms. 207 s. (in Ukranian)

9. Mosolov S.N., Kalynyn V.V. (1998) Nekotorye zakonomernosty formyrovanyia, komorbydnost y farmakoterapyia trevozhnofobycheskykh rasstroistv. Trevoha y obsessyy [Some patterns of formation, comorbidity and pharmacotherapy of anxiety-phobic disorders. Anxiety and obsessions] / Pod red. A. B. Smulevycha. M. S. 217-228. (in Russian)

10. Naprieienko O.K., Lohanovskyi K.M. (2002) Suchasni psykhiatrychni klasyfikatsii: sproba obiednannia. [Modern psychiatric classifications: an attempt to unite] *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. № 2. S.5-12. (in Ukranian)

11. Perre M., Baumann U. (2006) Klynycheskaia psykholohyia [Clinical psychology] : Per. s nem. SPb.: Pyter. 312 s. (in Russian)

12. Podkorytov V.S., Chaika Yu.Iu. (2002) Depressyia y rezystentnost. [Depression and resistance] *Zhurnal psykhyatryy y medytsynskoi psykholohyy*. № 1. S. 118-124. (in Russian)

13. Revenok O.A., Zhabokrytskyi S.V. (2000) Kharakterystyka fobii v osib, yaki perenesly hostru promenevu khvorobu. [Characteristics of phobias in persons who have suffered from acute radiation sickness] *Arkhiv psykhiatrii*. №1-2(20-21). S. 22-27. (in Ukranian)

14. Sviadoshch A. M. (1997) Nevrozы: Rukovodstvo dlia vrachei. [Neuroses: A Guide for Physicians] SPb.: Rech. 356 s. (in Russian)

15. Tabachnikov S.I., Mykhailov B.V., Maruta N.O. (2004) Aktualnyi stan ta perspektyvy psykhoterapii ta medychnoi psykholohii v Ukraini. [Current state and prospects of psychotherapy and medical psychology in Ukraine] *Forum psykhiatrii ta psykhoterapii*. T. 5, spets. vypusk. S. 34–40. (in Ukranian)

Резюме

Чередниченко Т. В. *преподаватель, Черкасский институт пожарной безопасности имени Героев Чернобыля НУГЗ Украины*

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СИСТЕМАТИЗАЦИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В статье проанализировано содержание феноменов тревоги, страха, в частности, общего эмоционального компонента тревожно-фобических расстройств. Указано, что термин «невроз» в современных классификациях не используется и признан устаревшим. Выделено тревожно-фобические расстройства как категорию, что отображает тревогу, при которой нормальная реакция преувеличивается при отсутствии реальной угрозы. Проанализированы подходы к классификации тревожно-фобических расстройств. Сосредоточено внимание на анализе современных классификационных систем МКБ-10 и DSM-IV и выделены отличия между ними.

Ключевые слова: *тревога; страх; тревожно-фобические расстройства; фобия; международные классификационные системы болезней.*

Summary

Cherednychenko T. V. *lecturer Cherkasy Institute of Fire Safety named after Chornobyl Heroes of National University of Civil Defence of Ukraine*

THEORETICAL ASPECT IN SYSTEMATIZATION OF ANXIETY-PHOBIC DIORDERS

Introduction. *The last decades are characterized by the increase of non-psychotic forms of psychotic pathology mainly because of the increase of patients with neurotic disorders. Anxiety-phobic disorders make up a considerable percent in the structure of these disorders. The main reason for increase in anxiety-phobic disorders is the combination of lifestyle in industrially- and scientifically developed countries with a high amount of information flow that has individual importance, acceleration in the pace of life, distortion of biological rhythms, migration, decrease in the biological activity, and social conflicts that cause negative emotions.*

Purpose. *The purpose of this study is to theoretically analyze the approaches to classifying the anxiety-phobic disorders.*

Methods. *The method of scientific discovery and general scientific methods: logical-comparative analysis (to outline the peculiarities of scientific approaches to classifying anxiety-phobic disorders); induction, withdrawal, generalization, systematization.*

Originality. *Neurotic forms of pathology are listed on the anxiety-phobic spectrum when there are clear cognitive and behavioral symptoms. In terms of pathology anxiety-phobic disorders can be view both as a phobia and as several symptoms that characterize the body response to the fer phenomena. Fear and anxiety not only differ in quantity, but also have different mechanisms and methods of realization. These phenomena share the same emotional component. That is the feeling of anxiety and uneasiness, particularly the feeling of danger or absence of safety. The person that is in the state of uncertain anxiety is anxious and the person that is afraid of particular objects of thoughts feels fear. Fears become phobias when they cause the increase of normal display that is triggered by a particular situation, can't be explained or logically denied, when they are uncontrolled, lead to avoidance, are present in the long-term and are not unusual for the state of development or age.*

Clear diagnostical criteria and algorythms have been set to differentiate normal anxiety from the different forms of pathological anxiety. Modern scientists use two systems of classification: MKX-10 of World Health Organisation (World Health Organization, 1992), with additional diagnostical criteria (1993), and the fourth version of DSM American psychiatric association DSM-IV (1994, 1996), that has more differentiated signs of disorders.

Conclusion*. There is no agreement of scientifical community upon clear and the only diagnostical criteria for forms of anxiety-phobic disorders. Achievements of modern systems of classification that are highly standardized and unification of clinical diagnostics, understood diagnostical criteria of psychiatric disorders, multiaxial system of diagnostics are helpful in practical statistical research of anxiety-phobic disorders.*

Key words: *anxiety; fear; anxiety-phobic disorders; phobia; international systems of classification.*

Recelved/Поступила: 21.12.21.