

А. С. Скрипник

ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБСЕСІЙ В СТРУКТУРІ ШИЗОФОРМНИХ, НЕВРОТИЧНИХ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

A. S. Skrypnyk

DYNAMIC CHARACTERISTICS OF OBSESSIONS IN STRUCTURE OF SCHIZOFORM, NEUROTIC AND EMOTIONAL-BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN

Ключові слова: *обсесії, компульсії, психопатологія, невротичні розлади, дитяча психіатрія*

Key words: *obsessions, compulsions, psychopathology, neurotic disorders, child psychiatry.*

Першопричини обсесій у дітей, як з розладами шизоформного, так і з розладами невротичного спектра, доволі широко варіюються, і ідентифікувати їх не завжди є можливим. Проте варто відзначити, що у дітей з невротичними розладами обсесії частіше виникали як наслідок патологічного впливу особисто значущих чинників, тоді як у дітей з розладами шизоформного спектра пусковими для маніфестації обсесієформної симптоматики зазвичай були чинники, не пов'язані з життєвою ситуацією, особистістю та системою відносин хворого. У дітей з емоційно-поведінковими розладами першопричиною обсесій завжди була психотравматизація.

Структура обсесій у дітей з розладами шизоформного спектра завжди була «калейдоскопічною» — мінливою та мало залежною від зовнішніх обставин. У дітей з невротичними розладами переважала «растрова» структура обсесій — така, що плавно видозмінювалася від початкової тематики нав'язливостей. У дітей з емоційно-поведінковими розладами переважала «монотонна» тематика обсесій — незмінна протягом усього періоду захворювання, що відображає початкову психотравматизацію.

Компульсії, що супроводжували появу обсесивних переживань у хворих на шизоформні розлади, зазвичай потребували термінової реалізації, та не могли бути відтерміновані навіть з огляду на наявність сторонніх спостерігачів. Хворі на розлади невротичного спектра мали істотно більший контроль за компульсіями та здебільшого могли редукувати їх або відкласти до більш слушного моменту, наприклад, коли вони залишаться наодинці. У дітей з емоційно-поведінковими розладами компульсії завдяки їх клінічній суті (нав'язливі спогади) часто були непомітними для оточення.

The root causes of obsessions in children with both schizoform disorders and neurotic spectrum disorders vary quite widely, and was not always possible to identify. However, it is worth noting that in children with neurotic disorders, obsessions more often arose as a result of the pathological influence of personally significant factors, while in children with schizoform spectrum disorders, factors unrelated to the life situation, personality and relationship system were usually the triggers for the manifestation of obsessional symptoms the patient. In children with emotional and behavioral disorders, the root cause of obsessions was always psychotraumatization.

The structure of obsessions in children with schizoform spectrum disorders should be called “kaleidoscopic” — changeable and independent on external circumstances. In children with neurotic disorders, a “raster” structure of obsessions prevailed — one that smoothly changed from the initial subject of obsessions. In children with emotional and behavioral disorders the “monotonous” theme of obsessions prevailed — unchanged throughout the entire period of the disease, reflecting the initial psychotraumatization.

Compulsions that accompanied the appearance of obsessions in patients from G1 usually required urgent implementation, and could not be postponed even in view of the presence of external observers. Patients with disorders of the neurotic spectrum had significantly more control over compulsions and in most cases could reduce them or postpone them until a more appropriate moment. In children with emotional and behavioral disorders compulsions due to their clinical essence (obsessive memories) were often imperceptible to others.

Обсесивно-компульсивний розлад як нозологічно окреслена патологія в межах дитячої та підліткової психіатрії, за даними різних авторів, діагностується у популяції з частотою 0,25—4 % [1—4]. Однак симптоми обсесивного спектра, які кількісно не досягають рівня обсесивно-компульсивного розладу та якісно не відповідають характеристикам останнього, мають істотно більше поширення, хоча часто або лишаються непоміченими, що призводить до неефективної корекції, або ж ідентифікуються помилково, що призводить до девіації діагностичної

практики (часто з нівелюванням патогномонічного значення іншої психопатологічної симптоматики) [5; 6]. Зокрема, обсесієформні прояви часто спостерігаються в межах більш поширених та нозологічно окреслених шизоформних та емоційно-поведінкових розладів [7].

Обсесії у дітей з різними психічними розладами потребують різного лікування, підходи до якого афілійовані з протоколами лікування цих розладів. Нав'язливості афектогенного (в структурі емоційно-поведінкових розладів) та ендоедогенного характеру (в структурі шизоформних розладів) суб'єктивно є не менш обтяжливими, ніж при класичному

обсесивно-компульсивому розладі, а тому потребують адекватної та своєчасної корекції тією ж мірою, але в іншому вимірі [8].

Отже, вивчення особливостей динаміки обсесій є важливим для запобігання помилкам в диференціальній діагностиці нав'язливостей в структурі різних нозологій і, відповідно, призначення неефективного лікування [9]. На жаль, через недостатню обізнаність лікарів-практиків щодо наявних клінічно значущих відмінностей між характеристиками динаміки обсесивної симптоматики в структурі різних нозологій їх не завжди беруть до уваги в процесі рутинних діагностичних процедур, що призводить до істотного погіршення їх якості. [10]. Саме тому висвітлення особливостей динаміки обсесій у дітей з невротичними, шизоформними та емоційно-поведінковими розладами є актуальним завданням сучасної дитячої та підліткової психіатрії.

Мета дослідження — встановлення та компаративний аналіз динамічних характеристик обсесій в структурі шизоформних, невротичних та емоційно-поведінкових розладів у дітей задля удосконалення діагностики розладів, що містять у своїй структурі обсесії.

На кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, а також на її клінічних базах, зокрема Комунальному некомерційному підприємстві «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів обстежено 117 дітей та підлітків віком від 7 до 18 років з обсесивною симптоматикою і молодих осіб віком від 18 до 25 років з обсесіями, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження відібрано 100 осіб. Відповідно до нозологічної належності, їх поділено на три групи. До групи 1 (Г1) увійшли 40 осіб із шизоформними розладами. Група 2 (Г2) складалася із 30 осіб, у яких були наявні розлади невротичного спектра. До групи 3 (Г3) увійшли 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами дитячого віку. Усіх пацієнтів обстежено із використанням клініко-психопатологічного (зокрема напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю), клініко-психоанамнестичного та етологічного методів, а також методів верифікації (патопсихологічного, інструментального, нейровізуалізаційного методів).

В результаті аналізу психоанамнестичних даних та наявної у момент огляду психопатологічної симптоматики вдалося реконструювати загальну картину динаміки обсесій у осіб з невротичними, шизоформними та емоційно-поведінковими розладами дитячого віку.

В Г1 *етіофактором* нав'язливостей найчастіше була індиферентна щодо хворого інформація, стохастична або випадкова, наприклад, прочитана в мережі Інтернет під час інтернет-серфінга або ж почута

від знайомих або в телепрограмах (зокрема, у одного з пацієнтів розвинувся нав'язливий страх захворіти на бруцельоз після прочитаної статті у засобах масової інформації, що висвітлювала одиничний випадок виявлення цього захворювання). Рідко виникненню обсесій передували психотравматичні події, однак іноді їх можливо було виокремити як пусковий чинник (зокрема, у хлопця 16 років з'явилися нав'язливі думки, що він може захворіти на онкопатологію головного мозку після встановлення подібного діагнозу у його далекого родича; у хлопчика 5 років після погрози батька, що перебував у стані алкогольного сп'яніння, вбити матір, з'явилися нав'язливі думки, що мати є ватажком злочинного угруповання, вбивцею і бандиткою, що перебуває у міжнародному розшуку). Частина хворих не розкриває першопричини появи своїх обсесій та не висловлює власних припущень про причини їх виникнення у зв'язку з убудованістю цих обсесій в складні комплекси психопатологічних переживань, пов'язані з формуванням дефензивних стратегій.

В Г2 *етіофактором* виникнення обсесій хворі вважали найрізноманітніші чинники, від малозначущих обставин (наприклад, побутові дрібниці, — виявлення факту незачинення дверей призвело до нав'язливої потреби багаторазової перевірки замків, що може тривати годинами) до тяжких психотравматичних подій. Іноді обсесії з'являються без видимої причини — у такому разі ані у хворого, ані у його батьків немає припущень, що саме могло спричинити появу подібної симптоматики (зокрема, у дівчини 14 років з'явився страх бути задавленою автоматичними дверима у ліфті, при цьому вона ніколи не ставала учасником чи свідком подібних нещасних випадків, та не знає нікого, хто потрапляв би у подібні ситуації).

В Г3 хворі завжди могли чітко виокремити *етіофактор* нав'язливості, у ролі якої завжди виступали виключно психотравматичні чинники: смерть родичів або знайомих, факт виявлення у когось із близьких тяжкого захворювання, масштабний або довготривалий конфлікт з однолітками чи вчителями (хлопець, що став свідком смерті своєї матері від зграї собак, страждав від напливів нав'язливих спогадів про цю подію).

Періодичність виникнення обсесій в Г1 була найвищою серед обстежених контингентів; обсесії реєструвалися в середньому 4—6 разів на годину, іноді навіть частіше. З часом періодичність та інтенсивність нав'язливостей наростали. Водночас обсесії зазвичай виникали протягом дня досить рівномірно, майже без прив'язки до періоду доби, зовнішніх обставин та оточення.

В Г2 *періодичність* активізації нав'язливостей також була великою, однак зазвичай пов'язана з певними зовнішніми обставинами — часом, місцем перебування, конкретними діями, які виконував хворий (наприклад, у пацієнта виникало нав'язливе прагнення тричі перевірити факт зачинення дверей, коли він йде з дому, і п'ять разів — коли повертається;

у іншої хворої спостерігалася нав'язлива потреба лічити кількість рухів зубною щіткою під час чищення зубів чи гребінцем під час розчісування волосся). Водночас поза впливом чинників, що є тригерами реактивізації obsesій, хворі спроможні вести свою звичну повсякденну діяльність без інтрузій нав'язливих переживань. За силою вираженості obsesій представники Г2 трактували їх як важкі та вкрай обтяжливі, що істотно погіршують якість їхнього життя.

Найменша серед обстежених контингентів *періодичність* obsesій спостерігалась в Г3. Пацієнти цієї групи іноді мали цілі дні, вільні від нав'язливих переживань та прагнень. Провокаційними чинниками активізації obsesій в усіх випадках були умови та/або обставини, пов'язані з психотравматичною ситуацією, що стала першопричиною захворювання (наприклад, дівчина відчувала нав'язливий страх невідворотних трагічних подій, перебуваючи на горіщі, — там за півроку до цього з телефонної розмови вона вперше дізналась про важку хворобу матері). Варто відзначити, що коло асоційованих тригероформних чинників у деяких пацієнтів було неймовірно широким та залучало ряд вторинних асоціацій (у хворого, маму якого загризли собаки, появу obsesивних переживань могли спричинити не лише зграї собак, а навіть опосередковано пов'язані з тематикою псів предмети чи події — наприклад, реактивізації нав'язливих спогадів про трагедію міг сприяти грумінговий салон для собак, ветеринарна клініка чи зоомагазин).

Тематична структура obsesій в Г1 мала тенденцію до постійного ускладнення, що з часом призводить до фабулювання — розвитку навязливостей, що по суті зближує їх із формуванням маячення у зародковому вигляді. Зміст obsesій в Г1 можна охарактеризувати як «калейдоскопічний». Якщо спочатку у хворих наявні obsesії конкретного, чітко визначеного змісту, то надалі їх кількість збільшувалася, а тематика видозмінювалася, все більше віддаляючись від початкової (у хворої 16 років після перегляду містичного кінофільму з'явилися нав'язливі думки, що вона проклята; згодом їй почалось здаватися, що вона і сама може випадково проклясти когось; надалі додалися нав'язливі переживання щодо гріховності; потім приєднався нав'язливий страх забруднитися — як від фізичних забруднювачів, так і через «погані думки»). На початку захворювання можна виявити зв'язок obsesій з першопричиною, надалі ж він втрачається. Характерним є ускладнення та розвиток obsesій з переважанням структурних трансформацій і переходом тематики від стартової до нинішньої, пов'язаної із поточним станом та соціальним контекстом перебігу життя хворого.

У хворих Г2 *тематична структура* obsesій є зазвичай «растровою» за характером — відносна сталість протягом усього перебігу хвороби нерідко аранжувалася або плавно змінювалася через додавання нових нав'язливостей, тематично пов'язаних з попередніми (до нав'язливого прагнення наступа-

ти тільки на кожен другу сходинку, «щоб не сталося нічого поганого», у хворого додалось нав'язливе прагнення не наступати на стики плит тротуару — з тією ж метою).

Тематична структура obsesій у хворих Г3 була переважно «монотонною» — залишалася незмінною та зберігала зв'язок із первинною психотравматичною подією, що стала причиною їх появи. Водночас дезафектація переживань з часом призводить до збіднення obsesій.

Компульсії завжди супроводжували прояви obsesій у хворих Г1, водночас останні зазвичай абсолютно не могли протистояти спонуканням до реалізації компульсивних дій. Варто відзначити, що перешкоди для реалізації компульсій у вигляді наявності сторонніх спостерігачів чи невідповідності контексту ситуації змісту компульсивних актів не могли зупинити хворого та втримати від компульсивних дій; при втручанні або будь-якій реакції з боку оточення хворі часто виявляють агресію. Часто діти та підлітки намагалися залучити батьків чи інших родичів до реалізації компульсій (наприклад, пацієнтка вимагала від мами та бабусі виконання таких самих складних процедур з дезінфекції, яких дотримувалась сама, що включали багаторазове миття та обробку антисептиком).

В Г2 *компульсії* також породжували нагальну потребу в їх реалізації, однак за несприятливих зовнішніх обставин, коли дії хворого могли спричинити насмішки, незадоволення чи занепокоєння з боку оточення, які ставали свідками компульсивних дій, хворі зазвичай були здатні відкласти реалізацію компульсій до більш слушного часу, коли вони залишалися наодинці. Такі діти намагалися приховати прояви захворювання від інших, а особливо від родичів та близьких (з емпатичних міркувань — «щоб мама не хвилювалася»).

Пацієнти Г3 частіше були здатні стримувати реалізацію *компульсивних актів*, якщо вони могли бути негативно сприйняті оточенням, однак на висоті афективних переживань діти могли втратити контроль над компульсіями. Слід зазначити, що у таких хворих компульсії фактично були відтворенням нав'язливих спогадів, які не завжди можуть бути помітні ззовні.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Першопричини obsesій у дітей, як з розладами шизоформного, так і з розладами невротичного спектра, доволі широко варіюються, і ідентифікувати їх не завжди є можливим. Проте варто відзначити, що у дітей з невротичними розладами obsesії частіше виникали як наслідок патологічного впливу особисто значущих чинників, тоді як у дітей з розладами шизоформного спектра пусковими для маніфестації obsesієформної симптоматики зазвичай виступали чинники, не пов'язані з життєвою ситуацією, особистістю та системою відносин хворого. У дітей з емоційно-поведінковими розладами першопричиною obsesій завжди була психотравматизація.

Структура obsesій у дітей з розладами шизоформного спектра завжди була «калейдоскопічною» — мінливою та мало залежала від зовнішніх обставин. У дітей з невротичними розладами переважала «растрова» структура obsesій — така, що плавно видозмінювалася від початкової тематики нав'язливостей. В ГЗ переважала «монотонна» тематика obsesій — незмінна протягом усього періоду захворювання, що відображає початкову психотравматизацію.

Компульсії, що супроводжували появу obsесивних переживань у хворих Г1, зазвичай потребували термінової реалізації та не могли бути відтерміновані навіть з огляду на наявність сторонніх спостерігачів. Хворі Г2 мали істотно більший контроль за компульсіями та здебільшого могли редукувати їх або відкласти до більш слушного моменту, наприклад, коли вони залишаться наодинці. В ГЗ компульсії завдяки їх клінічній суті (нав'язливі спогади) часто були непомітними для оточення.

Список літератури

- Osland S. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study / S. Osland, P. D. Arnold, T. Pringsheim // *Psychiatry research*. 2018. Vol. 268. P. 137—142. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.018.
- The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder / Visser H. A., van Minnen A., van Meegen H. [et al.] // *The Journal of clinical psychiatry*. 2014. Vol. 75 (10). P. 1034—9. DOI: 10.4088/JCP.13m08825.
- Obsessive-compulsive disorder / [Goodman W. K., Grice D. E., Lapidus K. A., Coffey B. J.] // *Psychiatric Clinics*. 2014. Vol. 37. No. 3. P. 257—267. DOI: 10.1016/j.psc.2014.06.004.
- Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma / Park S., Hong J. P., Bae J. N. [et al.] // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 219. No. 3. P. 443—449. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.06.009.
- Porth R. Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder / R. Porth, D. Geller // *Comprehensive psychiatry*. 2018. Vol. 86. P. 25—30. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.07.006.
- Лямець Артем Михайлович. Класифікації obsесивно-компульсивного розладу у XXI ст. // *Psychological journal*. 2019. № 1 (21). С. 215—232. DOI: 10.31108/1.2019.1.21.14.
- Седнев В. В. Клініка і динаміка obsесивно-компульсивного невротичного розладу у дітей // *Одеський медичний журнал*. 2004. № 3 (83). С. 74—76. URL: http://files.odmu.edu.ua/journal/OMJ_2004.03/m043_074.pdf.
- Screening for pediatric obsessive-compulsive disorder using the obsessive-compulsive inventory-child version / Rough H. E., Hanna B. S., Gillett C. B. [et al.] // *Child Psychiatry & Human Development*. 2020. Vol. 51. P. 888—899. DOI: 10.1007/s10578-020-00966-x.
- Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management / Nazeer A., Latif F., Mondal A. [et al.] // *Translational pediatrics*. 2020. Vol. 9. Suppl 1. S76—S93. DOI: 10.21037/tp.2019.10.02.
- Чугунов В. В. Норма в психиатрическом измерении : монография. Львов : Марченко Т. В., 2020. 632 с.

References

- Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry Res*. 2018 Oct;268:137-142. doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.018. Epub 2018 Jul 11. PMID: 30025284.
- Visser HA, van Minnen A, van Meegen H, Eikelenboom M, Hoogendoorn AW, Kaarsemaker M, van Balkom AJ, van Oppen P. The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014 Oct;75(10):1034-9. doi: 10.4088/JCP.13m08825. PMID: 25006863.
- Goodman WK, Grice DE, Lapidus KA, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2014 Sep;37(3):257-67. doi: 10.1016/j.psc.2014.06.004. Epub 2014 Jul 23. PMID: 25150561.
- Park S, Hong JP, Bae JN, et al. Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Research*. 2014 Nov;219(3):443-449. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.06.009. PMID: 25086760.
- Porth R, Geller D. Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2018 Oct;86:25-30. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.07.006. Epub 2018 Jul 17. PMID: 30048852.
- Liamets Artem Mykhailovych. Klyasifikatsii obsesyvno-kompulsyvnoho rozladu u XXI st. *Psychological journal*. 2019. No. 1 (21). S. 215—232. DOI: 10.31108/1.2019.1.21.14. (In Ukrainian).
- Sedniev V. V. Klinika i dynamika obsesyvno-kompulsyvnoho nevrotichnoho rozladu u ditei. *Odeskyi medychnyi zhurnal*. 2004. No. 3 (83). S. 74—76. http://files.odmu.edu.ua/journal/OMJ_2004.03/m043_074.pdf. (In Ukrainian).
- Rough HE, Hanna BS, Gillett CB, Rosenberg DR, Gehring WJ, Arnold PD, Hanna GL. Screening for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Using the Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020 Dec;51(6):888-899. doi: 10.1007/s10578-020-00966-x. PMID: 32030629.
- Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Transl Pediatr*. 2020 Feb;9(Suppl 1):S76-S93. doi: 10.21037/tp.2019.10.02. PMID: 32206586; PMCID: PMC7082239.
- Chugunov V. V. *Norma v psikhiatricheskom izmerenii : monografiya* Lvov : Marchenko T. V., 2020. 632 s. (In Russian).

Надійшла до редакції 20.07.2023

СКРИПНИК Анна Сергіївна, аспірантка кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: close2madness@gmail.com

СКРYPHNYK Anna, Postgraduate Student of Departments of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: close2madness@gmail.com