Феномен «моральной мизофобии» в клинике шизофрении

Н.А. БЕЛОВА*, Е.В. КОЛЮЦКАЯ

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

«Moral mysophobia» phenomenon in schizophrenia

N.A. BELOVA, E.V. KOLUTSKAYA

Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciencer, Moscow

Мизофобия, или страх загрязнения, сопровождающийся соответствующими ритуалами, — один из наиболее распространенных типов обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Моральная мизофобия — ритуалы очищения и избегающее поведение, вызванное навязчивыми мыслями неприятного содержания. Наличие морального компонента в рамках контаминационного типа ОКР обусловливает его резистентность к лечению. С целью изучения моральной мизофобии проведено клиническое изучение 16 соответствующих случаев. Описана психопатологическая структура феномена. Выявлено участие расстройств бредового регистра в его формировании. Анализ анамнестических сведений о течении шизофрении позволил предположить, что моральная мизофобия формируется на фоне выраженных негативных изменений личности.

Ключевые слова: *обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения, контаминационный тип ОКР, моральная мизофобия, психопатология.*

Mysophobia — fear of contamination is one of the most prevalent types of the obsessive-compulsive disorder (OCD). «Moral mysophobia» is a ritual of cleanliness and avoidant behavior due to unpleasant obsessive thoughts. The presence of «moral» component in this subtype of contamination fear is supposed to cause high level of treatment resistance. The study included 16 patients with «moral mysophobia». The psychopathological structure of the phenomenon was described. Delusional symptoms and mental automatisms were found to contribute to its development. The analysis of schizophrenia course suggested that the development of «moral mysophobia» in schizophrenia was based on prominent negative symptoms.

Key words: *obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, fear of contamination, mental pollution, psychopathology.*

Мизофобия, или страх загрязнения, — один из наиболее распространенных типов обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) [23, 26], характеризующийся чувством отвращения к определенным субстанциям и связанный со страхом их негативного воздействия на организм, а также формированием защитного и избегающего поведения в виде ритуалов очищения и изменения всего образа жизни для предотвращения контактов с источниками загрязнения. В качестве субстанций или объектов, вызывающих отвращение и/или страх, в большинстве случаев выступают грязь, физиологические выделения человека и животных, кровь (как источник инфекций), животные (как переносчики некоторых заболеваний), всевозможные химические вещества, особенно используемые в повседневной жизни человека (например, бытовая химия). Однако ритуалы очищения и типичное для мизофобии избегающее поведение могут быть вызваны нетипичными триггерными факторами — навязчивыми мыслями неприятного характера: богохульные идеи или образы, неприемлемые сексуальные ощущения или мысли, идеи о «загрязнении» злыми силами, мысли о собственной греховности, идеи вины. В этих случаях говорят о «моральном загрязнении».

Внимание этому феномену уделяется преимущественно в психологической литературе. Впервые подробное описание таких навязчивостей было приведено в 1924 г. в работе S. Rachman «Pollution of the mind» [24]. Моральное загрязнение описывается как ощущение внутренней нечистоты, которое возникает, как правило, вне зависимости от наличия внешней, видимой грязи. Как источник, так и место загрязнения неопределенны, что отчасти объясняет безуспешность очиститься от морального загрязнения обычным путем. Загрязнение может быть индуцировано обвинениями, упреками, унижением, оскорблениями, а также неприятными воспоминаниями или навязчивыми мыслями и образами. Моральное загрязнение по-своему специфично для каждого человека, не передается от человека к человеку, как в случае с «обычной» грязью. Как правило, пациент считает себя единственным, кто ему подвержен [24, 25].

S. Rachman [24] предлагает рассматривать моральную мизофобию в качестве одного из вариантов контаминационных (связанные с контаминацией — загрязнением, заражением) обсессий, так как в формировании обсессий загрязнения и моральной мизофобии участвуют общие поведенческие механизмы. Более стойкое ритуализированное поведение больных при моральной мизофобии он связывает с непрямым, символизированным характером ритуалов, т.е. в отличие от случаев, когда пациенты отмываются от пугающей их грязи, при моральной мизофобии они «отмываются» от того, от чего по общечеловеческим представлениям отмыться невозможно. В подтверждение тому, что чувство загрязнения может возникать без физического контакта, была проведена серия психологических

© Н.А. Белова, Е.В. Колюцкая, 2012

Zh Nevrol Psikhiatr im SS Korsakova 2012;112:6:13

*e-mail: nabelova@gmail.com

экспериментов: испытуемым предлагалось представить неприятное с морально-этической точки зрения событие, а затем исследовалась их потребность в мытье и субъективное ощущение внутреннего загрязнения [11, 12, 20, 35].

В настоящее время существует несколько психологических концепций, объясняющих феномен моральной мизофобии. Наиболее распространенным из них является представление о том, что в основе компульсивного очищения лежит эмоция отвращения [9, 18, 22, 33], спровоцированная чувством вины [17]. Однако, по мнению других исследователей [31], «страх вины от собственного безответственного поведения» является одним из факторов развития большинства типов обсессивно-компульсивного поведения, а не только очистительных ритуалов. J. Cougle и соавт. [10] считают, что к развитию моральной мизофобии предрасполагает повышенное чувство ответственности (один из факторов когнитивной модели ОКР) [28, 29].

Некоторые исследователи [14, 35] рассматривают феномен моральной мизофобии с культурно-религиозной точки зрения. Согласно их мнению, отвращение — эмоция, которую можно испытать как в физическом, так и моральном аспекте. Изначально «отвращением» считалось вкусовое ощущение, эволюционно связанное с избеганием съедания потенциально опасной пищи. Со временем это понятие расширилось, приобрело социальное и культурное значение и стало включать неприятие чего-либо аморального. В подтверждение приводятся данные нейровизуализационных исследований, показавших, что отделы головного мозга, ответственные за чувства отвращения, структурно и функционально «перекрываются» [19, 30].

В клинических исследованиях, посвященных проблеме обсессивно-компульсивных расстройств, содержатся лишь единичные упоминания о моральной мизофобии [2, 7, 27].

С.А. Суханов в 1905 г. [7] при описании psychosis ideoobsessiva упоминает, что наряду с тяжелым течением страха контаминации может встречаться ситуация, когда больной считает опасной не только вещь, бывшую в контакте с чем-то нечистым, но и предмет, который был при нем в то время, когда приходили в голову навязчивые мысли неприятного содержания. Автор обращает внимание, что в данной ситуации возможно наличие ритуалов особого рода, например окропление окружающих вещей или случайно попадающих в его комнату освященной в церкви водой, и предполагает, что в этом случае имеет место бредовой элемент, который нельзя отделить от того, что относится к собственно навязчивому представлению.

H. Rumke [27] отмечал, что мизофобия может представлять собой страх загрязнения «моральной грязью». Согласно автору, такого рода навязчивые идеи настолько овладевают сознанием больного, что нередко напоминают бред, однако сопутствующие обсессиям ритуалы свидетельствуют об обсессивной природе подобных идей. Он проводит параллель с шизофреническим процессом как по степени дезадаптации больных, так и в плане формирования тяжелых дефицитарных изменений.

Ю.Б. Загороднова [2] в исследовании, посвященном коморбидным соотношениям между обсессивно-компульсивным расстройством и проявлениями галлюцинаторно-бредового регистра, также приводит несколько клинических случаев мизофобии, проявляющейся страхом морального загрязнения. Во всех изученных автором наблюдениях контаминационные обсессии выступают совместно с параноидными феноменами.

О неблагоприятном течении расстройств с явлениями моральной мизофобии косвенно свидетельствуют данные ряда авторов [8, 10], предполагающих, что наличие нераспознанного морального компонента в рамках контаминационного обсессивно-компульсивного расстройства обусловливает высокий уровень резистентности к лечению.

Таким образом, проблема моральной мизофобии, освещенная в большей степени в психологической литературе, мало изучалась в психопатологическом аспекте, в связи с чем является весьма актуальной ее клинико-психопатологическая разработка.

Материал и методы

В исследование были включены 16 пациентов из числа проходивших лечение в Отделе по изучению пограничных психических состояний и психосоматических расстройств (руководитель — академик РАМН А.Б. Смулевич) Научного центра психического здоровья РАМН (директор — академик РАМН А.С. Тиганов) в период с 2008 по 2011 г.

Во всех случаях в клинической картине доминировали обсессивно-компульсивные расстройства с явлениями моральной мизофобии. К моральной мизофобии относили обсессивно-компульсивные расстройства, протекающие с преобладанием компульсивного очищения, используемого пациентами как символизированная защита для борьбы с импульсами, отличными от чувства обычного, психологически понятного загрязнения.

Среди обследованных были 3 женщины и 13 мужчин (распределение по полу составило 1:4). Возраст обследованных колебался от 18 до 53 лет (средний — 33,6±10,5 года). Средний возраст пациентов к периоду начала заболевания составил 12,9 года (от 6 до 16 лет), а средний возраст ко времени манифестации моральной мизофобии — 22,7±9,4 года. Таким образом, в среднем длительность явления моральной мизофобии на момент исследования составляла около 11 лет.

У обследованных пациентов был достаточно низкий уровень социальной адаптации, из них работали только 2 (13%) человека, 3 (19%) пациента были студентами, остальные (68%) постоянной занятости не имели; 5 (31%) больных имели II группу инвалидности по психическому заболеванию, 6 (38%) состояли на иждивении у родственников. В браке когда-либо состояли 3 (19%) пациента, однако на момент обследования они были разведены.

Все больные были госпитализированы с диагнозом «шизофрения, обсессивно-компульсивный синдром»; в 7 (44%) случаях дополнительно констатировалась «злокачественная болезнь навязчивостей».

Согласно классификации МКБ-10 у 6 (38%) пациентов была диагностирована вялотекущая неврозоподобная шизофрения (F21.3), у 2 (12%) — параноидная (F20.0), у 6 (38%) — недифференцированная (F20.3), у 2 (12%) — шизофрения, детский тип (F20.8xx3). Наряду с диагностированной у 2 пациентов параноидной шизофренией у 7 пациентов в диагнозе имелось указание на наличие параноидных феноменов (явления психического автоматизма, незавершенный синдром Кандинского—Клерамбо).

Среди 10 больных с диагнозом, соответствующим рубрике F20 (F20, F20.8 и F20.3), у 8 пациентов отмечался непрерывный, а у 2 — эпизодический тип течения со стабильным дефектом. Стабильность процесса на протяжении длительного времени (более 12 мес) и неразвернутость выявляемых психотических расстройств при указании на имеющиеся в анамнезе отчетливые психотические эпизоды позволили 8 (50%) пациентам изменить диагноз на остаточную шизофрению (F20.5).

На инициальном этапе вялотекущей шизофрении у наших больных доминировали разнообразные неврозоподобные проявления: наряду с обсессивно-компульсивными симптомами (контрастные навязчивости, навязчивые сомнения, двигательные ритуалы) выявлялись дисморфофобические расстройства, явления нервной анорексии, социо- и агорафобия.

В исследование не включались больные с органическими поражениями ЦНС; тяжелыми соматическими заболеваниями;

признаками зависимости от психоактивных веществ и алкоголизма.

Исследование проведено с привлечением данных катамнеза (длительность не менее 1 года), а также ретроспективного анализа медицинской документации.

Результаты

Исследование триггерных факторов моральной мизофобии показало их неоднородность. Побуждение к совершению ритуалов очищения у разных больных вызывали идеи вины и/или греховности — у 5, хульные мысли — у 5, ощущение негативного воздействия со стороны окружающих — у 3, неприязнь к отдельным личностям или группам людей — у 6 пациентов; у некоторых отмечалось несколько из указанных триггеров. При этом выполняемые больными ритуалы практически не отличались от характерных для мизофобии в целом: доминировали очистительные мероприятия и действия, направленные на минимизацию возможного контакта с пугающими объектами.

Вектор символизированного загрязнения имел разную направленность — вовне, когда пациент опасался загрязнить (осквернить) своими прикосновениями окружающих, и внутрь, когда пациент считал, что загрязняют (оскверняют) его. В случаях, когда мизофобия связана с идеями вины и греховности, вектор символизированного загрязнения был направлен вовне. Идеи вины и греховности имеют разное содержание, могут развиваться постепенно, исподволь, но чаще возникают по механизму «внезапного появления микросимптома — идеи, возникшей по типу «озарения» (по Ю.В. Каннабиху [3]). Однако во всех случаях они носят стойкий характер и доминируют в сознании больного.

Считая себя греховными, виноватыми, «морально нечистыми», больные избегают загрязнения, осквернения окружающих людей и предметов, нередко объектов религиозной атрибутики. В большинстве случаев у больных отмечается массивное ритуализированное поведение, полностью захватывающее все сферы жизнедеятельности. Каждое действие обставляется серией ритуалов для предотвращения распространения особой «моральной грязи». Любой предмет, к которому прикасался пациент, считается загрязненным, и с тех пор несет в себе тот же риск осквернения окружающих, как и он сам. Ритуалы по большей части направлены на предотвращение распространения «грязи», что достигается путем резкого уменьшения всевозможных контактов и мытьем предметов, которые, по мнению больного, несут на себе следы его прикосновений, порой даже сомнительных для него самого.

Хульные мысли, имевшие место у 5 пациентов, были представлены кощунственными мыслями и образами преимущественно религиозного содержания — оскорбления в адрес святых и священнослужителей, восхваление дьявола. Нередко подобные навязчивости возникают у пациентов ассоциированно при виде предметов религиозного культа или церковной утвари. Иногда они сопровождаются овладевающими представлениями собственных кощунственных действий, непристойных сцен, образов нечистой силы и пр. В двух случаях подобные навязчивости отмечались наряду с идеями греховности. На фоне персистирующих «богохульных мыслей» формируются стойкие идеи самообвинения и самоуничижения. Хульные мысли и кощунственные представления начинают восприниматься пациентами как следствие их низких моральных устоев, неискренней веры, в качестве расплаты за совершенные грехи. Такие навязчивые феномены утрачивают интрузивный характер, что сопровождается отказом от противостояния им. Психопатологически это можно расценить как снижение уровня критики и переход навязчивостей в более тяжелый регистр расстройств. Нередко навязчивости такого рода начинают восприниматься больными как «вложенные извне», «насылаемые со стороны» и интерпретироваться как следствие влияния бесовских сил [4]. Характерно особое двойственное отношение пациентов к имеющимся расстройствам. С одной стороны, признается, что навязчивые мысли являются продуктом собственного сознания (что является показателем обсессивно-компульсивной природы этих образований), с другой — предполагается возможность влияния извне, т.е. речь идет о психических автоматизмах. Появляющиеся помимо воли ругательства и проклятия приобретают характер звучащих фраз, произносимых голосом либо самого больного, либо другого человека.

Вектор загрязнения при моральной мизофобии, связанной с хульными мыслями, может быть направлен как на самого больного, так и на окружающих в случае присоединения идей греховности. При наличии хульных мыслей очистительные ритуалы имеют целью избавление от неприятных для больного, скверных представлений, что наиболее символично представлено у одного из пациентов, ритуалы которого в основном заключались в мытье рта, которым он когда-то проговаривал (или мог сказать, сам того не заметив) скверные слова. Но чаще встречается ситуация, когда пациент считает «грязным» все свое тело, ритуалы направлены на постоянное его очищение и предотвращение «загрязнения» других при помощи ограничения контактов. Нередко имеет место умывание освященной в церкви водой или окропление ею предметов, с которыми контактировал больной.

У 6 пациентов мизофобические ритуалы были ассоциированы с неприязнью к отдельным личностям, или группам людей по какому-либо признаку, отличному от понятия «грязный», «заразный». Это может быть один человек (как правило, из ближайшего окружения), либо группа лиц, выделяемая, например, по этническому или социальному признаку. Контакт с лицом из выделяемой пациентом группы (нередко даже непрямой, без телесного соприкосновения, например, разговор, нахождение в одном помещении) считается оскверняющим событием, за которым непременно следует разработанный комплекс ритуалов очищения.

Следует отметить, что во всех изученных случаях не наблюдалось формирования сколь-либо разработанной концепции, объясняющей, какой именно потенциальный вред несут в себе лица, вызывающие страх и отвращение. Высказываются идеи распространения особой «моральной грязи», которая, передавшись больному, привнесет в него некие изменения, сделает «похожим» на них. В части случаев наблюдалось формирование нестойких персекуторных идей — больные сообщают, что наблюдают вокруг себя повышенное скопление пугающих их людей, видят признаки повышенного интереса с их стороны. Однако идей преднамеренного причинения вреда не отмечалось — предполагалось, что «моральная грязь» разносится случайно, так же как и любая уличная грязь.

В 3 наблюдениях отмечен иной вариант неприязни к окружающим: в роли источника контаминации выступал

один, хорошо знакомый человек (близкий родственник или сосед). Исходящее от него загрязнение воспринималось как воздействие некой негативной «энергии» на уровне ощущений. В присутствии «источника загрязнения» больные испытывали выраженную слабость, разнообразные телесные сенсации, путаницу мыслей, беспричинную подавленность. Данные психопатологические проявления, представляющие собой синдромально незавершенный (по Ю.Б. Загородновой [2]) бред воздействия, выступают в неразрывной связи с характерным для мизофобии защитным поведением. Для избавления от негативной энергии больными выполняется комплекс очистительных мероприятий: сдувание и стряхивание с поверхности тела энергетического загрязнения, избегание любого (даже визуального) контакта с его источником. В комплекс защитно-ритуальных действий включаются также все стандартные для мизофобии ритуалы с теми же принципами передачи загрязнения (в данном случае «негативной энергии»). Ощущение воздействия часто оказывается ситуационным, оно возникает непосредственно при общении с «источником воздействия», или же при соприкосновении с его вещами, бытовыми принадлежностями.

Идеи воздействия (как и в описанных выше случаях) не предполагают того, что источник негативного влияния намеренно причинит вред. Высказывается предположение об особой энергетике объекта избегания и собственной повышенной чувствительности к негативному воздействию.

Во всех изученных случаях феномен моральной мизофобии регистрируется в рамках шизофрении, протекающей с обсессивно-компульсивными расстройствами. Картина заболевания с преобладанием в психическом статусе явлений моральной мизофобии возникает у большинства пациентов спустя в среднем 10 лет после начала заболевания. В большей части случаев заболевание манифестирует в юношеском возрасте и сопровождается достаточно быстрым нарастанием негативной симптоматики и расстройств мышления.

Таким образом, проявления моральной мизофобии формируются на фоне уже выраженных негативных изменений, преимущественно по типу псевдоорганического дефекта с падением психической активности, интеллектуальным снижением, элементами апато-абулической симптоматики. Следует также отметить, что феномен моральной мизофобии неразрывно связан с чувством постоянного беспричинного беспокойства и напряжения — «пантревога» по P. Hoch и P. Polatin [15].

Динамика изученных расстройств характеризуется стойким течением с периодами временного послабления обсессивно-компульсивной симптоматики, чередующихся с экзацербациями, в которых основную роль играет усиление тревоги, сопровождающееся увеличением потребности в выполнении ритуалов. При этом феномен моральной мизофобии, возникнув впервые, сохраняется на всем протяжении заболевания, и не имеет тенденции как к обратному развитию, так и к усложнению.

Обсуждение

Хотя настоящее исследование было выполнено на небольшом клиническом материале (16 наблюдений), его результаты позволили сделать определенное заключение об особенностях психопатологической структуры моральной мизофобии.

Было установлено, что данный феномен — сложное образование, в формировании которого принимают участие нарушения различных психопатологических регистров. В изученных случаях речь идет о взаимодействии обсессивно-компульсивной и бредовой симптоматики.

В части случаев формирование сложного симптомокомплекса происходит при участии контрастных обсессий (преимущественно хульных мыслей и овладевающих представлений кощунственного содержания), которые осложняются присоединением бредовых расстройств. Следует отметить, что указания на возможность формирования коморбидных связей между контрастными обсессиями и бредовыми расстройствами содержатся в ранее выполненных исследованиях. Так, С.Ю. Стась [6] предполагает, что формирование стойких коморбидных связей между контрастными обсессиями по типу хульных мыслей и бредом реализуется по механизму «амальгамирования» [5, 34]. Хульные обсессии включаются в структуру бредовой фабулы («бредомотивирующий фактор» в терминологии E. Kretschmer) и в большинстве случаев становятся более интенсивными. Согласно мнению С.Ю. Стась [6], речь идет о коморбидных соотношениях с образованием «общих симптомов» в рамках единого симптомокомплекса.

Полученные в настоящем исследовании данные подтверждают, что контрастные обсессии (в частности, хульные мысли) могут на некоторых этапах динамики утяжеляться за счет конгруэнтного им бреда самообвинения и греховности. Однако в упоминавшемся выше исследовании [6] не приводится данных о возможности развития в этих случаях ритуалов очищения. В работе Ю.Б. Загородновой [2] упоминается возможность развития мизофобии совместно с параноидными образованиями, в формировании которых участвуют контрастные обсессии. Психические автоматизмы в изученных автором случаях полностью реализуются в пределах комплекса контрастных навязчивостей, возникают исключительно в периоды экзацербации обсессий и не имеют тенденции к дальнейшему развитию. Автор, предлагая квалифицировать данные сложные симптомокомплексы в рамках навязчивых галлюцинаций, указывает, что последние образуются в процессе расширения обсессивного синдрома за счет присоединения психических автоматизмов, т.е. являются вторичными психопатологическими образованиями по отношению к обсессивному синдрому.

Анализ динамики обсессивно-компульсивных расстройств в изученной выборке показал, что развитию моральной мизофобии предшествует достаточно длительный этап, на протяжении которого наблюдается формирование выраженных негативных расстройств. Данное обстоятельство в порядке рабочей гипотезы позволило предположить, что одним из условий формирования моральной мизофобии является относительно стабильный этап течения эндогенного процесса, а также наличие выраженных негативных изменений.

В части случаев явления моральной мизофобии отмечаются вне непосредственной связи с контрастными навязчивостями. Ритуалы очищения имеют больший удельный вес и коррелируют с еще более выраженными негативными изменениями личности. Защитно-ритуальное поведение, характерное для мизофобии, отмечается во взаимосвязи с редуцированным синдромом Кандинского—Клерамбо, включающим в себя неразвернутый бред воздействия с психическими автоматизмами или элемен-

ты персекуторного бреда. Отмечающаяся в этих случаях патологическая, сопряженная с бредовой убежденность в необходимости выполнения ритуалов, сопровождающаяся отказом пациентов противостоять им, была описана П. Жанэ [1] в рамках фиксированных идей (верований). В настоящее время расстройства подобного рода рассматриваются в рамках обсессий с низким инсайтом [13, 16, 21, 32]. A. O'Dwyer и I. Marks [21], приводя характеристику неразвернутых галлюцинаторно-бредовых феноменов, особенно подчеркивают их тесную связь не только с обсессивной фабулой, но и особенностями доминирующих в клинической картине ритуалов. Указывается, что нелепое содержание обсессий и вычурность сопутствующих им ритуалов, как правило, сочетается с недостаточной критикой и является предиктором развития стертых психотических расстройств.

Таким образом, феномен моральной мизофобии — симптомокомплекс, формирующийся в результате взаимодействия обсессивно-компульсивной симптоматики с обманами восприятия, бредом греховности (при доминировании в клинической картине контрастных обсессий) и редуцированным синдромом Кандинского—Клерамбо.

В заключение необходимо отметить клиническое значение данного психопатологического феномена. Моральная мизофобия — стабильное психопатологическое образование, без тенденции к усложнению и видоизменению бредовой симптоматики (в сторону ее расширения или систематизации), формирование которого коррелирует с негативными изменениями псевдоорганического типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жанэ П.* Неврозы и фиксированные идеи. 1903; 345.
2. *Загороднова Ю.Б.* К проблеме навязчивых галлюцинаций. Журн неврол и психиат 2010; 110: 2: 24—28.
3. *Каннабих Ю.В.* К вопросу о так называемом неврозе навязчивых состояний. Советская психоневрология 1935; 6: 58—68.
4. *Кондратьев Ф.В.* «Одержимость бесами» как особый феномен психического расстройства. Практика судебно-психиатрической экспертизы. М: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского 2006; 189—197.
5. *Смулевич А.Б.* Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. М: Медицина 1987; 240.
6. *Стась С.Ю.* Обсессии контрастного содержания при вялотекущей шизофрении (клиника, типология, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2008.
7. *Суханов С.А.* Семиотика и диагностика душевных болезней. М: Товарищество типографии А.И. Мамонтова 1905; 2: 180.
8. *Coehlo J.S., Whittal M.L.* Are sub-types of OCD differentially responsive to treatment? In: World congress of behavioural and cognitive therapies. Vancouver, Canada 2001.
9. *Cougle J.R., Wolitzky-Taylor K.B., Lee H.-J., Telch M.J.* Mechanisms of change in ERP treatment of compulsive handwashing: Does primary threat make a difference? Behaviour Research and Therapy 2007; 45: 1449—1459.
10. *Cougle J.R., Lee H.-J., Horowitz J.D., Wolitzky-Taylor K.B., Telch M.J.* An exploration of the relationship between mental pollution and OCD symptoms. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2008; 39: 340—353.
11. *Fairbrother N., Rachman S.* Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. Behaviour Research and Therapy 2004; 40: 173—189.
12. *Fairbrother N., Newth S.J., Rachman S.* Mental pollution: Feelings of dirtiness without physical contact. Behaviour Research and Therapy 2005; 43: 121—130.
13. *Fear C., Sharp H., Healy D.* Obsessive-compulsive disorder with delusions. Psychopathology 2000; 33: 2: 55—61.
14. *Haidt J., Algoe S.* Moral amplification and the emotions that attach us to saints and demons. In: Handbook of Experimental Existential Psychology. Eds. J. Greenberg, S.L. Koole, T. Pyszczynski. New York: Guilford 2004; 322—335.
15. *Hoch P., Polatin P.* Pseudoneurotic forms of schizophrenia Psychiat Q 1949; 23: 2: 248—276.
16. *Lelliott P.T., Noshirvani H.F., Başoğlu M., Marks I.M., Monteiro W.O.* Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. Psychol Med 1988; 18: 3: 697—702.
17. *Mancini F., Gangemi A.* Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2004; 35: 109—120.
18. *McKay D.* Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2006; 37: 53—59.
19. *Moll J., de Oliveira-Souza R., Moll F.T., Ignácio F.A., Bramati I.E., Caparelli-Dáquer E.M., Eslinger P.J.* The moral affiliations of disgust: a functional MRI study. Cogn Behav Neurol 2005; 18: 1: 68—78.
20. *Newth S., Rachman S.* The concealment of obsessions. Behaviour Research and Therapy 2001; 39: 457—464.
21. *O'Dwyer A.M., Marks I.* Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. Br J Psychiatry 2000; 176: 281—284.
22. *Olatunji B.O., Sawchuk C.N., Lohr J.M., de Jong P.J.* Disgust domains in the prediction of contamination fear. Behaviour Research and Therapy 2004; 42: 93—104.
23. *Rachman S., Hodgson R.* Obsessions and compulsions. Englewood, NJ: Prentice-Hall 1980.
24. *Rachman S.* Pollution of the mind. Behav Res Ther 1994; 32: 3: 311—314.
25. *Rachman S.* Fear of contamination. Behav Res Ther 2004; 42: 11: 1227—1255.
26. *Rasmussen S.A., Eisen J.L.* The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America 1992; 15: 743—758.
27. *Rumke H.C.* Uber die klinik und Psychopathologie der Zwangserscheinungen. In: Eine bluhende Psychiatry in Gefahr. Ausgewahlte Vortrage und Aufsatze. Berlin 1967; 76—101.
28. *Salkovskis P.M.* Obsessional-compulsive problems. Behaviour Research and Therapy 1985; 23: 571—583.
29. *Salkovskis P.M.* Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behaviour Research and Therapy 1989; 27: 6: 677—682.
30. *Schaich Borg J., Lieberman D., Kiehl K.A.* Infection, incest, and iniquity: Investigating the neural correlates of disgust and morality. Journal of Cognitive Neuroscience 2008; 20: 1529—1546.
31. *Shafran R., Watkins E., Charman T.* Guilt in obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders 1996; 10: 509—516.
32. *Solyom L., DiNicola V.F., Phil M., Sookman D., Luchins D.* Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. Can J Psychiatry 1985; 30: 5: 372—380.
33. *Tolin D.F., Woods C.M., Abramowitz J.S.* Disgust sensitivity and obsessive—compulsive symptoms in a non-clinical sample. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2006; 37: 30—40.
34. *Weitbrecht H.J.* Psychiatrie in Crundriss. Berlin 1963.
35. *Zhong C.B., Liljenquist K.* Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing. Science 2006; 313: 1451—1452.