

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБСЕССИВНО–КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА, ЕГО ТИПЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ГОР ЕСАЯН

преподаватель кафедры психологии
Международного научно–образовательного центра
Национальной академии наук Республики Армения,
кандидат психологических наук, доцент
g.s.yesayan@mail.ru

DOI: 10.54503/978-9939-1-2075-1-36

Аннотация

Обсессивно–компульсивное расстройство (ОКР) в настоящее время считается одной из самых распространенных проблем, которой посвящено множество научных работ (статей, книг, диссертаций). Данное расстройство включено как в МКБ–10 (F42), так и в МКБ–11 (L1–6B2), а также в DSM–5TR (F42). Клиническое описание ОКР и преодоление его симптомов охватывают как медицинскую, так и психологическую области.

За последние двадцать лет, несмотря на то, что на основе результатов исследований ОКР в различных научных авторитетных журналах было опубликовано тысячи статей, все же нельзя считать, что наши инструменты для работы с этим расстройством являются удовлетворительными.

От ОКР могут страдать люди разных социальных слоев — это не зависит от пола, религиозной принадлежности или возраста. Данное расстройство также встречается у детей, что нельзя считать исключительным.

В нашей работе исследуются и представлены гипотезы о причинах возникновения ОКР, в частности: биологические, генетические, морфологические, нейропсихологические, личностные, социального окружения и психологические факторы. В работе отмечается, что это всего лишь гипотезы, и в этом направлении предстоит проделать еще много работы. В статье также представлены подходы к клиническому описанию ОКР: анализируются проявления obsessions и compulsions. В работе также рассматриваются четыре типа ОКР, признанные в научной литературе (страх заражения, сомнения, аморальные неконтролируемые мысли, требование порядка и симметрии). В последнем разделе представлены психотерапевтические методы, которые считаются наиболее эффективными в современной психотерапии для работы с данной проблемой. Все они относятся к когнитивно–поведенческой психотерапевтической направленности. С помощью этих методов удалось более эффективно бороться с симптомами обсессивно–компульсивного расстройства.

Тем не менее необходимо отметить, что еще требуется множество исследований и новых открытий, чтобы считать проблему ОКР полностью решенной. На это должна быть направлена не только психиатрическая, но и психологическая, в частности, клиническая психологическая работа.

Ключевые слова: ОКР, когнитивно–поведенческая терапия, тревожность, навязчивые мысли.

**ՕԲՍԵՍԻՎ-ԿՈՄՊՈՒԼՍԻՎ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ՆԿԱՐԱԳԻՐԸ, ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ, ԲՈՒԺՄԱՆ
ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

ԳՈՌ ԵՍԱՅԱՆ

ՀՀ ԳԱԱ, ԳԿՄԿ հոգեբանության ամբիոնի դասախոս,
հոգեբանական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ
g.s.yesayan@mail.ru

Համառոտագիր

Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարումը (ՕԿԽ) ներկայումս համարվում է իբրև ամենատարածված և մտահոգիչ խնդիրներից մեկը, որին նվիրված են բազմաթիվ գիտական աշխատանքներ (հոդվածներ, գրքեր, ատենախոսություններ): Այդ խնդիրը ներառված է ինչպես ՀՄԴ-10 ում (F 42), ՀՄԴ-11 ում (L1-6B2), այնպես էլ՝ DSM-5^{TR} ում (F 42): ՕԿԽ-ի կլինիկական նկարագիրը և ախտանիշների հաղթահարումը գտնվում են թե՛ բժշկության և թե՛ հոգեբանության շրջանակներում:

Վերջին քսան տարիների շրջանում, չնայած նրան, որ տարբեր գիտական հեղինակավոր ամսագրերում տպագրվել են ՕԿԽ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա հազարավոր հոդվածներ, միևնույնն է, մենք չենք կարող համարել, որ մեր ունեցած գործիքներն այդ խանգարման հետ աշխատանքում բավարար են:

ՕԿԽ-ով կարող են տառապել սոցիալական տարբեր շերտերի անձինք. այն կախված չէ սեռից, կրոնական պատկանելիությունից և տարիքից: Այդ խանգարումը նկատվում է նաև երեխաների մոտ, ինչը բացառիկ համարել չենք կարող:

Մեր աշխատանքում ուսումնասիրվում և ներկայացվում են ՕԿԽ-ի ծագման պատճառների հիփոթեզները, մասնավորապես՝ կեսաբանական, գենետիկական, մորֆոլոգիական, ներյոհոգեբանական, անձնային, շրջակա միջավայրի և հոգեբանական: Աշխատանքում նշվում է այն փաստը, որ դրանք ընդամենը հիփոթեզներ են, և այդ ուղղությամբ շատ աշխատանքներ կան անելու: Հոդվածում կարող եք գտնել նաև ՕԿԽ-ի կլինիկական նկարագրին ուղղված մոտեցումները. վերլուծվում են օբսեսիաների և կոմպուլսիաների դրսևորումները: Աշխատանքում նաև անդրադարձ է կատարվում ՕԿԽ-ի չորս տիպերին, որն ընդունված է գիտական գրականության մեջ (վարակի վախը, կասկածները, ամորալ անկառավարելի մտքերը, կարգուկանոնի և սիմետրիայի պահանջը): Վերջին հատվածում ներկայացվում են հոգեթերապևտիկ մեթոդները, որոնք ժամանակակից հոգեթերապիայում համարվում են առավել արդյունավետ այդ խնդրի հետ աշխատելու ժամանակ: Դրանք բոլորն էլ ներառված են կոգնիտիվ-վարքային հոգեթերապևտիկ ուղղության շրջանակներում: Ի դեմս հոգեթերապևտիկ այդ մեթոդների՝ օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարման ախտանիշների հետ հնարավոր եղավ պայքարել առավել արդյունավետ:

Այսքանով հանդերձ պետք է նշել, որ դեռևս շատ հետազոտությունների և նոր բացահայտումների կարիք կա, որպեսզի համարենք ՕԿԽ-ի խնդիրը ամբողջությամբ լուծված: Դրան պետք է միտված լինի ոչ միայն հոգեբուժությունը, այլև հոգեբանությունը, մասնավորապես կլինիկական հոգեբանության ներուժը:

Քանալի բառեր և բառակապակցություններ՝ ՕԿԽ, կոգնիտիվ-վարքային թերապիա, տագնապայնություն, կաշուն մտքեր:

CLINICAL DESCRIPTION, TYPES, AND MODERN TREATMENT METHODS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

GOR YESAYAN

International Scientific-Educational Center of the National Academy
of Sciences of the RA

Lecturer at the Department of Psychology
PhD in Psychological Sciences, Associate Professor
g.s.yesayan@mail.ru

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is currently regarded as one of the most widespread and concerning issues to which numerous scientific works (articles, books, dissertations) are dedicated. This disorder is included in both the ICD-10 (F42), ICD-11 (L1-6B2), and also in the DSM-5TR (F42). The clinical description of OCD and the management of its symptoms fall within the frameworks of both medicine and psychology.

Over the past twenty years, despite thousands of articles based on the results of OCD-related research being published in various reputable scientific journals, we still cannot consider the tools we have for working with this disorder to be sufficient.

Individuals from various social strata can suffer from OCD – the disorder does not depend on gender, religious affiliation, or age. This disorder is also observed in children, which cannot be considered rare.

The article reveals hypotheses about the causes of OCD's origin, particularly biological, genetic, morphological, neuropsychological, personality-based, environmental, and psychological factors. The work notes that these are merely hypotheses and that significant research remains to be conducted in this direction. In the article, you can also find approaches aimed at the clinical description of OCD – the manifestations of obsessions and compulsions are analyzed. The work also addresses the four types of OCD recognized in the scientific literature (fear of contamination, doubts, immoral/uncontrollable thoughts, and the need for order and symmetry). In the final section, psychotherapeutic methods are presented that are considered the most effective in modern psychotherapy for working with this disorder. All of them are included within the framework of the cognitive-behavioural psychotherapeutic approach. *These* psychotherapeutic methods have enabled more

effective addressing of OCD symptoms.

Nevertheless, it should be noted that there is still a need for extensive research and new discoveries to consider OCD fully resolved. This must involve not only psychiatry but also psychology, particularly the potential of clinical psychology.

Keywords and phrases: OCD, cognitive-behavioural therapy, anxiety, obsessive thoughts.

Введение

В настоящее время существует множество работ, посвященных проблеме ОКР – как строго научных (например, статьи, монографии, диссертации), так и написанных в более свободном стиле. Литература по этой проблематике представлена на разных языках.

Проблема ОКР находится в сфере интересов различных научных дисциплин, в том числе психиатрии и психологии (в частности, клинической психологии). В психологии, а именно в психоанализе, З. Фрейд уже говорил о навязчивых состояниях как о невротическом по своему характеру расстройстве, называя его психоневрозом и полагая, что многие формы невроза имеют четкие психологические причины (к ним он относил истерию, тревожные состояния и обсессии) [6, с. 248]. В дальнейшем исследования ОКР не ограничивались рамками психоанализа и включали, в частности, такие направления, как когнитивная и поведенческая психотерапия [14, с. 283–352].

Описание клиники и лечения ОКР, как мы уже отмечали выше, также входит в сферу интересов психиатрии, о чем мы поговорим в основной части работы.

Необходимо отметить, что, несмотря на то, что за последние двадцать лет появилось более тысячи научных статей, посвященных ОКР, проведены разнообразные исследования и предложены новые решения, психотерапевтическое вмешательство, направленное на это расстройство, не привело к удовлетворительному результату [12, с. 6]. Этот факт указывает на то, что в этом направлении необходимо продолжать теоретические и практические исследования с более интенсивным темпом и включать новые научные подходы. На это указывает и тот факт, что распространенность ОКР составляет 1,9 – 3,2% во всем мире. У детей и подростков установлена даже более высокая распространенность.

ОКР затрагивает все слои общества, не зависит от социального статуса и ограничивает жизнедеятельность. У 60% больных расстройство наблюдается до 25 лет, у 30% даже в возрасте от 5 до 15 лет. ОКР чаще встречается у женщин, чем у мужчин (1,5:1). Средний возраст проявления симптомов у женщин 21 год и 4 мес., у мужчин – 19 лет и 6 мес. Самая высокая распространенность ОКР у женщин наблюдается между 25 и 34 годами, а у мужчин между – 35 и 54 годами. Примерно у 80% людей иногда проявляются навязчивые мысли, которые являются типичными для обсессий [9, с. 609, 610].

Вышеизложенное обосновывает **актуальность и важность** нашей работы.

Объект исследования. Обсессивно-компульсивное расстройство личности.

Предмет исследования. Клинические особенности и методы терапии

обсессивно-компульсивного расстройства личности.

Цель исследования. Исследовать клинические особенности обсессивно-компульсивного расстройства личности и эффективность различных методов терапии при ОКР.

Задачи исследования.

- Исследовать причины возникновения обсессивно-компульсивного расстройства.

- Изучить и представить в современной научной литературе особенности и типы обсессивно-компульсивного расстройства.

- Изучить и представить в современной научной литературе наиболее приемлемые и эффективные методы терапии ОКР.

- Сделать выводы на основе результатов исследования.

Гипотезы причин обсессивно-компульсивного расстройства

К подходам, объясняющим причины возникновения ОКР, следует относиться как к предположениям и гипотезам, поскольку ни один из современных подходов не получил полного научного подтверждения с эмпирической точки зрения: «Не найдено ни одного генетического или биологического маркера, который бы достоверно указывал на причину ОКР. И не существует лекарств непосредственно от ОКР» [5, с. 8].

Тем не менее, существуют более или менее признанные подходы к объяснению причин возникновения ОКР, некоторые из которых мы представим ниже.

Биологическое направление – здесь нужно отметить нарушения обмена таких медиаторов, как серотонин и дофамин. В этом и причина, что при наличии ОКР, рекомендуют такие антидепрессанты и антипсихотики, которые непосредственно регулируют медиаторы дофамин и серотонин (в частности группы СИОЗС¹). Сегодня исследования более обоснованно ставят под сомнение серотонинергическую гипотезу причин ОКР и других тревожных расстройств. Однако важно подчеркнуть, чтобы не возникло ошибочного мнения, что антидепрессанты не нужны – это лишь указывает на то, что наука до сих пор не имеет точного представления о биологических причинах ОКР [5, с. 9]. Кроме того следует отметить, что эти лекарства помогают не всем пациентам и не всегда. В основном они эффективны только во время приема [12, с. 7].

Генетическое направление – во-первых, учитываются конституциональные особенности психологической склонности к невротическому реагированию и особенности вегетативной нервной системы. «Первые доказаны на основании результатов выполнения психологических тестов (степень нейротизма), вторые определением тенденции вегетативной нервной системы реагировать на стрессовые воздействия» [6, с. 249].

Морфологические основы – мнение о том, что при неврозах (в том числе ОКР) в структуре мозга отсутствуют морфологические изменения (в то время как имеются лишь функциональные), в настоящее время пересматривается. Были сделаны микроскопические исследования, которые подтверждают, что при неврозах наблюдаются субмикроскопическом уровне церебральные изменения, сопутствующие изменениям ВНД: «Дезинтеграция и деструкция мембранного шипикового аппарата, уменьшение числа рибосом, расширение цистерн

1 Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

эндоплазматического ретикулула. Общими проявлениями адаптационных процессов в нейронах мозга считаются увеличение массы ядерного аппарата, гиперплазия митохондрий, нарастание числа рибосом, гиперплазия мембран. Изменяются показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) в биологических мембранах» [6, с. 251].

Нужно также отметить, что обсессивно-компульсивные симптомы могут развиваться при некоторых повреждениях мозга или постэнцефалитических состояниях как осложнение [1, с. 111]. Особое внимание заслуживают исследования С. Сигра и соавторов (1998), посвященные ОКР у детей. Им принадлежит термин ПАНДАС (PANDAS²), или «детские аутоиммунные нейропсихиатрические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией». Авторы, признавая, что этиология ОКР остается неизвестной, указывают на данные, свидетельствующие о том, что в отдельных случаях оно может иметь аутоиммунную природу или быть спровоцировано стрептококковой инфекцией. В этом случае стандартные методы лечения ОКР могут оказаться недостаточно эффективными, поэтому необходимо применять противомикробные препараты, включая антибиотики и другие средства [24, с. 51, 52].

Альтернативный подход к объяснению ОКР предложил Дж. Шварц, чьи исследования были посвящены неврологическим нарушениям в работе головного мозга, особенно отдельных его структур [23].

Нейропсихологические факторы. В нейропсихологических исследованиях пытаются выявить связи между нарушениями нейропсихологических функций и симптомами ОКР. В исследованиях, проведенных некоторыми учеными, было показано, что нейропсихологический профиль ОКР можно охарактеризовать, в частности, дефицитом в двух областях: планировании и ингибировании моторных/когнитивных навязчивых или неуместных поведений. Оба этих нарушения, а также зафиксированные ухудшения в памяти, внимании и визуально-пространственных способностях, указывают на проблемы в исполнительных функциях [22, с. 2]. В этих исследованиях память занимает особое место, поскольку она является очевидным фактором при симптомах ОКР (сомнения в собственных поступках). Однако следует отметить, что более точные и приемлемые ответы нейропсихологии могут получить тогда, если провести продольное исследование, чтобы составить ясное представление о нейропсихологических факторах, способствующих формированию причинно-следственных связей при ОКР [4, с. 42–44].

Личностные факторы. личностные особенности в значительной степени формируются в детском возрасте. В зависимости от тяжести стрессовых событий, пережитых в этот период, у человека могут сложиться предпосылки для развития невроза (в том числе ОКР). Однако невроз может возникнуть и в детском возрасте даже у людей без значительных психологических проблем, в случаях серьезных стрессовых событий, таких как война, неожиданная или преждевременная потеря близкого человека и т. д. [6, с. 250].

2 PANDAS – ПАНДАС, педиатрические аутоиммунные нейропсихиатрические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections).

Факторы окружающей среды. В любом возрасте неблагоприятные условия (условия жизни, труда, безработица и т. п.) негативно влияют на психологическое здоровье. Такими могут быть непрестижные профессии, безработица, бедность домашней обстановки, теснота, ограниченный доступ к благам, таким как транспорт и т. д. Очевидно, что неблагоприятная социальная обстановка увеличивает степень дистресса, но нужно отметить, что она вряд ли выступает этиологическим фактором в развитии более тяжелых расстройств [6, с. 250].

Психологические причины. О психологических теориях ОКР, которые можно считать донаучные или ненаучные, мы можем ознакомиться из истории, в частности психиатрии. В средневековье считалось, что люди с Obsessive Compulsive Disorder, в частности с богохульными или сексуальными навязчивыми мыслями, одержимы дьяволом, и для лечения применялся экзорцизм. После средневековья на смену религиозному представлению пришло медицинское (психиатрическое) объяснение. В 1838 г. Эскироль в психиатрической литературе представил Obsessive Compulsive Disorder и компульсии как психические расстройства. В конце 19 века заговорили о связи между Obsessive Compulsive Disorder и депрессией [4, с. 48, 49].

Говоря уже о научных представлениях о психологических причинах ОКР, эти расстройства, как правило, связываются с психоаналитической теорией развития личности и психических проблем [5, с. 9].

В психоаналитической теории ищут причинно-следственные связи с детскими страхами агрессивно-сексуального характера. Яркий пример сказанного можем найти в работе З. Фрейда о навязчивых состояниях. Чтобы понять причины возникновения навязчивых состояний (мыслей, страхов, действий), З. Фрейд обращал взгляд в прошлое, детство пациента и с помощью травматических переживаний, конфликтов и вытесненных воспоминаний (подвергшихся амнезии) пытался объяснить содержание данного навязчивого состояния [17, с. 17–95]. Изучение причинно-следственных связей, которое мы можем найти и в других психотерапевтических теориях, где меняется только объект этих исследований, позволяет воздействовать на них [12, с. 8].

Клиническая картина Obsessive Compulsive Disorder

ОКР характеризуется наличием Obsessive Compulsive Disorder и/или компульсий. «Причем исследования показывают, что именно сочетание в клинической картине Obsessive Compulsive Disorder и компульсий встречается чаще, чем каждый из синдромов по отдельности» [2, с. 13].

В динамике ОКР, по Н.М. Асатиани, выделяют три стадии:

I – навязчивый страх возникает только в ситуации, когда больной боится чего-либо;

II – только при мысли о том, как оказаться в подобной ситуации, у больного возникает страх;

III – условно-патогенным раздражителем является слово, каким-то образом связанное с фобией (например, при кардиофобии триггерными словами могут быть такие слова, как «сердце», «сосуды», «инфаркт» и т.д.) [18, с. 434].

Клиническая картина Obsessive Compulsive Disorder. При Obsessive Compulsive Disorder мы имеем дело с навязчивыми и нежелательными повторяющимися мыслями, побуждениями и образами. Навязчивые мысли могут, например, быть, о загрязнении, образы

– это, например, сцены насилия или ужаса, а побуждения – это, например, желание ударить кого-то [21, с. 263–266]. Обсессии не приносят данному человеку удовольствия и не воспринимаются как добровольные: «Они являются навязчивыми, нежелательными и вызывают выраженный дистресс или тревогу у большинства людей. Человек пытается игнорировать или подавлять эти обсессии (например, избегая триггеров или подавляя мысли), либо нейтрализовать их другим действием или мыслью (например, выполняя компульсии)» [21, с. 266].

Обсессивные мысли тягостны, потому что им характерны в основном агрессивные или непристойные содержания или они воспринимаются как бессмысленные. В таком случае, пациент пытается безуспешно бороться с ними: «Тем не менее, они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают произвольно и невыносимы» [11, с. 243]. Такие мысли, появляясь в различных ситуациях, нарушают нормальный ход мыслительного процесса и наносят вред человеку [10, с. 96].

Обсессии принято разделять и на две группы: отвлеченные, которые не сопровождаются аффективными нарушениями, и образные, которые сопровождаются аффективным аккомпанементом.

К первым относится бесплодное мудрствование, умственная жвачка. Больные часто понимают бессмысленность этих рассуждений, но избавиться от них не могут. Такое состояние не безразлично больному, как это часто представляется. Оно мешает ему жить и отвлекает от того вида деятельности, которому он себя посвятил.

Ко вторым характерны такие навязчивые мысли, каждая из которых имеет определенную фабулу и сопровождается теми или иными аффективными нарушениями. Такими могут быть навязчивые сомнения, воспоминания о ситуациях, в которых больной предстает в неприглядном свете, он постоянно вспоминает поступки, которые дискредитируют его [15, с. 32–35].

Клиническая картина компульсий. Компульсии можно характеризовать как повторяющиеся действия, когда возникают повторные мыслительные акты: человек стремится совершить в ответ на обсессии, в соответствии с установленными им самим жесткими правилами или чтобы достичь чувства завершенности [3, с. 129,130].

Цель компульсий, преимущественно направлена на уменьшению дистресса и предотвращению нежелательных событий. Нужно отметить, что компульсии не являются реалистичны и не связаны «опасными» событиями. Компульсии могут выполняться столько раз, сколько необходимо для «идеального» выполнения «задания». После выполнения ритуалов, у некоторых пациентов наблюдается облегчение тревоги и дискомфорта [2, с. 13].

Компульсии, часто касаются соблюдения чистоты (мытья рук), контроля за предотвращением потенциально опасных ситуаций или за порядком. В основе навязчивых действий лежит страх, опасность для данного человека или опасности, вызываемой больным. Таким образом, больной, с помощью ритуальными действиями попытается «предотвратить» опасность. Навязчивые действия, от больного могут занять много времени и сочетаются с нерешительностью и медлительностью. Они встречаются у обоих полов, «но ритуалы мытья рук более характерны для женщин, а медлительность без повторений для мужчин. Компульсивные ритуальные действия менее тесно

связаны с депрессией, нежели обсессивные мысли, и более легко поддаются поведенческой терапии» [11, с. 247].

Компульсии обычно сопровождаются мучительным чувством «незавершенности», и как будто «требуют» от человека сделать так, чтобы вещи ощущались или звучали «как надо». Такие люди избегают мест, предметов, которые могут провоцировать обсессии и компульсии. [21, с. 267,268]. При ОКР запреты и наказания могут на некоторое время отсрочить навязчивое действие, но это ведет к усилению тревоги, на высоте которой больной уже не в состоянии воздержаться от совершения ритуального действия [19, с. 82].

Навязчивые действия могут и не иметь смысла, и тогда приобретают автоматизированный характер. Но при таком характере компульсий больной также не может самостоятельно бороться с ними. Компульсии, как было сказано выше, возникают вслед за обсессиями и, как правило, они исчезают вместе с ними [15, с. 35,36].

Диагноз Обсессивно–компульсивного расстройства дается тогда, когда обсессии и компульсии занимают долгое время (более одного часа в день) и в итоге, приводят дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования [3, с. 130].

Типы обсессивно–компульсивного расстройства

Относительно типов ОКР мы можем найти информацию как в русскоязычной литературе, так и в зарубежной. Довольно удачно и многими учеными признанное разделение представлено профессором Университета Северной Каролины Джонатаном Абрамовицем [20, с. 9–36]. Ниже представлены эти типы ОКР.

Прежде чем представить указанные типы, считаем необходимым отметить также тот факт, что феноменальность обсессий и компульсий настолько велика, что не хватило бы никаких справочников, чтобы собрать их в одном месте. Таким образом, здесь мы представим некоторые типы ОКР, которые приняты широким кругом исследователей.

Навязчивая дезинфекция: страх заражения и ощущение грязи. Ритуалы дезинфекции. Типичные обсессии – беспокойство наличием грязи, нечистот, болезнетворных агентов. Компульсии выступают в качестве мытья рук и тела. Обработка тела и окружающих предметов санитайзером, частые уборки [8, с. 100]. Навязчивая дезинфекция по своей структуре это фобико–обсессивное расстройство, так как наличие фобии в ядре проблемы имеет основополагающее значение. В этом случае есть объект внешней среды и это реально. Вот только субъективное восприятие степени опасности этого объекта и, соответственно, меры спасения имеют чрезвычайно гипертрофированный характер. Например, мытье рук происходит в самых неоправданных обстоятельствах: дотронулся до ручки или до любых поверхностей, которые, по его мнению, «грязные», – мгновенно возникает стойкое и непреодолимое желание как можно скорее вымыть руки, чтобы не переживать и избежать тревоги и дискомфорта. Количество смываний рук не имеет четкого алгоритма, выполняется до тех пор, пока не появится ощущение чистых рук. Время мытья может варьироваться от нескольких минут до тридцати и более.

Практически все поверхности, которым имеют доступ другие люди, воспринимаются им как «грязные». «Чистое» пространство постепенно становится все более ограниченным. В таких случаях, человек избегает контакта с «грязными» вещами, неоправданно начинает стирать одежду, многократно перестирывая чистые вещи [3, с. 33–38].

Страх ответственности за возможный вред. Ритуалы повторов и проверки. Пациент опасается совершенных действий, которые могут причинить вред себе или окружающим. Чтобы предотвратить это, он перепроверяет свои действия (закрыл ли двери, отключил ли плиту, газ и т.д.). В таких случаях многократная проверка не успокаивает пациента, а постоянные сомнения в правильности и действительности выполненного заставляют его непрерывно проверять себя. Например, написав письмо, они начинают сомневаться в правильности написанного, перечитывают его, пока не будут уверены в правильности написанного. Однако мучения на этом могут не остановиться. Некоторое время спустя могут вновь возникнуть сомнения относительно правильности проверенного. Такое состояние может продолжаться «бесконечно», вплоть до полного истощения от соответствующих проверочных действий. Навязчивые действия проявляются по-разному. Одни из них сопровождаются фобиями, а другие – без них [13, 27, 28].

В таких случаях компульсии могут выразиться, так сказать, в виде ритуалов. Те люди, которые уже давно выполняют эти ритуалы проверок, устают от них и от постоянной тревоги, которая возникает от таких мыслей, вроде «а вдруг не увидел, не просмотрел, не выключил, не закрыл», хотя они неоднократно проверяли. Чтобы немного успокоиться, некоторые люди с таким видом ОКР используют видеозапись своих действий, чтобы быть уверенными, что все делали так, как надо. Ритуалы могут проявляться, например, как: переступать через трещинки на асфальте или через стыки тротуарной плитки, сделать конкретным числом обороты вокруг себя при входе в комнату, входить некоторые помещения только с правой ноги, не покупать и не брать вещи, если при этом пришла плохая мысль, выкинуть или не использовать вещи, которые ассоциируются с плохими событиями, дотронуться, например, три раза до вещей, которые нужно брать, три раза закрыть и/или открыть сумку, поставить предмет тогда, когда появится хорошая мысль, заставить себя думать о хорошем, чтобы не пришли плохие мысли, избегать что-то делать, если есть плохие цифры и числа, всегда возвращаться только по определенному маршруту [12, с. 40–42].

Выполнение ритуала облегчает состояние и уменьшает или временно устраняет тревогу, а противодействие этому становится причиной обострения тревоги и дистресса.

Табуированные и аморальные мысли и ритуалы. В этом типе ОКР у пациентов проявляются в основном навязчивые мысли и образы сексуального, агрессивного или религиозного характера. Пациенты переносят этот тип ОКР наиболее тяжело [8, с. 100]. Часто встречаются следующие навязчивости:

- а. Страх убить, нанести вред близким людям, в том числе супругу, детям, родителям и т.д.
- б. Страх совершить поступок (неосторожный, против собственной воли) против себя или других, среди наиболее распространенных вариантов –

совершить самоубийство разными способами (бросившись с высоты или под поезд с платформы), убить ребенка, толкнув с платформы, и т.п.

- в. Навязчивые богохульные мысли, образы, повторяющиеся молитвы, при этом они сопровождаются страхом перед божественным наказанием или одержимости дьяволом.
- г. Страх изменения сексуальной ориентации: гетеросексуальные люди беспокоятся и сомневаются в том, не изменилась ли их ориентация.
- д. Страх заболеть тяжелым психическим заболеванием, например, шизофренией, биполярным расстройством и т. д. [12, с. 43, 44].

При появлении таких навязчивых мыслей, которые часто сопровождаются тревогой и чувством страха, больные просят изолировать себя, чтобы не нанести вред себе или другим [15, с. 34, 35]. Тогда страх основывается на том, что они могут нанести вред своим импульсивным поступком, то есть боятся самого импульса (например, потеряв рассудок). Людям с таким типом ОКР свойственны неуверенность в себе и высокая внушаемость.

Часто триггерами для таких навязчивых мыслей служат, например, передачи, в которых показывают, как безумная мать убила своих детей, или безумец прыгнул из окна и т. п. [12, с. 44, 45].

Одержимость порядком, симметрией. Обеспокоенность симметричным расположением предметов. Перекладывание и упорядочивание вещей. Навязчивый счет [8, с. 100]. Навязчивый счет выражается в назойливом стремлении считать различные предметы, например, окна, ступени, буквы и т. д. Иногда этот процесс становится ритуалом [13, с. 25, 26].

Ритуалы при таком типе ОКР, которые могут выражаться, например, в стремлении к чистоте и порядку, симметрии вещей и предметов, не сопровождаются страхом заражения или попытками предотвратить плохие события. Эти ритуалы успокаивают человека, он чувствует себя спокойнее, но малейшие нарушения могут вызвать тревогу и желание навести порядок.

Для такого типа ОКР характерен перфекционизм. Главным движущим механизмом этого расстройства является стремление к совершенству. Перфекционизм идеально вписывается в эту схему.

Компульсии при таком расстройстве ОКР, могут проявляться, например, в виде уборки: тщательном удалении пыли и крошек со всех поверхностей в течение определенного времени (несколько часов). Как правило, люди, страдающие от потребности наводить идеальный порядок, также идеально следят за ним [12, с. 45–47].

Терапевтическое вмешательство при обсессивно-компульсивном расстройстве

Многие люди, страдающие ОКР, часто скрывают свои симптомы от окружающих из-за стыда. Это приводит к тому, что они либо вовсе не обращаются за лечением, либо делают это лишь спустя многие годы мучительных страданий.

ОКР довольно часто встречается вместе с другими расстройствами, особенно тревожными (например, социальной фобией, паническим расстройством), а также расстройствами настроения (например, большого депрессивного расстройства, биполярных спектральных расстройств) [4, с. 31–33].

Эту главу мы хотим начать с представления медикаментозного лечения ОКР, потому что оно часто назначается вместе с методами психологического лечения, и клиническим психологам будет полезно (если не сказать, обязательно) иметь о нем представление.

Медикаментозное лечение. Сегодня при лечении ОКР принято назначать антидепрессанты класса СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), которые более или менее доказали свою эффективность. Правда, терапевтический эффект СИОЗС при ОКР развивается несколько позже, чем при депрессиях. «На первом этапе предусматривается использование одного из шести СИОЗС в течение 8–12 недель. При наличии эффекта рекомендовано продолжение профилактического приема антидепрессанта в той же дозе на протяжении 1–2 лет» [16, с. 10].

При отсутствии эффекта рекомендуется уточнить диагноз и исключить ятрогенные причины неэффективности, такие как недостаточная дозировка или недостаточная продолжительность терапии. Если препараты класса СИОЗС не приносят пользы, то медикаментозное лечение можно дополнить такими антипсихотиками (нейролептиками), как рисперидон или арипипразол. Они могут помочь уменьшить действие дофамина [7, с. 40].

Однако следует отметить, что у этих препаратов есть побочные эффекты, и антипсихотические препараты могут быть менее благоприятными, чем антидепрессанты. Еще один недостаток медикаментозного лечения ОКР заключается в большом риске ухудшения симптомов или полного возобновления расстройства. В таком случае нужно будет изменить дозу и пересмотреть препараты – под строгим наблюдением психиатра [4, с. 47].

Психотерапия, направленная на лечение ОКР. Психотерапия – это система немедикаментозного, преимущественно словесного воздействия на психологию пациента с целью преодоления (лечения) различных расстройств [5, с. 252]. Сегодня существует много методов психотерапии, направленных на лечение ОКР. Однако их эффективность в преодолении симптомов ОКР остается на низком, неудовлетворительном уровне (40% и ниже). Исследования показали, что при лечении ОКР более эффективна когнитивно-поведенческая терапия (эффективность 60–80%) [12, с. 50, 51], которая используется в разных странах для преодоления симптомов ОКР. Ниже приведены методы КПТ при терапии ОКР.

Экспозиционная терапия с подавлением реакции (ЭТПР). ЭТПР впервые было описано британским психологом В. Мейером (1966). Согласно автору, терапия проводилась в два этапа. На первом этапе пациент подвергался воздействию тех факторов, которые инициировали обсессии. На втором этапе оказывалась помощь пациенту, чтобы он воздерживался от любой реакции избегания или уклонения. Повторяющиеся воздействия нацелены на снижение тревоги с помощью привыкания. Это происходит из-за воздействия повторяющихся стимулов, внушающих страх, которые не прерываются и продолжают достаточно долго. В итоге тревога нарастает, достигает пика и затем остается на постоянном уровне. Тогда она исчезает (или привыкает) при продолжительном контакте со стимулом. Этот процесс прерывают компульсии, выполняемые для обеспечения безопасности и снижения тревоги.

По завершении курса ЭТПР необходимо обобщить изменения,

наблюдавшиеся у пациента. Для этого, ссылаясь на конкретные проявления (симптомы) ОКР, попросите пациента задуматься о том, как изменились его поведение, мышление, тревога и терпимость к obsessions. Также следует пересмотреть ключевые стратегии, способствующие изменениям [4, с. 49, 50, 93-136].

Психотерапия, основанная на выводах (ТОВ). Терапия, основанная на выводах (ТОВ), была разработана психологами К. О'Конором, Ф. Аардемой и М. Пелиссье. Протокол лечения методом ТОВ требует от 15 до 20 часовых сеансов терапии в течение недели. Этот метод дает концептуальное представление о клинической отправной точке в лечении ОКР как о выводе, который вызывает сомнение. Считается, что истоки сомнения кроются в способности к воображению, искажая непосредственную реальность ситуации. Следовательно, во время терапии психотерапевт вызывает повествовательное рассуждение, поддерживающее ситуационные сомнения, и размышляет о нем вместе с пациентом. При этом выявляются новые приемы мышления пациента. К их числу могут относиться следующие приемы.

а. Проведение несостоятельных связей между разными категориями информации, вроде путаницы двух отдельных событий (например, «Я услышал, как женщина заразилась СПИДом в поликлинике от укола, и поэтому я тоже могу заразиться СПИДом от укола»).

б. Обратный вывод, когда заключение предшествует наблюдению (например, «Химические вещества применяются везде, и поэтому они могут быть и у меня»).

Психотерапевт наставляет пациента сравнить повествования ОКР с его простым, основанным на реальности мышлением и выработать альтернативное, здоровое представление, основанное на реальности, исходя из которого он в итоге действует [4, с. 53, 54, 205-231].

Метакогнитивная терапия для излечения от ОКР. Для МКТ центральным понятием являются метакогнитивные процессы осознания собственных психических процессов. Если кратко, то это означает «мышление о мышлении». В метакогнитивной модели навязчивые мысли при ОКР активизируют метакогнитивные знания (убеждения о мыслях или мыслительных процессах). МКТ при излечении ОКР сосредотачивается не на оценке мыслей путем их проверки на правдоподобие, а выборочно – на отдельных метакогнитивных убеждениях о навязчивых идеях. Таким образом, стратегии МКТ нацелены на то, чтобы помочь пациентам обновить метакогнитивные знания и изменить стратегии метакогнитивного контроля, поскольку они смотрят на свое мышление, исходя из более благоприятной предпосылки [4, с. 54, 55, 233-257].

Терапия принятия ответственности (ТПО). Психотерапию принятия и ответственности (ТПО) разработал психолог С. Хейс и его коллеги. ТПО внесло свежие идеи в КПТ, которые тогда были весьма актуальны и востребованы. Основные цели ТПО – научить пациента истолковывать свои мысли как небуквальные, не избегать их и повышать целенаправленность действий, основанные на позитивных ценностях. Таким образом, для преодоления нежелательных навязчивых мыслей и эмоций в ТПО используется широкий

спектр методик, включая упражнения на осознанность.

Последний этап ТПО включает подведение итогов терапевтической работы: психотерапевт показывает пациенту, как применять на практике приобретенные знания и навыки [4, с. 55, 259–289].

В этой главе мы кратко представили современные, эмпирически обоснованные методы психотерапевтического лечения ОКР. Однако следует отметить, что и в настоящее время предстоит сделать многое, чтобы достичь удовлетворительных результатов в борьбе с симптомами ОКР.

Заключение

Обсессивно–компульсивное расстройство считалось одним из наиболее сложных и резистентных к любым типам терапии. Начиная со времен З. Фрейда и П. Жане до 70–х годов прошлого столетия ОКР многие ученые считали неизлечимым расстройством, и терапии считались неэффективными. Сложившаяся ситуация существенно менялась после появления на арене поведенческой терапии, в частности, экспозиционной терапии.

В настоящее время есть на выбор целый ряд вариантов психиатрического и психологического лечения ОКР, и теперь трудно поверить, как было отмечено выше, что еще около 60 лет назад эффективного лечения ОКР не существовало.

В нашей работе мы представили гипотезы причин ОКР, клинические картины, типы данного расстройства и пять новаторских методов КПТ. Они перекрываются и сходятся в ряде важных областей, хотя и имеют явные отличия. Сегодня нужно сказать, что ЭТПР сохраняет свое положение как метод первичного эмпирически обоснованного психологического лечения. Однако методы когнитивной терапии нашли успешное применение как согласованный или дополняющий альтернативный вариант для прогнозирования терапевтического вмешательства. Это дает пациентам дополнительное преимущество, позволяя им выбрать методы лечения по своему усмотрению. Тем не менее, следует отметить, что многое еще предстоит сделать, чтобы ОКР можно было считать полностью преодоленным и излеченным.

Надеемся, что последующие годы будут достигнуты значительные успехи как в изучении причин возникновения ОКР, так и в методах его лечения.

Список литературы

1. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. В 2 томах, том 1. Перевод с английского докт. мед. наук В. Б. Стрелец. Москва «Медицина» 1994. – 671 с.
2. Клинические рекомендации Обсессивно–компульсивное расстройство. Разработчик клинической рекомендации: Российское общество психиатров. «Утверждено» Президентом Российского общества психиатров Н.Г. Незнановом. Год утверждения: 2021. – 99 с.
3. МКБ–11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2022. – 432 с.
4. Никерк Я. Терапия обсессивно–компульсивного расстройства. Клиническое руководство. : Пер. с англ. – СПб.: ООО “Диалектика”, 2021. – 320 с.
5. Обсессивно–компульсивное расстройство: Сборник терапевтических решений, которые показали высокую эффективность при ОКР/ Валерий Разуваев [и д.р.]. – [б.м.]: Издательские решения, 2024. – 280 с.
6. Обухов С.Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского — М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 352 с.

7. Оруджев Н.Я., Поплавская О.В. Современные подходы к фармакотерапии обсессивно-компульсивного расстройства. *Лекарственный вестник*. № 2 (50) 2013 Том 7. С. 38-43.
8. Петелин Д.С., Гамирова А.Н., Сорокина О.Ю., Трошина Д.В., Семин С.А., Болтуева М.Ш., Волель Б.А. Диагностика и терапия расстройств обсессивно-компульсивного спектра в общемедицинской и неврологической практики. *Журнал – Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023, том 15, № 2 С. 98-105.
9. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М., и коллектив. Когнитивно-бихевиориальная терапия психических расстройств – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1072 с.
10. Психиатрия. Учебник. Под ред. В.К. Шамрея, А.А. Марченко. Санкт-Петербург, СпецЛит. – 2019. – 381 с.
11. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – Изд. 2-е. – М.: Прометей, 2020. 584 с.
12. Разуваев В.Ю. ОКР. Обсессивно-компульсивное расстройство: Практическое руководство для понимания, диагностики и решения. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2022, – 288 с.
13. Руководство по психиатрии. / Под ред. А.Н. Снежневского. – Т.1. М.: Медицина, 1983, 480 с.
14. Сокол, Л" Фокс, М. Г. Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство/ Лесли Сокол, Марси Г. Фокс; пер.с англ. Н.С. Лавской – Киев.: "Диалектика": 2021. – 384 с.
15. Тиганов А.С. Общая психопатология: Курс лекций. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 128 с.
16. Усов Г.М. Фармакотерапия обсессивно-компульсивного расстройства: фокус на флуоксамин (обзор литературы). Психиатрия и психофармакотерапия. Том 22, №4, 2020. / *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. Vol. 22, No.4, 2020. P. 7-13.
17. Фрейд З. Собрание сочинений в 26 томах. Т. 4. Навязчивые состояния. Человек-крыса. Человек-волк / Пер. с нем. Сергея Панкова. – Санкт-Петербург: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. – 320 с.
18. Цыганков Б.Д. Психиатрия: учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – 2-е изд. перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 544 с.
19. Чистяков Н.Ф., Чудновский В.С. Основы психиатрии. – Ростов-на-Дону: изд.-во «Феникс», 1997. – 448 с.
20. Abramowitz J.S. Getting over OCD. A 10-Step Workbook for Taking Back Your Life. The Guilford press. New York. – 2018. 294 p.
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition text revision. DSM-5-TR™. Publishing – American Psychiatric Association. 2021. – 947 p.
22. Melloni M., Urbistondo C., Sedenlo L., Gelormini C., Kichic R., and Ibanez A. The extended fronto-striatal model of obsessive compulsive disorder: convergence from event-related potentials, neuropsychology and neuroimaging. *Frontiers in human neuroscience*. Published: 24 September 2012. Volume 6, P. 1-24.
23. Schwartz J. M., Beyette B. Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior – A Four-Step Self-Treatment Method to Change Your Brain Chemistry. New York: Harper Perennial, 1997. – 256 p.
24. Sigra S. Hesselmark E., Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 86 (2018) P. 51-65.