

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В.И. Тен, Т.Ч. Чубаков, А.А. Катков

Рассматриваются наиболее проблемные и дискуссионные аспекты обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) – вопросы понимания природы, генеза, классификации и терапии навязчивостей.

Ключевые слова: ОКР; природа; классификация; генез и терапия.

Навязчивости как форма психического реагирования достаточно распространены среди населения. Формально говоря, достаточно часто встречающиеся в бытовом поведении ритуализированные жесты для предотвращения негативных событий могут наблюдаться практически у любого человека. В этом случае они не должны рассматриваться как психопатологический феномен, отражая лишь культурально обусловленные стереотипы, выполняющие функции механизмов психологической разрядки.

С другой стороны, обсессии и компульсии могут выступать как отдельный симптом в структуре различных психопатологических расстройств, как коморбидная симптоматика, усложняющая течение основного расстройства, или даже как отдельная нозологическая структура. Клиническое значение навязчивостей в каждом случае может варьировать, от простой маркерной роли до сложного инвалидизирующего нарушения, приводящего к выраженным негативным социальным и экономическим последствиям, значительно ограничивающим повседневное функционирование и качество жизни пациента.

Эпидемиологические исследования в различных странах свидетельствуют о распростра-

ненности обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) от 1,3 до 3,3 % населения вне зависимости от культуры, пола, расы или социального статуса [1]. При этом его дебют в большинстве случаев приходится на детский и подростковый возраст, что усугубляет затруднения социальной адаптации.

В МКБ-10 ОКР относится к рубрике F 4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Обусловливается это несколькими соображениями – одним из основных признаков навязчивостей является их связь с эмоциональным стрессом (усугубление симптоматики, учащение клинических проявлений, появление дополнительных признаков); в прежней классификации психических болезней оно обозначалось как “невроз навязчивых состояний”, что подчеркивало психогенез и уровень заболевания. Несмотря на это, ОКР достаточно четко отличается от всех остальных расстройств рубрики по нескольким причинам. Во-первых, можно считать общепризнанным фактом наличие выраженной личностной предрасположенности в виде ананкастного радикала. Во-вторых, в структуре расстройства, помимо аффективного компонента, значительную роль играет фактор

когнитивной абберации, что указывает на родство навязчивостей с другими содержательными расстройствами мышления – бредовыми идеями и сверхценными образованиями. От последних навязчивости отличаются наличием критического отношения и, соответственно, желанием избавиться и невозможностью сделать это, прежде всего, на эмоциональном и поведенческом уровнях. Немаловажным фактором является наименее выраженная степень интернализации аффекта при obsessions, степень оторванности от реальности, в большей степени представленная при сверхценных и, в особенности, при бредовых идеях. В отличие от всех остальных расстройств рубрики, проследить психогенез навязчивостей достаточно трудно в подавляющем большинстве случаев. Все указанное обуславливает низкую эффективность различных методов психологической коррекции навязчивостей.

Дискутабельным остается вопрос о первичности или вторичности эффективного компонента в генезе навязчивостей. Одна из схем представляется следующим образом.

На начальном этапе регистрируется воздействие стрессогенных факторов. Необходимо отметить, что стрессорами могут выступать как экзогенные факторы, так и интрапсихические психологические проблемы или эндогенная психотическая продукция – галлюцинации или бред.

В качестве неспецифической личностной реакции формируется тревога различного уровня, которая у определенных предрасположенных лиц (с ананкастическим радикалом) подвергается прежде всего когнитивной переработке. При этом помимо личностных, ситуационных или социо-культуральных факторов, возможно, имеет значение определенная генетическая или нейробиологическая предрасположенность. При ОКР отмечается недостаточность серотонина в участках мозга, регулирующих примитивные реакции организма, связанные с сексом, агрессией и поддержанием чистоты тела – импульсов, часто являющихся предметом obsessions [2]. По-видимому, в этих процессах участвует сложная нейронная сеть, начинающаяся от лобной коры мозга. Здесь возникают импульсы, передаваемые частям базальных ганглиев хвостатых ядер (caudate nucleus). Наиболее сильные импульсы далее передаются в таламус, вследствие чего выражаются в фактических формах поведения. Таким образом, примитивные импульсы могут пробиться сквозь цензуру сознания и стимулировать реализацию стереотипных форм поведения при ОКР.

Направленное нейробиологическое обследование мозга людей, страдающих obsessivno-компульсивным расстройством, показывает, что у этих индивидов имеет место повышенная активность зон мозга, включающих примитивные сети, по сравнению с людьми, не страдающими данным заболеванием. Косвенным свидетельством этого являются данные о субъективном улучшении самочувствия пациентов при приеме препаратов, регулирующих серотониновый обмен.

Указанная совокупность факторов формирует навязчивости, объяснение которых наиболее удачно интерпретируется с точки зрения когнитивно-бихевиоральной и психодинамической психологии. Согласно первой концепции навязчивости чаще возникают у людей, склонных к ригидному моралистическому мышлению. Социально неодобряемые и необъяснимые с точки зрения бытового сознания навязчивые мысли они воспринимают как постыдные, что заставляет их испытывать более выраженную тревогу и чувство вины. Они считают, что человек должен контролировать и свой мыслительный процесс, не понимая, что у человека могут быть временами негативные размышления. Неконтролируемость obsessions воспринимается ими как свидетельство психического расстройства, мысли приравниваются как к фактической их реализации (“Если я думаю о том, что могу ударить своего ребенка, я виноват не меньше, чем, если бы я его действительно ударил”). Компульсии рассматриваются как поведенческий механизм разрядки, снижающий уровень тревоги. Их эффективность определяется каждым индивидуально методом проб и ошибок. В пользу этой концепции свидетельствует тот факт, что методы когнитивно-поведенческой коррекции на сегодняшний день являются наиболее эффективными.

Согласно психодинамической конструкции, obsessions это социально неодобряемые импульсы (враждебность, агрессия, сексуальные побуждения), вытесненные в подсознание и прорывающиеся в виде навязчивостей. Компульсивные ритуалы выполняют функцию препятствия от проникновения угрожающих импульсов в сознательную часть психики: человек, который постоянно занят, имеет меньше времени для недозволенных мыслей или недозволенных действий. Считается, что выведение на уровень осознания вытесненного материала позволит снизить уровень тревоги. Но практика показывает, что эффективность психодинамических методов терапии невысока.

Наличие критического отношения к навязчивостям, понимание их отвлеченного характера

и невозможность избавиться приводят к вторичным эмоциональным расстройствам – тревоге, депрессии, поскольку подобная неконтролируемость в результате когнитивной переработки воспринимается как признак глубокой психической патологии с последующим негативным эффектом стигматизации.

Предлагаемая схема описывает психогенез навязчивостей, рассматриваемых в качестве психопатологического феномена. Следует отметить, что понятие “навязчивости” следует рассматривать дифференцированно. Достаточно распространенные ритуализированные, религиозно или культурально обусловленные действия (перекреститься, постучать по дереву, сплюнуть через левое плечо и т.п.) могут рассматриваться как навязчивые действия в ситуации эмоционального напряжения. Они достаточно распространены в быту и не связаны с конкретными особенностями личности, а носят скорее ситуационно обусловленный характер. Подобного рода навязчивости могут иметь лишь диагностическую значимость как свидетельство стрессового состояния и в значительной степени не ограничивают повседневное функционирование индивида. Это, а также факт широкой повседневной распространенности, позволяет рассматривать бытовые навязчивости вне нозологического ананкастного денотата.

Структура obsessions как психопатологических образований может рассматриваться с психиатрической (феноменологической) и психологической (психогенетической) точек зрения.

В первом случае интерес представляет классификация, предложенная А.К. Гомозовой [3], которая на основании факторизации переменных выделяет:

Навязчивости незавершенности действия, включающие компульсии симметрии и порядка и ритуалы повторения, которые интерпретировались как переживание ключевого признака obsessions – “тягостное” ощущение незавершенности действия или физиологической функции, что, собственно, и обуславливает ритуал повторения.

Навязчивости безопасности, проявляющиеся компульсиями перепроверки, obsessions защиты, часто с ипохондрическими или дисморфофобическими переживаниями.

Мысли контрастного содержания и сексуальные obsessions, включавшие в себя неприемлемые с моральной точки зрения идеи представления или образы, против воли, всплывавшие в сознании больных с последующим страхом их реализации и чувства вины – *навязчивости запретных побуждений*.

Компульсивное собирательство и накопление, интерпретацией которых было чувство обладания, с которым ассоциировались безопасность, стремление к стабильности и целостности собственного “Я” – *навязчивости обладания*.

Навязчивости, связанные с тиками – двигательные компульсии, связанные с тиками, которые можно интерпретировать как проявления безотчетной тревоги, стеснения, неловкости, неспособности “гладко” выполнить некоторые действия.

При всех перечисленных вариантах отмечалась та или иная степень выраженности ананкастных личностных характеристик – сдержанный самоограничительный стиль поведения, пунктуальность, детализация, педантичность, фиксация на мелочах, деталях и порядке, неуверенность, склонность к сомнениям, нерешительность, тревожность, ориентация на завышенные стандарты, повышенная потребность психологического контроля. Навязчивости воспринимались ими как эго-синтонные, т.е. как индивидуальные личностные характеристики.

Важно то, что на подобной категоризации навязчивостей основана дифференциация терапии [4].

При навязчивостях первой группы как медикаментозная, так и психотерапия встречает наибольшие трудности.

Навязчивости безопасности требуют комбинированного применения антидепрессантов, анксиолитиков и психотерапевтического ослабления когнитивного контроля.

В качестве дополнительной терапии навязчивостей запретных побуждений адекватно использование нейрелептиков, компенсация имеющегося когнитивного дефицита и недостатка коммуникативных навыков.

В терапии навязчивостей обладания основную роль играет противотревожная терапия и компенсация психологической незрелости.

При пятом типе навязчивостей особую роль приобретает компенсация органической мозговой дисфункции. Возможно это единственный вариант, при котором патический радикал не столь выражен.

Тем не менее, эффективная терапия obsessions остается актуальной проблемой. Известным фактом является терапевтическая резистентность obsessивно-компульсивной симптоматики. Наиболее распространенные схемы включают использование ТЦА (амитриптилин, кломипрамин, коаксил). При этом эти препараты рассматриваются не как эффективные, а скорее

как дающие хоть какой-то эффект. Имеются данные на этапе доказательства эффективности об уместности использования в качестве основного препарата СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, сертралин), СИОЗСН (венлафаксин) и вальпроатов (депакин, конвулекс). Из перечисленного к настоящему времени в США только использование кломипрамина (150–250 мг в сутки) и СИОЗС (флуоксетин 60–80 до 120 мг в сутки) доказательно продемонстрировало эффективность в рандомизированных клинических испытаниях в 50 % случаев [5].

С психологической точки зрения навязчивости можно дифференцировать в зависимости от локализации источника угрозы (средовая или интрапсихическая). В этом случае клинические проявления навязчивостей, вероятно, имеют различную природу.

Такие варианты, как фобии, навязчивые воспоминания и сомнения, навязчивости нейтрального содержания (навязчивый счет, навязчивое воспоминание имен, терминов или формулировок) можно интерпретировать как проявления экстернализации аффекта. В их основе лежат расстройства эмоциональной природы и угроза с точки зрения бытового сознания в определенной степени может быть обоснованной (страх пожара, страх ИМ или онкозаболевания, навязчивые воспоминания стрессовой ситуации).

Преимущественно когнитивная основа может предполагаться при других клинических вариантах obsessions:

- навязчивые желания (обычно они неприемлемы по микросоциальным или индивидуальным нормативам – кощунственные или греховные мысли, страх нанести физический ущерб близким, столкнуть кого-то под проходящий поезд). Основная проблема – страх не справиться с ними и совершить социально порицаемое действие.;

- иррациональные опасения (что-то случится, если не сделать какое-то индифферентное действие – переставить предметы на столе, повернуть стаканы ручками в одну сторону и т.д.);

- навязчивые действия – движения, совершаемые против желания больного, несмотря на усилия сдерживать их. Человеку приходится постоянно контролировать себя, чтобы не совершить их. Это приводит к постоянному напряжению.

В основе подобных навязчивостей лежит когнитивная абберация (“человек всегда и во всем должен контролировать себя”) и недоверие к себе (“я не могу справиться с навязчивостями”). Отсутствие рационального объяснения

сути навязчивостей самим пациентом, субъективное ощущение бессилия, непроизвольность возникновения приближает их к бредовой настроенности (отсюда отсутствие эффекта попыток рационального переубеждения). Однако в отличие от бреда есть достаточно выраженное критическое отношение.

Практическое значение подобной дифференциации связано с возможными различными терапевтическими подходами. Если природа навязчивостей преимущественно аффективная – назначаются антидепрессанты, регулирующие серотониновый обмен (ТЦА, СИОЗС, СИОЗСН, нормотимики). Если в основе навязчивостей лежит бредоподобная интерпретация, основанная на когнитивной абберации, более эффективными представляются типичные и атипичные антипсихотики. Хотя возможно необходимо сочетание антидепрессантов с нейрореплетиками. Роль психотерапии (преимущественно когнитивно-бихевиоральной) возрастает при навязчивостях второго типа. Основными мишенями становятся: работа с социальными запретами, нарушениями процессов осознания и реализации побуждений, несбалансированная самооценка, нарушения самоидентификации, сбалансированная оценка реальности, способности описательной и предметной категоризации, ослабление когнитивного контроля. Антидепрессанты группы СИОЗС в этом случае используются в основном в качестве фоновой нормотимической терапии, формирующей условия для последующей психотерапии.

Однако и эти терапевтические рекомендации носят предположительный характер в силу малого количества клинических наблюдений (всего 18 случаев навязчивостей первого типа). Из них лишь у 12 пациентов отмечался устойчивый эффект в течение года на фоне поддерживающей терапии рексетином. Отмечались также четыре случая навязчивостей второго типа – 3 пациента с положительным эффектом в полгода с периодическим профилактическим курсом СИОЗС (три месяца в терапевтической и три – в поддерживающей дозировке).

Основная проблема недостаточной эффективности вмешательства связана с наличием личностного патического радикала, что приближает навязчивости к специфическим расстройствам личности. Наличие критического отношения к obsessions лишь усугубляет их неконтролируемость и формирует лиссофобию. Тем более важен дифференцированный терапевтический подход к структуре навязчивостей.

Литература

1. *Арана Д., Розенбаум Д.* Фармакотерапия психических расстройств. М.: Бином, 2006. 416 с.
2. *Бобров А.Е., Гомозова А.К.* Комплексное клинико-статистическое и психологическое изучение обсессивно-компульсивных синдромов // Соц. клин. психиатрия. 2010. № 4. С. 14–20
3. *Гомозова А.К.* Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое обследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 29 с.
4. *Rasmussen, S.A.* Genetic Studies of Obsessive Compulsive Disorder // Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder / Под ред. E. Hollander; J. Zohar; D. Marazziti & B. Oliver—Chichester: John Wiley & Sons, 1994. С. 105–114.
5. *Abramowitz, Jonathan; et al, Steven; McKay, Dean.* Obsessive-compulsive disorder // The Lancet. 6 August 2009. Т. 374. № 9688. С. 491–499.