А.М. Бурно *ФПК МР РУДН*

Дифференцированная когнитивная терапия обсессивно-компульсивного расстройства

DIFFERENTIAL COGNITIVE THERAPY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER A.M. Burno

Faculty for Postgraduate Training for Medical Workers, Russian University of People's Friendship, Moscow

Obsessive-compulsive disorder is considered to be a group of similar in appearance, but psychopathologically heterogeneous symptoms.

A differential, depending on the psychopathological features of symptoms, cognitive approach, to treating this type of psychic pathology is described.

Key words: obsessive-compulsive disorder, cognitive models, differential approach.

Anton Markovich Burno: drburnoml@mail.ru

Рубрика «Обсессивно-компульсивное расстройство» Международной классификации болезней (МКБ-10) охватывает группу внешне похожих, но психопатологически достаточно разнородных симптомов. Поэтому в целях дифференцированной когнитивной терапии представляется целесообразным говорить не об обсессивно-компульсивном расстройстве, а об обсессивно-компульсивных расстройствах. Для нужд дифференцированной когнитивной терапии нами была сформирована следующая клинико-психотерапевтическая классификация обсессивно-компульсивных расстройств, где каждый вариант предполагает свои особенности симптоматической помощи.

- Навязчивые действия и мыслительные операции.
- Навязчивые образы.
- Патологические сомнения.
- Диссоциативные сомнения.

Навязчивые действия и мыслительные операции

В эту группу мы отнесли навязчивые действия или мыслительные операции, произвольно совершаемые больным для редукции эмоционального напряжения (тревоги).

Это эмоциональное напряжение может возникать спонтанно, а может провоцироваться определенными ситуациями; оно может быть аморфным (не связанным с какими-либо идеями), а может сочетаться с различными опасениями абстрактного (например, «случится что-то плохое, ужасное») или конкретного (например, «дочка не поступит в институт») содержания. В последних двух случаях навязчивое действие или мыслительная операция совершаются по типу ритуала, имеют значение заклинания, защиты, служат для символического предупреждения мнимой опасности. Сам больной понимает такую защиту как абсурдную, нелепую, нелогичную, не вытекающую из его мировоззрения и мироощущения, и пытается бороться с навязчивостью, но старания каким-либо образом справиться с ней остаются безуспешными; пока больной не совершит навязчивого действия, эмоциональный дискомфорт не уменьшается или даже усиливается.

Так, пациент вынужден содержать свои руки в абсолютной чистоте, при малейшем загрязнении чувствует «тяжелейшую тревогу», в связи с чем моет руки до 30 раз в день.

Другой больной, прежде чем взять книгу с полки, «для того, чтобы все было хорошо», должен особым образом 3 раза потереть ее корешок, если же он попробует воздержаться от этого действия, то не сможет читать: возникает тягостное чувство душевного напряжения (тогда приходится ставить книгу обратно на полку и производить навязчивую операцию). Тот же пациент после прочтения каждого абзаца должен мысленно произнести про себя фразу, содержащую общий смысл прочитанного, иначе возникает чувство «неотвратимо надвигающейся катастрофы». Или больной с «бесплодным мудрствованием» принужден часами искать ответы на вопросы типа: «Что значит бесконечность Вселенной?», «Как понять парадокс Эйнштейна?» и пр. Если он пытается отвлекаться, не думать об этих проблемах, появляются сильное чувство тревоги, эмоциональное напряжение, мысли о том, что случится «что-то страшно-зловещее», так как ответ останется ненайденным.

Пациенту предлагается когнитивная модель расстройства, изображенная на рис. 1.

Навязчивые действия являются способом совладания с тревогой (эндогенной, невротической, характерологической, но в любом случае первичной по отношению к компульсиям), причем способом достаточно эффективным. Не имея специальных знаний, пациент не может противостоять дискомфорту каким-либо другим способом — самостоятельные попытки борьбы с навязчивостями усилием воли ни к чему не приводят или даже обостряют симптомы. Основная ошибка этих пациентов как раз и заключается в представлении о том, что уменьшение испытываемого ими эмоционального дискомфорта и выполнение навязчивого действия являются необходимо связанными. Другими словами, они убеждены в том, что не существует другого способа справиться с дискомфортом, кроме выполнения навязчивого действия.

Когнитивное вмешательство направлено на исправление этой ошибки путем предоставления пациенту другого, более адаптивного способа совладания с тревогой. Эту задачу успешно решает широко применяющийся в когнитивноповеденческой терапии обсессивно-компульсивных расстройств метод экспозиции [1]. С точки зрения дифференцированной когнитивной терапии метод наглядным обра-



Рис. 1. Когнитивная модель навязчивых действий и мыслительных операций

зом (путем тренировок) дает возможность убедиться, что испытываемая пациентом тревога проходит и сама по себе, без выполнения навязчивого действия, если натренироваться ее «перетерпливать» по специальной методике. Тогда становится возможным как бы менять исполнение навязчивых действий на «переживание» тревоги-дискомфорта. Такой «обмен» оказывается весьма выгодным для пациентов, так как «переживание» занимает меньше времени, требует меньше энергии и освобождает больного от социальных и психологически негативных последствий, сопутствующих исполнению навязчивых действий. Пациенту предлагается дождаться появления навязчивости (или поставить себя в ситуацию, провоцирующую ее возникновение), «погрузиться» в возникающий дискомфорт и, не совершая компульсии, пассивно ждать, когда тревога пройдет сама по себе. Такая экспозиция подразумевает 3 условия. Во-первых, тренировка должна заканчиваться только тогда, когда дискомфорт исчезает или уровень его существенно снижается (на это уходит от нескольких минут до 1,5 ч). Только в этом случае происходит когнитивная перестройка и обретение пациентом уверенности в том, что тревогу можно преодолеть без совершения навязчивого действия. Во-вторых, во время тренировки нельзя отвлекаться и тем самым избегать дискомфорта. Отвлечение-избегание либо затягивает тренировку, либо делает ее неэффективной. В-третьих, пациент не должен бороться с тревогой усилием воли или успокаивающими самовнушениями, напротив, должен терпеть дискомфорт пассивно, без сопротивления. Важно правильно и доступно раскрыть пациенту сущность этого «пассивного терпения». В этом смысле хорошо работает следующая аналогия. Представьте, что за вами с лаем гонится злая собака. Что лучше предпринять в такой ситуации? Первое: можно попытаться убежать, но, скорее всего, это не поможет — собака бегает быстрее человека. Второе: можно вступить в борьбу с ней, но собака может оказаться сильнее, кроме того, у нее острые зубы. А вот 3-й вариант самый разумный: не двигаться, спокойно, не выражая своих чувств (страха или агрессивности), смотреть на собаку. В этом случае, скорее всего, она подойдет, обнюхает вас и, успокоившись, отойдет. Когда вы пытаетесь отвлечься от навязчивости, она, как эта собака, все равно вас догоняет. Когда вы пытаетесь с навязчивостью бороться, вы тоже проигрываете и оказывае-

тесь "искусанным". А то, что вам нужно, — это научиться пассивно "перетерпливать" дискомфорт.

Во время экспозиции также запрещается произвольная релаксация или прием транквилизаторов.

Характерные для больного навязчивые действия (или ситуации, в которых они возникают) ранжируются по степени вызываемого дискомфорта. Таким образом, возникает иерархия заданий для тренировок, включающая обычно 5—10 пунктов. Например, при навязчивом мытье рук:

не мыть руки после чтения книги — 15%, не мыть руки после касания ладонями мебели — 25%, не мыть руки после касания ладонями пола — 50%, не мыть руки после переодевания — 70%, не мыть руки после прогулки по улице — 100%.

Первое задание в иерархии должно вызывать степень тревоги, которую пациент оценивает как «отчетливую, но терпимую».

Больной приступает к тренировкам, начиная с первого по иерархии задания. На отработку одного пункта может уходить несколько тренировок, поскольку только после того как сила и длительность дискомфорта, связанного с невыполнением навязчивого действия (или мыслительной операции) в отрабатываемой ситуации существенно снижается, пациент переходит к следующему пункту.

Тренировки обычно проводятся 1 раз в день, по возможности в заранее определенное время.

На терапевтических сессиях (1 раз в несколько дней) разбирается выполнение домашних заданий (тренировок), обсуждаются причины неудач, корректируются тактика пациента, его поведение во время тренировок, определяются последующие домашние задания.

В тех случаях, когда метод эффективен, существенно снижается частота появления и интенсивность навязчивости, пациенты обретают чувство контроля над своими симптомами, реже — полностью избавляются от навязчивых действий.

Навязчивые образы

К этой группе относятся контрастные навязчивые образы, а также навязчивые представления нелепого содержания. Появление навязчивых образов в сознании больного сопровождается интенсивным отрицательным чувственным тоном (чувством страха или вины).

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ



Рис. 2. Когнитивная модель навязчивых образов

Контрастные навязчивые образы — «навязчивые гомицидные влечения», «навязчивое чувство антипатии», «хульные мысли» — непроизвольно вспыхивающие образы, содержание которых резко контрастирует с истинными чувствами и стремлениями больного. Так, у матери возникает навязчивый «импульс» ударить ножом собственного ребенка; подросток начинает испытывать «чувство отвращения» по отношению к горячо любимой матери; у верующей пациентки во время молитвы навязчиво возникают в сознании непристойные образы с участием святых. В случаях «навязчивых влечений» речь идет не о влечениях или импульсах в точном смысле слова, хотя сами больные часто употребляют эти определения, а о представлении, навязчивом воображении такого влечения или импульса, вызывающем резкое чувство страха или вины. Также и при «навязчивом чувстве антипатии» возникает не собственно чувство, а полное страха или вины навязчивое воображение такого чувства.

Чувство страха у больных с контрастными навязчивыми образами связано с боязнью реализации преследующего их «импульса», а чувства вины — с ощущением собственного «морального падения, уродства» [2] («раз такое в голову приходит»).

У больных с навязчивыми представлениями нелепого или бессмысленного содержания чувство страха вызвано тем, что они принимают свои симптомы за признаки надвигающегося или уже начавшегося сумасшествия. Например, у одного из наших пациентов время от времени возникала в сознании мысль: «я — курица», сопровождаемая «образом себя в виде курицы»; больной настолько боялся «развития шизофрении», что просил немедленной госпитализации в психиатрическую больницу.

Когнитивную модель навязчивых образов можно изобразить в виде схемы (рис. 2).

Как понятно из вышеописанного, когнитивная ошибка пациентов с навязчивыми образами состоит в интерпретации имеющихся симптомов в качестве показателя «морального уродства» или признаков надвигающегося сумасшествия и «потери контроля». Устранить эту ошибку можно посредством последовательного, детального объяснения 4 положений.

- 1. Агрессивные и «хульные» мысли и «импульсы» возникают именно по контрасту с истинными намерениями, желаниями или чувствами пациента. Представления нелепого содержания рождаются по контрасту со стремлением обладать полным контролем над своей психической деятельностью, поскольку такой контроль является для больных свидетельством их психического здоровья.
- 2. Нет ничего удивительного в том, что аффективные расстройства, являющиеся первичными, конкретизируются именно в контрастных представлениях, так как последние служат удобной «губкой», впитывающей в себя тревогу.

- 3. Контрастные агрессивные «импульсы-желания» это не импульсы в узком смысле слова, а всего лишь полное страха воображение таковых; они, соответственно, никогда не реализуются и являются частым симптомом. Навязчивые представления нелепого содержания не имеют никакого отношения к сумасшествию: человек, заболевающий психозом, не может быть критичным к своим действиям или мыслям.
- 4. Навязчивые образы держатся только на страхе перед ними, но исходя из предыдущих 3 положений можно относиться к ним как к симптому типа зубной боли крайне неприятному, но абсолютно безопасному и не имеющему отношения к ответственности и «свободной воле» пациента.

Разъяснения подобного рода «вырезают» 3-е звено (см. рис. 2) в когнитивной модели, ибо способствуют появлению спокойного, безразличного отношения к навязчивым образам, позволяющего не обращать на них внимания и тем самым не давать им как-либо влиять на жизнедеятельность и социальное функционирование больного.

Терапия навязчивых образов обычно занимает от 1 до 6 сессий (в зависимости от образовательного и интеллектуального уровня пациента). Многим таким пациентам удается оказать симптоматическую помощь без присоединения психофармакотерапии.

Патологические сомнения

Патология таких сомнений — в том, что они «не адекватны степени вероятности беды» [3], т. е. пациенты, продолжая тревожно опасаться и сомневаться, понимают, что сильно преувеличивают возможность несчастья в том смысле, что большинство людей не обратили бы на эту возможность внимания. Так, пациент, обнаружив на теле прыщик, начинает беспокоиться, «не рак ли это», и, понимая малую вероятность своих предположений, все же бежит к врачу, потому что иначе не сможет избавиться от тревоги, которая мешает полноценно работать, общаться с близкими и т. д. Или человек долго, в течение нескольких дней переживает, сомневается, не обидел ли он одного из гостей на вчерашней вечеринке своим неловким поведением, хотя понимает, что, скорее всего, нет, гость ушел довольный и вроде бы прощались тепло. И, в конце концов, звонит этому гостю, чтобы в разговоре с ним разубедиться, успокоиться.

Патологические сомнения, не являясь навязчивыми состояниями в точном (классическом) смысле слова, т. е., не подпадая целиком под определение К. Вестфаля [4], тем не менее, совпадают с определением обсессивно-компульсивных расстройств в МКБ-10, где критерий «чуждости» или «бессмысленности или бесплодности» обсессивных идей носит более размытый характер. При патологических сомнениях вероятность беды, как бы она ни была мала, все же существует (по крайней мере для пациента), все же логически возможна. Страдающий болезненными сомнениями

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ



Рис. 3. Когнитивная модель патологических сомнений

никогда не скажет, что его переживания — это «полная бессмыслица» или «дурь», «сумасшествие», как говорят больные с навязчивыми сомнениями или может сказать больной с диссоциативными сомнениями. Но, тем не менее, он скорее всего согласится с тем, что большинство людей даже не обратили бы внимания на ту почти призрачную опасность, которая ему не дает покоя. Существо переживаний больного с патологическими сомнениями хорошо выразил один из пациентов: «Да, я понимаю, что из тысячи больных с похожими прыщиками только один окажется раковым пациентом. Но если им окажусь я, какое мне дело будет до статистики? Низкая вероятность, к сожалению, не исключает возможности». Однако все же важно, что описываемые переживания возникают отнюдь не на любую тему. Содержанием стойких болезненных сомнений клинического уровня крайне редко становятся, например, опасения попасть в транспортную аварию, эпицентр землетрясения, стать жертвой теракта или бандитского нападения. Для возникновения стойких интенсивных болезненных сомнений необходимо, чтобы пациент допускал, что вероятность реализации актуального тревожного опасения (пускай сама по себе ничтожная) все же выше вероятности случайной катастрофы. Тема патологических сомнений должна быть не просто тревожной, она должна оставаться неясной для пациента, он должен плохо разбираться в ней, испытывать недостаток информации. Поэтому содержанием патологических сомнений чаще всего являются ипохондрические, а также морально-этические и социофобические переживания.

Как правило, патологические сомнения развиваются у личностей психастенического склада. Тревожность, склонность к сомнениям и низкая способность к «выключению» неприятных ассоциаций являются их конституциональнохарактерологическими чертами [3, 5]. Когнитивная модель патологических сомнений изображена на рис. 3.

При данных расстройствах логичнее говорить не о когнитивной *ошибке*, а о тревожном *предположении*. Единственным способом эффективного симптоматического психотерапевтического воздействия на такое предположение является квалифицированное, подробное разъяснение, посредством которого вероятность реализации тревожного опасения приравнивается к вероятности случайной катастрофы. Когда это возможно, патологические сомнения проходят сразу же после приведения убедительных доказательств.

К сожалению, найти достаточно весомые для пациента с болезненными ипохондрическими сомнениями аргу-

менты не всегда в силах психотерапевта (например, при сложных онкологических подозрениях). Однако в большинстве случаев это вполне реально. Другое дело, что сам процесс разъяснений нередко длителен, часто требует скрупулезного, детального анализа представлений пациента о предмете своих страхов-сомнений и даже обучения больного, например, основам психологии, психиатрии и соматической медицины или назначения различных диагностических процедур (при различных нозофобиях).

Какие-либо другие когнитивные техники (например, «шкалирование», «антикатастрофицирующая» практика) в случаях патологических сомнений, как показал наш опыт, не работают.

Диссоциативные сомнения («навязчивая убежденность»)

В эту группу мы отнесли обсессивно-компульсивные расстройства, характеризующиеся одновременным наличием в сознании больного двух противоположных, взаимоисключающих комплексов представлений: рядом в одно и то же время сосуществуют интенсивное тревожное опасение и твердое понимание абсурдности этого опасения. По выражению К. Ясперса [6], при этих расстройствах «личность верит в определенное содержание (которое в большинстве случаев является осмысленным), одновременно зная, что данное содержание ложно. Возникает борьба между убежденностью в чем-то и знанием того, что истинно как раз противоположное».

В отличие от патологического или обычного сомнения при навязчивой убежденности отсутствует чувство неуверенности, «переживаемое как психологически целостное знание о ситуации» (К. Ясперс).

Здесь противоположные душевные движения сосуществуют без борьбы между собой или, во всяком случае, эта борьба недостаточна, не настолько интенсивна, чтобы выбрать одно из двух взаимоисключающих решений, хотя все необходимые логические предпосылки для такого выбора имеются. Например, пациент, уронив на пол ручку, «сомневается, не испачкалась ли она паркетным лаком, хотя одновременно понимает, что ремонт был 3 года назад и лак давно высох». Или вдруг возникает переживание, что он на самом деле не приходится отцом своему ребенку, хотя в то же время пациент полностью доверяет жене и знает, что внешне сын на него очень похож. При этих расстройствах больной уверен, что содержание его тревоги абсурдно и бессмысленно, и в то же самое время допускает обратное, считая, что тревога имеет смысл. Эти расстройства являются симптомом, патогномоничным для шизотипического расстройства и шизофрении (в широком, «блейлеровском» смысле), не-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ



Рис. 4. Когнитивная модель «навязчивой убежденности»

посредственным проявлением процессуальной амбивалентности, схизиса [5]. Взаимоисключающие мнения существуют здесь как бы в разных планах, почти не «соприкасаясь». Больной в этих случаях не может прийти к однозначному мнению по тревожащему его вопросу не потому, что ему не хватает убедительной информации, как при патологических сомнениях, а потому, что не может обобщить имеющуюся у него информацию, как можно полагать ввиду первичной эндогенно-процессуальной слабости обобщения.

Но в отличие от обычных эндогенно-процессуальных расстройств мышления в данном случае одновременное сосуществование взаимоисключающих тенденций связано с сильным тревожным аффектом, и, будучи некритичным к самой амбивалентности, больной, тем не менее, воспринимает свое тревожное опасение как нездоровое, патологичное (рис. 4).

По нашему опыту, наиболее эффективным методом в работе с указанной симптоматикой может служить техника «5 колонок».

При возникновении симптомов пациенту предлагается заполнять таблицу из 5 колонок. В первой колонке больной оценивает интенсивность возникающего у него вместе с симптомом чувства тревоги в процентах от 0 до 100, где 0% полное спокойствие, а 100% — самая сильная тревога, какую только можно себе представить. Во второй он должен сформулировать пугающую его мысль (опасение) и оценить степень своей веры в нее — так же в процентах, где 100% означают абсолютную уверенность, что так оно и есть, а 0% абсолютную убежденность в том, что это невозможно. В 3-й колонке приводится логический аргументы) против «пугающей мысли» и его выраженная в процентах убедительность (для самого себя и в данный момент); 4-я колонка — оценка веры в «пугающую мысль», но уже после того, как приведен и оценен логический аргумент; 5-я колонка — оценка интенсивности связанной с симптомом тревоги после всей предыдущей операции.

Больной учится пользоваться данной методикой сначала письменно, вместе с врачом на терапевтических сессиях, потом самостоятельно (с обсуждением, проверкой и работой над ошибками во время встреч с врачом). Научив-

шись справляться с симптомами письменно, больной, наконец, переходит к заполнению таблицы в воображении.

С точки зрения дифференцированной когнитивной терапии механизмы действия метода 5 колонок состоят в данном случае в том, что «когнитивная таблица» помогает не только четко разделить, но и противопоставить амбивалентные душевные движения, а затем, наглядно оценив с помощью дискретных единиц свою веру в эти разнонаправленные, взаимоисключающие суждения, отнестись к ним более целостно — внутренне «собраться», сделать логический вывод, совершить обобщающий выбор, несмотря на тревогу и первичную «слабость обобщения».

Более высокая эффективность дифференцированной когнитивной терапии отмечается у больных с патологическими сомнениями и навязчивыми образами (подавляющее большинство пациентов достигает высокой или значительной степеней улучшения); более низкая — у больных с навязчивыми действиями и мыслительными операциями и с диссоциативными сомнениями (больные с диссоциативными сомнениями не достигают высокой степени улучшения). Как позволяют предполагать клинические данные, к факторам, негативно влияющим на эффективность, относятся шизотипическое расстройство как таковое, а также большое количество времени (более 8 ч в день), которое затрачивается на собственно обсессивно-компульсивные расстройства у больных с шизотипическими симптомами. Таких пациентов следует ориентировать на то, что смысл когнитивного вмешательства состоит в обретении эффективного способа совладания с симптомами или просто в поддерживающей психотерапии. Как правило, эти пациенты нуждаются в комплексном лечении, включающем фармакотерапию. Нередко применение симптоматической психотерапии становится возможным только через несколько недель терапии антидепрессантами.

Пограничные (по определению в отечественной литературе) пациенты, напротив, чаще всего резистентны к лекарственному лечению. Когнитивная терапия проводится здесь без сопутствующего лекарственного лечения и, как правило, приводит к выраженным терапевтическим результатам вплоть до полной элиминации симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Greist J.H. Behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1994;55:(Suppl.):60—8.
- 2. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. М., 1952.
- 3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. М., 2000.
- 4. Westphal C. Uber Zwangsvorstellungen. Berl klin Woshenschrift 1877;46—7.
- 5. Блейлер Э. Аффективность,
- внушаемость, паранойя. М., 1927.
- 6. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.