

Содержание

Об авторе	17
Предисловие	19
ЧАСТЬ I. ПРИРОДА ОКР	25
ГЛАВА 1. Диагностика, феноменология и коморбидность	27
Диагноз ОКР	30
Диагноз ОКР по DSM-5	31
Эпидемиология и демография	33
Распространенность	33
Пол, возраст и начало заболевания	34
Этническая принадлежность, семейное положение и вовлеченность семьи	36
Качество жизни и суицидальность	38
Течение и результаты	39
Обращение за терапией	39
Естественное течение и результат	40
Коморбидность	41
Депрессия	42
Тревожные расстройства	44
Расстройства обсессивно-компульсивного спектра	46
Тиковые расстройства	48
Психоз	49
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	49
ОКР и расстройства личности	51

Подтипы симптомов	53
Ранние исследования	54
Многомерный анализ симптомов	55
Альтернативное разделение на подтипы	58
Резюме	60
ГЛАВА 2. Обсессии, интрузии и их корреляты	63
Содержание obsессий	64
Множественность	64
Нестабильность во времени	64
Влияние культуры	66
Obsессии, связанные с травмой	67
Навязчивые образы	68
Основные черты obsессий	69
Интрузивность	69
Неприемлемость	70
Резистентность	71
Ощущаемая неконтролируемость	71
Obsессии и нежелательные интрузивные мысли	72
Инсайт, переоцененные идеи и бред	75
Континуум инсайта	75
Переоцененные идеи	76
Бредовые идеи	78
Разграничение беспокойства, руминации и obsессий	79
Беспокойство	80
Руминация	83
Резюме	86
ГЛАВА 3. Компульсии, нейтрализация и контроль	89
Поведенческие компульсии	90
Определяющие характеристики	91
Ментальные компульсии	93
Чрезмерное стремление к заверениям	95
Избегание	97
Нейтрализация	98
Определение нейтрализации	98
Детерминанты нейтрализации	100
Снижение тревоги/дистресса	100
Стремление к безопасности	101

Воспринимаемая ответственность	102
“Ощущение неправильности”	103
Нетерпимость к неопределенности	105
Толерантность к дистрессу	106
Клиническое применение	108
Стоп-правила	108
Роль ментального контроля	110
Теоретические соображения	110
Эмпирические исследования	112
Резюме	113
ЧАСТЬ II. ТЕОРИЯ, ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРАКТИКА	119
ГЛАВА 4. Экспозиция и предотвращение реакции	121
Теория и практика	121
Поведенческая перспектива ОКР	122
Гипотеза снижения тревожности	122
Эмоциональная обработка	125
Теория ингибиторного обучения	127
Экспозиция и профилактика реагирования при ОКР	131
Истоки и обзор	131
Истоки	131
Экспозиция	131
Предотвращение реакции	133
Практические рекомендации по (стандартной) ЭПР	133
Готовность к терапии	134
Цели и ожидания клиента	134
Прошлый опыт и знания об ЭПР	135
Ошибочные убеждения в отношении ЭПР	136
Анализ затрат и выгод	137
Практические препятствия на пути к обязательствам	139
Договор о сотрудничестве	139
Предварительная оценка терапии	140
Психообразование	141
Иерархия экспозиции	143
Сеансы ЭПР и домашние задания	143
Профилактика рецидивов	146
Усиление ЭПР с помощью ингибиторного обучения	148
Нарушение ожиданий	148

Изменчивость и неожиданность	149
Преувеличенная экспозиция	149
Полное прекращение нейтрализации (стремление к безопасности)	150
Повышение тревожности/устойчивости к дистрессу	150
Резюме	151
ГЛАВА 5. Когнитивно-поведенческая модель	161
Теория и исследования	161
Исторические корни когнитивного подхода к ОКР	162
Основопологающие модели КПТ	164
Салковскис: преувеличенная ответственность	164
Клинические последствия	166
Рахман: неправильная интерпретация личностной значимости	166
Клинические последствия	168
ОССWG: уязвимость схем	169
Клинические последствия	170
Кларк и Пурдон: ментальный контроль	170
Клинические последствия	172
Общая модель КПТ	172
Эмпирический статус	174
Универсальность нежелательных интрузий	175
Ошибочные оценки и убеждения	178
Повышена ли частота ошибочных оценок и убеждений при ОКР?	178
Имеют ли ошибочные оценки и убеждения специфическую связь с обсессивно-компульсивными симптомами?	180
Каков причинный статус ошибочных оценок и убеждений?	181
Чрезмерный ментальный контроль и его оценка	184
Характеризует ли чрезмерный ментальный контроль уязвимость к ОКР?	184
Является ли дезадаптивный контроль мыслей более очевидным при ОКР?	187
Являются ли ошибочные оценки неудачного контроля мыслей более значимыми при ОКР?	188

Компульсивные ритуалы	189
Стоп-критерии	191
Резюме	192
ЧАСТЬ III. ОСНОВЫ КПТ ДЛЯ ОКР	195
ГЛАВА 6. Терапевтические отношения	197
Общие факторы	199
Терапевтические отношения: концепции и исследования	200
Рабочий альянс	202
Факторы, специфичные для КПТ	206
Сотрудничество	206
Дидактический, конфронтационный стиль	208
Стиль сотрудничества, неконфронтационный стиль	209
Эмпиризм	210
Сократовские вопросы	211
Угрозы ОКР для терапевтических отношений	214
Амбивалентность	214
Чрезмерное стремление к заверениям	216
Ригидность и консерватизм	218
Потребность в контроле	219
Соккрытие	219
Дефицит межличностных отношений и эмоциональная отстраненность	220
Сомнения и нерешительность	221
Моральная негибкость и религиозность	222
Недостаточная уверенность в памяти	223
Эгодистоничность	224
Резюме	225
ГЛАВА 7. Оценка и формулирование случая	227
Особые проблемы оценки при ОКР	228
Проблемы, связанные с расстройствами	229
Общие симптомы	229
Гетерогенность симптомов	230
Соккрытие	230
Высокая коморбидность	230
Временная нестабильность	230
Множественность	231

Проблемы со стилем реагирования	231
Высокая тревожность при проведении оценки	231
Повышенная точность и правильность	232
Патологическое сомнение и нерешительность	232
Крайняя медлительность	233
Ритуализация	233
Отсутствие понимания	233
Ошибочные оценки и убеждения	234
Несоблюдение и избегание	234
Терапевтические стратегии для оценки несоблюдения	234
Валидация	235
Психообразование	235
Викарное заверение и ответственность	236
Целенаправленная оценка	237
Дополнительное время	237
Ошибочные оценки и убеждения	237
Оценка как непрерывный процесс	238
Диагностика и измерение симптомов	238
Диагностические интервью	239
Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля–Брауна	240
Опросник обсессивности-компульсивности	242
Опросник обсессивно-компульсивного расстройства Кларка–Бека	244
Ванкуверский опросник навязчивых состояний	245
Резюме	247
Когнитивная оценка ОКР	247
Нормативные показатели убеждений и оценок	247
Опросник обсессивных убеждений	248
Шкала слияния мыслей и действий	249
Шкала нетерпимости к неопределенности	249
Опросник интерпретации ответственности и шкала отношения к ответственности	250
Опросник контроля мыслей и опросник метакогниций	251
Опросник подавления белого медведя	253
Опросники вторжения и оценки	253
Идиографическая оценка познания	254

Самонаблюдение	254
Провокация симптомов	255
Когнитивная концептуализация случая ОКР	256
Когнитивная формулировка	257
Интерпретация значимости	257
Стратегии ментального контроля	258
Сопутствующие негативные когниции	259
Резюме	259
ГЛАВА 8. Цели, образование и когнитивные интервенции	267
Пример Даррена	269
Постановка целей терапии	271
Психообразование	273
Нормализация нежелательных интрузий	274
Ошибочные оценки	275
Нейтрализация	277
Чрезмерный ментальный контроль	279
Стоп-критерии	280
Обоснование терапии	281
Когнитивные интервенции	282
Самоконтроль оценки	282
Стратегии когнитивной реструктуризации	283
Переоцененная угроза	283
Необъективность ТАФ	287
Преувеличенная ответственность	289
Чрезмерная важность и контроль мыслей	293
Нетерпимость к неопределенности/перфекционизм	297
Нетерпимость к тревоге/дистрессу	298
Генерирование альтернативных интерпретаций	300
Резюме	302
ГЛАВА 9. Эмпирические эксперименты по проверке гипотез	315
Поведенческие эксперименты	315
Преувеличенная угроза	320
Предвзятость ТАФ	323
Преувеличенная ответственность	326
Преувеличенная важность мышления	326

Потребность в контроле мыслей	328
Нетерпимость к неопределенности	331
Перфекционизм	333
Нетерпимость к тревоге или дистрессу	335
Резюме	336
ЧАСТЬ IV. ПРОТОКОЛЫ ТЕРАПИИ ПОДТИПОВ	343
ГЛАВА 10. Контаминационный тип ОКР	345
Случай синтии	345
Клинические особенности страха контаминации	347
Соображения по поводу терапии	349
Компульсии мытья и уборки	351
Соображения по поводу терапии	353
Отвращение и чувствительность к контаминации	354
Соображения по поводу терапии	357
Ментальная контаминация	359
Соображения по поводу терапии	365
Когнитивно-поведенческая модель контаминации	367
особые соображения по поводу терапии	371
эффективность терапии	373
Резюме	375
ГЛАВА 11. Сомнение, проверка и повторение	377
Пример Матео	377
Клинические особенности	379
Компульсивная проверка	379
Последствия для терапии	380
Патологическое сомнение	380
Контекстуальные различия	381
Ошибочные рассуждения	382
Идиосинкразическое содержание	383
Низкая уверенность в памяти	384
Ощущения знания	384
Деадаптивные убеждения	385
Нетерпимость к неопределенности (IU)	386
Незавершенность/NJRE	386
Когнитивная теория компульсивной проверки Рахмана	387
Соображения по поводу терапии	389

Модель, основанная на умозаклчениях	389
Соображения по поводу терапии	392
Когнитивно-поведенческая модель компульсивной проверки	395
Факторы уязвимости	395
Контекст и интрузии неопределенности	397
Ошибочные оценки и рассуждения	397
Патологическое сомнение	400
Компульсивная проверка	400
ОКР, связанное с отношениями	401
Особые соображения по терапии	403
Завышенная ответственность	403
Инференциальная путаница и ошибочные рассуждения	404
Боязнь самоуничужения	405
Толерантность к неопределенности и дистрессу	406
Предотвращение реакции	408
Эффективность терапии	409
Резюме	409
ГЛАВА 12. Вред, секс и религиозные обсессии	411
Случай Камиллы	411
Клинические особенности	412
Диагноз и аргументы в пользу “Чистых О”	416
Мораль, религиозность и самость	417
Мораль	417
Религиозность и скрупулезность	419
Самооценка	422
Амбивалентное “я”	423
Чувствительные области самодостаточности	423
Самобоязнь	424
Когнитивно-поведенческая модель неприемлемых обсессий	425
Когнитивная уязвимость	426
Аутогенные интрузии	428
Ошибочные оценки и убеждения	430
Важность/контроль мыслей	430
Предвзятость ТАФ	431
Эгодистоничность	431

Стратегии ментального контроля	432
Правила прекращения	433
Когнитивно-поведенческая концептуализация случая	434
Соккрытие	435
Эгодистоничность	436
Предвзятость ТАФ-морали	438
Важность/контроль мыслей	440
“Боящееся «я»”	440
Особые соображения по поводу терапии	441
Воображаемая экспозиция	442
Предотвращение нейтрализации	442
Когнитивная реструктуризация	443
Эффективность терапии и других методов	445
Резюме	447
ГЛАВА 13. Симметрия, упорядочивание и расстановка	449
Случай Элейн	449
Клинические особенности	451
Отличительные особенности SOA	454
Незавершенность	455
Когнитивно-поведенческая модель SOA	459
Факторы уязвимости	460
Интрузивное восприятие	462
NJRE/незавершенность	462
Ошибочные оценки и убеждения	463
Компульсии упорядочивания и стоп-критерии	464
Когнитивная оценка и формулировка случая SOA	465
Нормативная оценка	465
Опросник по симметрии, упорядочиванию и расстановке	465
Пересмотренный опросник NJRE	466
Опросник основных параметров	
обсессивно-компульсивного расстройства	466
Другие показатели	467
Идеографическая оценка	468
Контекстуальный анализ	468
Индукция симптомов	468
Особые соображения по поводу терапии	469

16 СОДЕРЖАНИЕ

Терапия незавершенности/NJRE	470
Перфекционизм	472
Персональная значимость и нормализация	474
Резюме	475
Литература	479

Диагностика, феноменология и коморбидность

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) занимает особое место в клинической психологии и психиатрии как одно из самых загадочных и в то же время изнурительных эмоциональных расстройств. С одной стороны, людей с ОКР мучают повторяющиеся мысли, образы или импульсы о страшных возможных событиях, которые, как они понимают, преувеличены и крайне маловероятны, а с другой стороны, они чувствуют себя беспомощными, неспособными перестать выполнять стереотипные ритуалы, которые уменьшают их страдания или волшебным образом предотвращают неблагоприятный исход.

Парадокс ОКР можно увидеть на примере Луизы, 37-летней матери, имеющей страх физической контаминации. Ее страх заражения начался после неприятного инцидента в летнем лагере, когда девушке было 14 лет. Произошло заражение вшами, и все находившиеся в лагере прошли дезинфекцию. После возвращения Луиза стала бояться грязи и загрязнений дома, в школе и в общественных местах. Она стала многократно мыть руки, подолгу принимать душ и избегала прикасаться ко всему, что выглядело грязным. Сейчас, спустя десятилетия, Луиза по-прежнему одержима идеей чистоты. С течением времени ее навязчивый страх менялся. В последние 5 лет ее не покидает страх заболеть раком. Луиза знает, что не может “заразиться раком”, но всякий раз, вступая в контакт с чем-то, к чему прикасались другие, Луиза испытывает сильную тревогу. У нее появляется

навязчивая мысль: “Что, если к этому предмету прикасался больной раком человек?” Кроме того, мысль “Это выглядит грязным” вызывает страх, потому что в ее сознании грязь ассоциируется с повышенным риском заболевания раком. Большую часть дня Луиза испытывает тревогу из-за десятков мыслей о грязи и болезнях, несмотря на огромные усилия, направленные на то, чтобы избегать потенциальных загрязнителей и поддерживать безупречную чистоту своего личного окружения.

Всякий раз, чувствуя беспокойство, Луиза делает уборку. Она расчесывает руки до трещин и кровоточивости. Женщина использует сильные дезинфицирующие средства во всем доме и носит с собой антибактериальные салфетки, куда бы она ни пошла. Некоторые повседневные действия, такие как пользование туалетом, вынос мусора, разбор грязного белья, приготовление пищи, прикосновение к водопроводным кранам и дверным ручкам, вызывают у нее симптомы ОКР. Несмотря на прием лекарств и традиционные формы консультирования, страх загрязнения не ослабевает. Наконец, стресс, вызванный ОКР, оказался выше ее сил. Семья страдала из-за непрекращающейся уборки, а муж начал говорить о необходимости раздельного проживания. Кроме того, Луиза чувствовала, что теряет контроль над собственным психическим здоровьем, ведь недавно у нее была диагностирована клиническая депрессия. Чувствуя, что выхода нет, Луиза начала думать о самоубийстве, будучи уверенной, что без нее ее семье будет лучше.

Многие люди, борющиеся с ОКР, имеют опыт, схожий с опытом Луизы. ОКР может разрушить жизнь, семейные отношения, сделать высокоинтеллектуальных, добросовестных и находчивых людей жертвами обескураживающего натиска иррациональных мыслей и непреодолимых побуждений. ОКР ассоциируется с целым рядом негативных эмоций, таких как чувство вины, стыда и смущения, но наиболее распространенными отрицательными эмоциями являются страх и тревога.

Тревога и ее основная эмоция, страх, представляют собой универсальный человеческий опыт, который играет центральную роль в адаптации и выживании. Главная функция страха — сигнализировать об угрозе или надвигающейся опасности [Barlow, 2002]. Чувство тревоги, связанное с выступлением перед большой аудиторией или ожиданием собеседования, вполне объяснимо, учитывая возможность общественного неодобрения и откровенного унижения. Но что, если страх связан с собственными мыслями? И что, если эти мысли касаются действий или обстоятельств, которые крайне маловероятны, а то и вовсе невозможны? Попытки побороть эту сильную тревогу приводят к тому, что люди, используя определенные

ритуалы или привычные способы реагирования, получают временное облегчение, даже если реакция логически не связана со страхом. Снижение тревоги укрепляет связь между навязчивым страхом и “нейтрализующей реакцией”, или компульсией, приводя в движение порочный круг, называемый ОКР.

До публикации Американской психиатрической ассоциацией пятого издания *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5) [APA, 2013] ОКР считалось тревожным расстройством. Теперь в DSM-5 оно выделено в отдельную диагностическую категорию под названием “обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства”. Здесь ОКР рассматривается как прототипическое расстройство наряду с другими “состояниями спектра”, такими как дисморфическое расстройство тела, кладоискательство, трихотилломания и эксфолиационное расстройство (т.е. ковыряние кожи). Вокруг этой реклассификации развернулась значительная дискуссия, которая кратко изложена в следующем разделе. Несмотря на изменения в диагностике, отличительная черта расстройства остается прежней: наличие повторяющихся obsessions или compulsions, которые достаточно серьезны и способны отнимать много времени, вызывать значительный дистресс или мешать повседневной жизни [APA, 2013]. Понимание и лечение ОКР может быть одной из самых сложных задач, стоящих перед специалистами в области ментального здоровья, учитывая идиосинкразический, очень стойкий и иррациональный характер навязчивого страха.

Столкнувшись с тяжелым случаем ОКР, терапевт может предположить, что obsessive явления не имеют аналогов в нормальном функционировании человека. Однако obsessions и compulsions в той или иной степени встречаются у большинства людей. У кого не было нежелательной навязчивой мысли, образа или импульса, возникающего в голове без видимой причины? В качестве примера можно привести желание прыгнуть под приближающийся поезд, даже если вы не склонны к самоубийству, мысль о том, чтобы проболтаться о грубом или неловком замечании человеку, с которым вы только что познакомились, или надоедливая мелодия, которая постоянно звучит в вашей голове. А как насчет суеверных, повторяющихся действий, которые мы совершаем, чтобы снять тревогу? Например, вспомните бейсболиста, который определенное количество раз стучит по мячу перед первой подачей, или обычные действия человека, идущего на экзамен.

Обсессии и компульсии могут быть как нормальными, так и аномальными явлениями. Когда обсессия или компульсия становятся патологическими? И как можно эффективно лечить эти состояния, если они вызывают значительный личный дистресс и мешают повседневной жизнедеятельности? Вот два главных вопроса, которые лежат в основе данной книги. Автор подходит к этим вопросам, опираясь на исследования когнитивных основ ОКР. Развивающаяся теория и исследования дали когнитивно-поведенческим терапевтам более глубокое понимание и эффективные методы лечения обсессий, компульсий и их различных подтипов.

ДИАГНОЗ ОКР

Основными признаками ОКР являются повторяющиеся обсессии и/или компульсии, причиняющие страдания или нарушающие функциональность [APA, 2013]. *Обсессии* — это нежелательные, неприемлемые и повторяющиеся мысли, образы или побуждения, вызывающие трудно контролируемое сопротивление. Они также являются причиной дистресса, даже если человек в той или иной степени осознает, что эти мысли чрезмерны или бессмысленны [Rachman, 1985]. Содержание мыслей часто сосредоточено на тревожных, отвратительных или даже бессмысленных темах о грязи и заражении, агрессии, сомнениях, неприемлемых сексуальных действиях, религии, упорядоченности, симметрии и точности.

Компульсии — это повторяющееся поведение или ментальные действия, связанные с субъективной настоятельной необходимостью, целью которых является предотвращение нежелательного результата или уменьшение дистресса, вызванного обсессией [APA, 2013]. Компульсия обычно сопровождается особенно сильным желанием выполнить ритуал, что приводит к снижению чувства добровольного контроля над ним [Rachman & Hodgson, 1980]. Субъективное сопротивление часто присутствует, но в конечном итоге человек уступает непреодолимому желанию выполнить ритуал. Мытье, проверка, повторение определенных действий или фраз, упорядочивание (перестановка предметов для восстановления баланса или симметрии) и ментальные ритуалы (т.е. повторение определенных иррациональных слов, фраз или молитв) являются наиболее распространенными компульсиями. Компульсивные ритуалы — это чрезмерные, даже бессмысленные реакции на обессию, которые обычно следуют строгому навязанному самому себе набору правил [APA, 2013].

Диагноз ОКР по DSM-5

С момента опубликования DSM-III [APA, 1980] ОКР классифицировалось как тревожное расстройство. Поведенческая и когнитивно-поведенческая теории, исследователи и клиницисты приняли эту классификацию, учитывая значимость obsessions, основанных на угрозе, реакций снижения тревоги (т.е. compulsions) и поведения избегания, которые также характеризуют другие типы тревожных расстройств. Поведенческие исследователи подчеркивали, что ОКР имеет профиль симптомов, сходный с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), специфическими фобиями и ипохондрией, что предполагает возможность общего диатеза [Brown, 1998; de Silva, 1986].

Несмотря на спорную классификацию, DSM-5 внесло лишь незначительные изменения в фактические диагностические критерии ОКР [Abramowitz & Jacoby, 2014; Van Ameringen, Patterson, & Simpson, 2014]. В определении obsessions термин *импульс* был изменен на *побуждение*, а *неуместный* стал *нежелательным*. Кроме того, был исключен критерий DSM-IV, согласно которому obsessions и/или compulsions в какой-то момент должны были быть признаны чрезмерными или бессмысленными. Этим решением признавалось, что может существовать целый ряд представлений о гипертрофированности obsessions и compulsions, при этом более половины участников выборки ОКР выразили некоторую уверенность в обоснованности своих навязчивых страхов, а 4% уверены, что они реалистичны [Foa et al., 1995].

DSM-5 также расширило спецификатор “плохое понимание” (“poor insight”), указав, что человек может иметь: 1) “хорошее или удовлетворительное понимание” (“good or fair insight”) в отношении нереалистичности своих obsessions и compulsions; 2) “плохое понимание”, означающее убежденность в том, что навязчивые опасения, скорее всего, реалистичны; или 3) “отсутствие понимания/бредовые убеждения” (“absent insight/delusional beliefs”), когда он твердо убежден в правдивости навязчивых опасений [APA, 2013]. Опять же, расширение спецификатора понимания является улучшением, поскольку отсутствие инсайта ассоциируется с худшим ответом на терапию. Как отметили Абрамовиц и Якоби [Abramowitz & Jacoby, 2014], признание того, что obsessions могут быть бредовыми, снижает вероятность постановки людям с тяжелым ОКР ошибочного диагноза шизофрении. Наконец, чтобы указать, страдал ли человек в настоящее время или в прошлом тиковыми расстройствами, был добавлен новый спецификатор “связанный с тиками”. Обоснованием для этого уточнения является то, что люди с ОКР и историей тикового расстройства отличаются от людей без такой истории по симптомам, коморбидности, течению и семейному анамнезу [APA, 2013].

Решение исключить ОКР из тревожных расстройств было спорным (см. рекомендации рабочей группы DSM-5 [APA, 2012]). Опубликовано несколько обзорных статей “за” и “против” классификации DSM-5 [Abramowitz & Jacoby, 2014; Phillips et al., 2010; Stein et al., 2010; Storch, Abramowitz, & Goodman, 2008; Van Ameringen et al., 2014]. Аргументы в пользу новой классификации были следующими.

1. Доказательства того, что ОКР имеет значительное сходство симптомов с телесным дисморфическим расстройством (BDD) и тягой к накопительству (HD), а также некоторое сходство симптомов с трихотилломанией (ТТМ) и расстройством эксфолиации (раздирания и расчесывания кожи).
2. ОКР и расстройства обсессивно-компульсивного спектра имеют общий основной симптом — повторяющееся поведение или компульсивность, которая варьируется на континууме с импульсивностью [Hollander, 1996].
3. ОКР и расстройства спектра имеют сходные клинические особенности, такие как возраст, в котором началась болезнь, течение, семейный анамнез, а также высокий уровень коморбидности в рамках диагностической группы.
4. Эти расстройства имеют общую неврологическую схему с гиперактивацией в лобно-полосатой области, в отличие от тревожных расстройств, при которых значительна активация миндалевидного тела.
5. Для ОКР и других расстройств данного спектра характерен похожий ответ на терапию, особенно на применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI).

Основной причиной для объединения расстройств обсессивно-компульсивного спектра в одну группу с ОКР был их предполагаемый общий нейрофизиологический патогенез (см. подтверждающий аргумент в работах [Phillips et al., 2010]). По крайней мере, классификация основана на мнении, что ОКР имеет больше общего с расстройствами указанного спектра, чем с другими тревожными расстройствами.

Ниже приводится несколько аргументов против отделения ОКР от тревожно-депрессивных расстройств, которые были выдвинуты в работе [Abramowitz & Jacoby, 2014; Stein et al., 2010; Storch et al., 2008].

1. Новый акцент на “компульсивности” как ключевом признаке ОКР является заблуждением, поскольку игнорирует функциональную природу компульсий, которые являются средством облегчения об-

- сессивной тревоги. Кроме того, исследования DSM-5 не учитывают роль когнитивных функций в патогенезе ОКР [Storch et al., 2008].
2. Нынешняя классификация предполагает, что импульсивность и компульсивность лежат на одном континууме, однако эмпирических данных, подтверждающих это утверждение, мало.
 3. Наличие повторяющегося поведения может наблюдаться при различных расстройствах и бывает менее выраженным при неприемлемых или “чистых” obsссиях. Таким образом, этот симптом не обладает достаточной чувствительностью или специфичностью, чтобы быть определяющим признаком диагностической группы.
 4. ОКР не обладает более схожим с расстройствами спектра клиническим течением или высокой частотой сопутствующих заболеваний в сравнении с другими тревожными расстройствами. На самом деле ОКР имеет более высокий уровень сопутствующей патологии, сравнимый скорее с некоторыми тревожными расстройствами, нежели с расстройствами обсессивно-компульсивного спектра, за исключением дисморфического телесного расстройства.
 5. Эмпирические данные об особой неврологической схеме, которая является общей для ОКР и расстройств спектра, но отличается от других тревожных расстройств, непоследовательны и ненадежны.
 6. Ответ на терапию ОКР и спектральных расстройств отличается, опять же, за исключением дисморфического телесного расстройства. Например, метод экспозиционной терапии с предотвращением реакции (ЭПР) эффективен при обсессивно-компульсивном расстройстве, но не при других спектральных расстройствах, таких как трихотилломания или расстройство экскорации.

Учитывая убедительные возражения, выдвинутые в связи с новой классификацией DSM-5, в данной книге утверждается, что ОКР — это тревожное расстройство. Основные диагностические критерии ОКР по DSM-5 все еще могут быть приняты без учета его диагностической сегрегации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДЕМОГРАФИЯ

Распространенность

Оценки распространенности ОКР в течение жизни в разных эпидемиологических исследованиях отличаются из-за разницы в методологических

подходах. Исследование эпидемиологической зоны охвата (Epidemiologic Catchment Area — ECA) показало, что на основании критериев DSM-III распространенность ОКР в течение жизни составляет 2,5% [Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988]. Позднее в Национальном исследовании коморбидности (National Comorbidity Study Replication — NCS-R) были выявлены аналогичные показатели: распространенность ОКР в течение жизни и за 12 месяцев составила 2,3% и 1,2% соответственно [Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010]. Немецкое национальное исследование здоровья (German National Health Interview and Examination Survey) показало, что уровень распространенности ОКР за 12 месяцев составил 0,7% [Adam, Meinschmidt, Gloster, & Lieb, 2012]. В двух других эпидемиологических исследованиях также сообщалось о 0,7% распространенности ОКР за 12 месяцев [Andrews, Henderson, & Hall, 2001; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001]. Несмотря на некоторые различия между исследованиями, можно сделать вывод, что в общей популяции распространенность ОКР в течение жизни составляет от 1 до 2%.

Куда больше людей переживают состояния, близкие к ОКР, или отдельные обсессивные и компульсивные симптомы. Согласно опроснику NCS-R 28,2% респондентов в какой-то момент своей жизни испытывали обсессии или компульсии [Ruscio et al., 2010]. В немецком исследовании 4,5% сообщили о 12-месячной длительности субпорогового ОКР, а 8,3% — о наличии обсессивно-компульсивных симптомов [Adam et al., 2012]. Хотя эти более легкие обсессивно-компульсивные состояния меньше ухудшают самочувствие, чем диагностируемое ОКР, они значимы сами по себе. Наличие обсессивно-компульсивных симптомов повышает риск развития полноценного ОКР и ассоциируется с более высокими показателями других психических расстройств, большими функциональными нарушениями и более частым обращением за медицинскими услугами [Adam et al., 2012; Fryman et al., 2014; Ruscio et al., 2010]. Если рассматривать ОКР вместе с этими субклиническими состояниями, то можно сказать, что обсессии и компульсии являются причиной большего влияния на ментальное здоровье, чем можно предположить, исходя из распространенности расстройства.

Пол, возраст и начало заболевания

Во многих исследованиях сообщается о несколько большей распространенности ОКР среди женщин. В своем обзоре Расмуссен и Айзен [Rasmussen & Eisen, 1992] отметили, что 53% выборки больных ОКР составляли женщины. Это гендерное различие обнаруживается в некоторых

эпидемиологических исследованиях [Andrews et al., 2001; Karno & Golding, 1991; Kringle et al., 2001; Ruscio et al., 2010], но не подтверждается в других [Adams et al., 2012]. У мужчин, как правило, начало заболевания приходится на более ранний возраст, и поэтому они раньше начинают терапию [Lensi et al., 1996; Rasmussen & Eisen, 1992]. Однако неясно, оказывает ли пол какое-либо влияние на течение расстройства. Существуют некоторые доказательства гендерных различий в выраженности симптомов: женщины чаще воспроизводят ритуалы стирки и уборки, а мужчины чаще сообщают о сексуальных навязчивых идеях [Lensi et al., 1996; Rachman & Hodgson, 1980; Steketee, Grayson, & Foa, 1985].

Наибольшему риску развития ОКР подвержены молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет [Karno et al., 1988]. Средний возраст начала заболевания по опроснику NCS-R составил 19,5 лет [Ruscio et al., 2010]. В 65% случаев расстройство развивается до 25 лет, и менее 5% сообщают о начале заболевания после 40 лет [Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Eisen, 1992]. Значительное число взрослых отмечают начало заболевания в детском или подростковом возрасте, а дети и подростки с тяжелым ОКР продолжают испытывать симптомы в течение многих лет [Rettew, Swedo, Leonard, Lenane, & Rapoport, 1992; Thomsen, 1995]. Очевидно, что ОКР — это расстройство молодых, причем есть данные, что с возрастом показатели могут даже снижаться [Karno & Golding, 1991; Ruscio et al., 2010]. Согласно опроснику NCS-R лишь немногие новые приступы проявлялись после 30 лет, а средняя продолжительность расстройства составляла 8,75 года [Ruscio et al., 2010].

Трудно утверждать, что существует типичная картина начала расстройства. У значительного числа людей оно развивается постепенно, в то время как у других наблюдается острое начало, часто в ответ на определенный жизненный опыт [Black, 1974; Lensi et al., 1996; Rachman & Hodgson, 1980]. От половины до двух третей людей с ОКР сообщают о важных событиях, предшествовавших началу заболевания, таких как потеря близкого человека, тяжелая болезнь или крупные финансовые проблемы [Lensi et al., 1996; Lo, 1967]. Недавнее исследование с использованием полуструктурированного интервью для установления диагноза и наличия стрессового события показало, что 60,8% пациентов с ОКР сообщили о наличии провоцирующего жизненного события в течение 12 месяцев до начала заболевания [Rosso, Albert, Asinari, Bogetto, & Maina, 2012].

Эта взаимосвязь подтверждается и при рассмотрении отдельных крупных жизненных событий. Например, значительное число женщин

с ОКР сообщают о начале заболевания во время беременности [Neziroglu, Anemone, & Yaryura-Tobias, 1992]. Абрамовиц и коллеги [Abramowitz, Schwartz, & Moore, 2003] пришли к выводу, что женщины с ОКР испытывают усиление или ухудшение симптомов во время беременности или послеродового периода, но неясно, может ли это быть связано с послеродовой депрессией.

В недавнем систематическом обзоре литературы [Brander, Pérez-Vigil, Larrson, & Mataix-Cols, 2016] сделан вывод об отсутствии убедительных доказательств связи между возникновением ОКР и внешними факторами риска. Были выявлены потенциальные факторы риска, такие как родовые осложнения, репродуктивный цикл и стрессовые события, но ретроспективный характер большинства измерений жизненных событий и несоответствия в исследованиях не позволяет сделать какие-либо твердые выводы о внешних предпосылках возникновения ОКР. Хотя такие обстоятельства, как беременность, могут повышать вероятность возникновения обсессивно-компульсивных симптомов, важно также помнить, что многие люди не могут определить внешний триггер своего заболевания [Rasmussen & Tsuang, 1986].

Этническая принадлежность, семейное положение и вовлеченность семьи

В межнациональном совместном исследовании [Weissman et al., 1994] установлено, что распространенность, возраст начала заболевания и коморбидность были вполне согласованными в семи странах (США, Канада, Пуэрто-Рико, Германия, Тайвань, Корея и Новая Зеландия). Распространенность ОКР за последние 12 месяцев в Тайване составила 0,07%, а в Сингапуре — 1,1% [Huang et al., 2014; Subramanian, Abdin, Vaingankar, & Chong, 2012]. Эти показатели значительно ниже приведенного в NCS-R значения 12-месячной распространенности, равного 0,7%. В своем обзоре эпидемиологических исследований [Fontenelle, Mendlowicz & Versiani, 2006] авторы пришли к выводу о существенных отличиях в показателях ОКР для разных стран. Методологические особенности, вероятно, объясняют большую часть этих результатов, но нельзя исключать и влияние внутренних характеристик популяций.

Разница в распространенности ОКР также может быть изучена по расовым/этническим группам внутри стран. Было установлено [Karno et al., 1988], что у афроамериканцев распространенность ОКР в течение жизни ниже, хотя более позднее Национальное исследование американ-

цев не выявило отличий в распространенности ОКР в афроамериканской и афрокарибской популяциях по сравнению с американской популяцией европейского типа [Himle et al., 2008]. Таким образом, неясно, распространено ли ОКР в одних расовых/этнических группах больше, чем в других. Сравнительный анализ результатов исследований также затрудняют методологические несоответствия. По крайней мере удалось выяснить, что ОКР может варьироваться в расовых/этнических группах, причем наибольшие различия связаны с подтипом симптомов, наиболее распространенным в данной группе [Fontenelle, Mendlowicz, Marques, & Versiani, 2004].

Люди с ОКР реже состоят в браке, вступают в брак позднее и имеют низкий уровень рождаемости [Rachman, 1985]. Для клиентов с ОКР характерны: высокая частота расставаний или разводов, дисфункция брака и сексуальная неудовлетворенность, но эти показатели не являются более высокими в сравнении с общей популяцией [Black, 1974; Coryell, 1981; Fontenelle & Hasler, 2008; Freund & Steketee, 1989; Karno et al., 1988; Rasmussen & Eisen, 1992].

Члены семьи, живущие с человеком, страдающим тяжелой формой ОКР, испытывают значительный стресс. Они могут быть непосредственно вовлечены в течение болезни, пытаясь остановить симптомы или потакавая ритуальному поведению близкого человека. Члены семьи и родственники часто подстраиваются под его ритуалы, что, в свою очередь, усиливает семейный стресс и дисфункцию [Calvocoressi et al., 1995]. Более высокая частота критических и отвергающих комментариев может оказывать ограниченное негативное влияние на степень выраженности симптомов, а уровни депрессии и тревоги членов семьи влияют на то, как они реагируют на обсессии и компульсии человека с ОКР [Amir, Freshman, & Foa, 2000]. Метаанализ показал, что большая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов связана с повышенной степенью приспособления семьи, но на эту связь не влияют наличие коморбидного расстройства, пол или возраст [Wu, McGuire, Martino, et al., 2016]. Очевидно, что члены семьи оказываются перед дилеммой. Независимо от того, игнорируют они ритуальное поведение или приспосабливаются к ритуалам, в конечном итоге родственники испытывают дистресс от жизни рядом с человеком, имеющим ОКР. Несомненно, связь между тяжестью симптомов и приспособляемостью семьи является двунаправленной, образуя порочный круг, в котором члены семьи прилагают все больше усилий, чтобы справиться с обострением клинической картины.

Качество жизни и суицидальность

Одно время считалось, что клиенты с ОКР образованнее и более интеллектуальны, чем люди с другими психическими расстройствами [Black, 1974]. Но дальнейшие исследования показали, что уровень образования при ОКР и при других расстройствах примерно одинаков, но ниже, чем в контрольных неклинических группах [Andrews et al., 2001; Karno & Golding, 1991; Kringlen et al., 2001]. Любые свидетельства о более высоких результатах стандартизированных тестов на интеллект незначительны и не играют существенной роли при сравнении с соответствующими контрольными группами [Rasmussen & Eisen, 1992].

ОКР оказывает значительное негативное влияние на социальное и профессиональное функционирование. В систематическом обзоре и метаанализе исследований качества жизни (КЖ) [Coluccia et al., 2016] установлено, что у лиц с ОКР показатели КЖ в трудовой, социальной, эмоциональной и семейной сферах были значительно ниже по сравнению со здоровыми людьми. Однако, когда используются общие показатели занятости, остается неясным, связаны ли с ОКР худшие результаты трудоустройства людей, страдающих этим расстройством, по сравнению с уровнем занятости людей, имеющих другие психические заболевания. В целом статус занятости и уровень дохода не отличались при сравнении ОКР с другими тревожными расстройствами [Antony, Downie, & Swinson, 1998; Karno et al., 1988], хотя сообщалось и о противоположных результатах, когда наблюдались более высокие показатели безработицы и меньший уровень доходов при ОКР по сравнению с другими эмоциональными расстройствами [Steketee, Grayson, & Foa, 1987; Torres et al., 2006].

В настоящее время признано, что серьезной проблемой при ОКР является повышенная суицидальность. Два исследования больших сообществ показали [Torres, et al., 2006; Torres, Ramos-Cerqueria, Fontenelle, do Rosário, & Miguel, 2011], что 36–63% людей с диагнозом ОКР сообщали о суицидальных мыслях в какой-то момент своей жизни, а 11–26% упоминали о попытках самоубийства, предпринятых в течение жизни. Суицидальный риск может повышать наличие сексуальных/религиозных obsessions и сопутствующей большой депрессии. Метаанализ, основанный на 48 исследованиях [Angelakis, Gooding, Tarrier, & Panagioti, 2015], выявил значительную связь между суицидальностью и ОКР. На повышенную суицидальность указывали тяжесть obsessions, а также сопутствующие тревожные и депрессивные симптомы. Проспективное исследование с использованием датского регистра населения показало [Meier et al., 2016], что ОКР ассоциируется

с повышенной смертностью даже при контроле депрессии, тревоги и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Безусловно, ОКР представляет значительный риск для тех, кто страдает от этого состояния.

Очевидно, что ОКР оказывает существенное негативное влияние на качество жизни и профессиональную деятельность человека. Является ли это отрицательное воздействие более сильным по сравнению с наблюдаемым при других психических расстройствах, остается неясным. Однако тяжелые формы ОКР могут иметь разрушительные последствия для людей, которые часто оказываются неспособными выполнять свою обычную работу или осуществлять социальную деятельность вскоре после появления признаков расстройства [Pollitt, 1957]. Кроме того, терапевтов должен беспокоить повышенный суицидальный риск при тяжелом ОКР, коморбидном с депрессией, сопровождающимся употреблением психоактивных веществ и расстройствами контроля импульсов [Torres et al., 2011].

ТЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Обращение за терапией

Большинство людей с ОКР откладывают обращение за лечением на несколько лет. При этом задержка в обращении может быть значительной и составляет от 2 до 7 лет [Lensi et al., 1996; Rasmussen & Tsuang, 1986]. В сингапурском исследовании мужского здоровья [Subramanian et al., 2012] медиана задержки лечения составила 9 лет, при этом 89,8% людей с пожизненным диагнозом ОКР никогда не обращались за терапевтической помощью. Однако тяжесть заболевания и наличие коморбидных расстройств могут повлиять на решение о получении профессиональной помощи. Согласно опроснику NCS-R [Ruscio et al., 2010] 93% лиц с тяжелой формой ОКР получали лечение в предшествующем году по сравнению с 25,6% лиц с умеренно тяжелой формой. По данным немецкого эпидемиологического исследования [Adam et al., 2012], частота обращения за лечением составила 68,2% для лиц с диагностированным ОКР, 36,3% — для субпорогового ОКР и 36,6% — для лиц с обсессивно-компульсивными симптомами. Более того, 55,6% людей с коморбидным ОКР обратились за лечением по сравнению с 13,9% случаев “чистого” ОКР [Torres et al., 2006]. Однако даже в случаях высокой частоты применения терапии менее трети людей с тяжелой формой ОКР получают лечение именно от ОКР [Ruscio et al., 2010].

Из приведенных данных можно сделать несколько выводов. Во-первых, люди с ОКР часто годами не обращаются за медицинской помощью. Во-вторых, люди с более легкими симптомами реже обращаются за лечением. И в-третьих, люди с ОКР и другим сопутствующим заболеванием, например глубокой депрессией, чаще обращаются за медицинской помощью. Однако лишь меньшинство людей (даже с тяжелыми формами ОКР) получают специализированное лечение данного расстройства [Pollard, Henderson, Frank, & Margolis, 1989; Ruscio et al., 2010]. Такой низкий уровень обращения за лечением напоминает проблему распространения, которая проявляется в терапии психологических расстройств в целом [McHugh & Barlow, 2010]. Для людей с ОКР ограниченный доступ к научно обоснованному лечению может усугубляться тем, что они даже не признают необходимость применения для терапии навязчивых состояний подхода, специфического для данного расстройства.

Естественное течение и результат

Исследование естественного течения любого расстройства сопряжено с методологическими трудностями, поскольку требуется период наблюдения, охватывающий десятилетия, и применяемая в течение этого периода терапия будет влиять на естественную траекторию развития расстройства. Несмотря на эти трудности, можно сделать несколько наблюдений о естественном течении ОКР. В лонгитюдном исследовании [Skoog & Skoog, 1999], которое примечательно тем, что период наблюдения охватывает несколько десятилетий ($M = 47$ лет), было обнаружено, что ОКР имеет тенденцию к хроническому течению; причем симптомы заболевания то усиливаются, то ослабевают на протяжении всей жизни. Половина клиентов с ОКР ($n = 122$) продолжала испытывать клинически значимые симптомы, а еще одна треть имела субклинические признаки (хотя у 83% наблюдалось улучшение в течение 40-летнего периода). Полное выздоровление наступило лишь у 20% обследованных. Эти результаты находятся в хорошем соответствии с другими исследованиями, показывающими, что ОКР обычно имеют большую продолжительность, а спонтанная ремиссия симптомов незначительна [Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky, & Zitterl, 1993; Foa & Kozak, 1996; Karno & Golding, 1991]. Опубликованные результаты 5-летнего наблюдения за лицами с ОКР, обратившимися за лечением, показало [Eisen et al., 2013], что только 17% из них достигли полной ремиссии, а у 59% тех, кто пережил частичную или полную ремиссию, произошел рецидив.

Были предприняты попытки охарактеризовать типичное течение ОКР. У большинства людей, имеющих ОКР, наблюдается хроническое, непрерывное течение расстройства, хотя у меньшинства (10%) со временем наступает ухудшение. У других, возможно, в ответ на стрессовый жизненный опыт, наблюдается интермиттирующее течение, для которого характерно попеременное усиление и ослабевание обсессивно-компульсивных симптомов [Demal et al., 1993; Lensi et al., 1996; Rasmussen & Tsuang, 1986].

Хотя трудно судить однозначно о естественном течении ОКР, можно утверждать, что у большинства людей это расстройство характеризуется ранним, но коварным началом в подростковом или юношеском возрасте. При этом наблюдается сочетание обсессивных и компульсивных симптомов, нарастающих в периоды стресса и, возможно, стихающих в периоды относительной стабильности. Такая картина нарастания и ослабления симптомов может продолжаться в течение ряда лет, до тех пор, пока их тяжесть не достигнет такой степени, что человек, наконец, обратится за лечением.

КОМОРБИДНОСТЬ

Диагностическая коморбидность означает “совместное возникновение двух или более текущих или ментальных расстройств у одного и того же человека” [Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001]. Коморбидность важна, поскольку наличие сопутствующего расстройства обычно ассоциируется с большей выраженностью симптомов, меньшей реакцией на терапию и худшим прогнозом [Bronisch & Hecht, 1990; Brown & Barlow, 1992]. ОКР характеризуется высоким уровнем диагностической коморбидности: от половины до трех четвертей людей имеют по крайней мере одно дополнительное текущее расстройство [Antony et al., 1998; Brown et al., 2001; Karno & Golding, 1991] и более низкие показатели коморбидности [Yaryura-Tobias et al., 2000]. Если учитывать коморбидность в течение жизни, то менее чем в 15% случаев ставится единственный диагноз ОКР [Brown et al., 2001; Crino & Andrews, 1996]. По данным опросника NCS-R, 90% лиц с ОКР в течение жизни соответствовали диагностическим критериям другого расстройства [Ruscio et al., 2010], а по данным британского национального исследования психической заболеваемости от 2000 г. [Torres et al., 2006], 62% лиц с ОКР имели одно или несколько текущих коморбидных расстройств. Уровень коморбидности был значительно выше показателей, наблюдаемых при “других невротических расстройствах”.

Коморбидность ОКР асимметрична по отношению к другим расстройствам. В то время как дополнительные диагнозы депрессии или иных тревожных расстройств имеют высокую частоту встречаемости при ОКР, обсессивное расстройство как сопутствующее состояние при глубокой депрессии или других тревожных расстройствах встречается реже, даже если учитывать показатели за всю жизнь [Antony et al., 1998; Brown et al., 2001; Crino & Andrews, 1996]. Более того, временная последовательность коморбидности в течение жизни может отличаться для разных расстройств. Браун и коллеги [Brown et al., 2001] обнаружили, что коморбидные тревожные расстройства, как правило, по времени предшествуют подтвержденным случаям ОКР, тогда как коморбидная депрессия обычно возникает после начала обсессивного расстройства. Согласно данным опросника NCS-R при коморбидности ОКР и тревожных расстройств наблюдалась тенденция к первичному возникновению тревоги; в то же время в отношении того, ОКР или глубокая депрессия возникали первыми, мнения разделились поровну [Ruscio et al., 2010]. При активизации эпизода навязчивых состояний люди подвергаются повышенному риску развития тревожности, расстройств настроения, нарушений пищевого поведения и тиковых расстройств в течение всего эпизода [Yaryura-Tobias et al., 2000].

Депрессия

На протяжении десятилетий клинические исследователи признавали тесную связь между ОКР и депрессией [Lewis, 1936; Rosenberg, 1968; Stengel, 1945]. Частота встречаемости тяжелого депрессивного эпизода у лиц с ОКР высока и составляет от 30 до 50% [Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi, & Smeraldi, 1992; Brown, Moras, Zinbarg, & Barlow, 1993; Karno & Golding, 1991; Lensi et al., 1996]. Показатели распространенности в течение жизни еще выше (65–80%) [Brown et al., 2001; Crino & Andrews, 1996; Rasmussen & Eisen, 1992]. Более поздние эпидемиологические исследования подтверждают ранее полученные результаты: 25–50% лиц с ОКР имеют текущее или пожизненное коморбидное депрессивное расстройство [Huang et al., 2014; Ruscio et al., 2010; Subramanian et al., 2012; Torres et al., 2006]. Согласно большинству исследований депрессия является наиболее распространенным коморбидным состоянием, за которым следуют ГТР и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. По данным опросника NCS-R, наблюдается несколько иная картина коморбидных состояний, основанная на распространенности в течение жизни. Наибольшее распространение имели различные тревожные расстройства (76%), за

ними следовали расстройства настроения (63%), расстройства контроля импульсов (56%) и расстройства употребления психоактивных веществ (39%) [Ruscio et al., 2010].

Хотя существует некоторая противоречивость в вопросе о том, какое из коморбидных состояний возникает первым — глубокая депрессия или ОКР, наиболее признанным является мнение, что ОКР приводит к развитию вторичного депрессивного расстройства [Demal et al., 1993; Rasmussen & Eisen, 1992; Rickelt et al., 2016; Subramanian et al., 2012; Welner, Reich, Robins, Fishman, & van Doren, 1976]. В этих исследованиях переход от обсессивно-компульсивных симптомов к депрессии наблюдался в три раза чаще, чем обратная ситуация. Аналогичным образом Рикельт и коллеги [Rickelt et al., 2016] обнаружили, что у 74% наблюдаемых лиц с ОКР имелось вторичное глубокое депрессивное расстройство. Хотя обсессивно-компульсивные симптомы могут наблюдаться при диагностируемых депрессивных расстройствах, они встречаются реже, чем частота появления депрессивных расстройств в выборках ОКР [Kendell & Discipio, 1970; Lewis, 1936].

Когда депрессивное расстройство является коморбидным при ОКР, оно ассоциируется с большей выраженностью симптомов, ухудшением КЖ и усилением функциональных нарушений. По данным исследования нидерландской ассоциации обсессивно-компульсивных расстройств [Rickelt et al., 2016], коморбидная глубокая депрессия была связана с большей выраженностью обсессивно-компульсивных симптомов в течение 1 года наблюдения. Кроме того, в работе [Huppert, Simpson, Nissenon, Liebowitz, & Foa, 2009] показано, что коморбидная депрессия объясняет значительную часть дисперсии при плохом КЖ и ухудшении функционирования, обнаруженных у лиц с ОКР.

Депрессия может оказывать большее негативное влияние на обсессии, чем на компульсии [Ricciardi & McNally, 1995]. В работе [McNally, Mair, Mugno & Riemann, 2017] провели байесовский сетевой анализ обсессивно-компульсивных и депрессивных симптомов у 408 человек с ОКР, обратившихся за лечением. Они обнаружили, что степень помех, вызванных обсессиями и компульсиями, а также уровень дистресса, связанного с обсессиями, отвечают за коморбидность депрессии. Более того, депрессивные симптомы, такие как чувство вины, ангедония и суицидальность, возникали, когда грустное настроение инициировалось дистрессом, связанным с обсессиями. Эти результаты свидетельствуют о том, что терапия навязчивых состояний в первую очередь может помочь предотвратить эскалацию

грустного настроения и последующее развитие депрессии [McNally et al., 2017]. Другие исследования показали, что люди с ОКР и коморбидной глубокой депрессией имеют склонность к неправильной интерпретации значения нежелательных интрузивных мыслей [Abramowitz, Storch, Keeley, & Cordell, 2007]. Таким образом, дисфункциональная когнитивная обработка может быть еще одним медиатором между выраженностью обсессивно-компульсивных симптомов и депрессией.

Клиенты с ОКР и сопутствующей глубокой депрессией могут достичь клинически значимых результатов терапии, хотя уровень выраженности симптомов после лечения у них остается значительно выше, чем у лиц без сопутствующей депрессии [Abramowitz & Foa, 2000]. В своем метаанализе применения КПТ для ОКР Олатунджи и коллеги [Olatunji, Davis, Powers, & Smits, 2013] обнаружили, что выраженность депрессивного симптома не связана с уменьшением эффекта терапии. Другие авторы также пришли к выводу, что наличие коморбидной глубокой депрессии не имеет значимой связи с результатами лечения [Knopp, Knowles, Bee, Lovell, & Bower, 2013]. Однако, возможно, степень тяжести депрессии определяет ее влияние на исход терапии. Абрамовиц [Abramowitz, 2004] пришел к выводу, что глубокая депрессия действительно снижает ответ на лечение, и поэтому рекомендовал использовать когнитивную терапию для решения соответствующих вопросов в случаях ОКР, сопровождающихся глубокой депрессией. Несмотря на некоторые несоответствия в разных обзорах, наиболее очевидным выводом является то, что высокий уровень депрессивных симптомов негативно влияет на исход терапии, в то время как депрессия легкой и средней степени может не оказывать существенного влияния на ее результат [Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, & Foa, 2000; Keeley, Storch, Merlo, & Geffken, 2008].

Тревожные расстройства

Связь между ОКР и тревожными расстройствами стала предметом жарких споров после изменения классификации расстройств в DSM-5. Первые исследования показали, что социальное тревожное расстройство характеризуется самым высоким уровнем коморбидности с ОКР (35–41%), а специфические фобии (17–21%) имеют следующую по частоте встречаемости коморбидность. В отношении панического расстройства результаты более неоднозначны: некоторые исследования показывают умеренно высокий уровень коморбидности (29%), тогда как другие сообщают об относительно низком уровне появления этого показателя (12%). При этом до

сих пор неясно, сочетается ли он с ГТР редко (7%) или как минимум несколько реже (12–22%) [Antony et al., 1998; Brown et al., 1993, 2001; Crino & Andrews, 1996].

В дальнейших эпидемиологических исследованиях сообщалось о большей непоследовательности в уровнях коморбидности тревожных расстройств. Согласно опроснику NCS-R [Ruscio et al., 2010] в течение жизни самой высокой была распространенность для социальной тревоги (43,5%), за ней следовали специфическая фобия (42,7%), тревожное расстройство разлуки (37,1%), паническое расстройство (20%) и ГТР (8,3%). Однако в британском эпидемиологическом исследовании, основанном на диагнозах, поставленных по МКБ-10, коморбидность ГТР составила 31,4%, панического расстройства/агорафобии — 22,1%, социального тревожного расстройства — 17,3% и специфической фобии — 15,1% [Torres et al., 2006]. Результаты немецкого эпидемиологического исследования в большей степени соответствовали данным опросника NCS-R, за исключением того, что согласно данным этой работы частота ГТР была выше (21,1%), а панические атаки присутствовали у 34% пациентов с ОКР [Adam et al., 2012]. Швейцарское популяционное исследование показало [Fineberg et al., 2013], что коморбидные расстройства в течение жизни составляют 50% для ГТР, 40% для социальной тревоги, 20% для простой фобии и 16,7% для панического расстройства. В бразильском клиническом исследовании ОКР Торрес и коллеги [Torres et al., 2016] обнаружили, что социальное тревожное расстройство (34,6%), ГТР (34,3%) и специфическая фобия (31,4%) были наиболее распространенными коморбидными состояниями после глубокой депрессии (56,4%). Тревожное расстройство разлуки может наблюдаться при ОКР с распространенностью в течение жизни на уровне 27,2%, а также в связи с усилением личностной дисфункции и более слабой реакцией на терапию [Franz et al., 2015].

Примечательно, что частота коморбидности возрастает с увеличением тяжести обсессивно-компульсивного расстройства, а совместное возникновение тревожности и ОКР ассоциируется с сильным дистрессом и психосоциальными нарушениями [Fineberg et al., 2013; Hofmeijer-Sevink et al., 2013]. Обсессии и компульсии часто сочетаются с другими симптомами тревожности. Поэтому, чем больше тревоги проявляет человек, тем большим оказывается негативное влияние на его функционирование [Welkowitz, Struening, Pittman, Guardino, & Welkowitz, 2000]. Повышенная выраженность коморбидных тревожных симптомов также является значимым предиктором суицидальности при ОКР [Angelakis et al., 2015].

Несмотря на то что другие тревожные расстройства часто встречаются у людей с ОКР, если они являются основным диагнозом, обсессии и компульсии проявляются редко. Так, Браун и коллеги [Brown et al., 1993] обнаружили, что ОКР редко встречалось (2%), когда основным диагнозом было ГТР. Эта асимметрия была также очевидна на уровне симптомов: 41% пациентов с ОКР сообщали о беспокойстве, но только 15% пациентов с первичным ГТР имели навязчивые мысли. Данная тенденция была подтверждена в недавнем исследовании 57 человек с ГТР и 58 с паническим расстройством [Camuri et al., 2014]. Только у 7% испытуемых с ГТР было сопутствующее ОКР, а при паническом расстройстве этот показатель был еще ниже (1,7%).

Тревожные симптомы и расстройства часто встречаются при ОКР, и если они присутствуют, то связаны с большим личным дистрессом, выраженной тяжестью симптомов и ухудшением психосоциального функционирования. Несмотря на то что результаты исследований не вполне согласуются между собой, отмечается, что при ОКР могут присутствовать ГТР, социальная тревога, специфические фобии и в меньшей степени панические расстройства и тревога разлуки. С концептуальной точки зрения данные о коморбидности согласуются со взглядами исследователей, считающих ОКР тревожным расстройством. Очевидно, что индивидуальные формулировки случаев и постановка целей терапии могут потребовать более широкой перспективы, учитывающей наличие других тревожных расстройств и симптомов.

Расстройства обсессивно-компульсивного спектра

Два ключевых вопроса о взаимосвязи между расстройствами обсессивно-компульсивного спектра (ОКПС) и ОКР касаются частоты их коморбидности и того, имеют они общий фенотип или клиническую картину. В DSM-5 основными признаками ОКР являются BDD, ТТМ, экскариационное (колюще-режущее) расстройство (SPD) и HD [APA, 2013]. Недавно рабочая группа МКБ-11 по обсессивно-компульсивным и связанным с ними расстройствам предложила расширенную диагностическую группировку, в которой ипохондрия и обонятельное референтное расстройство были бы добавлены к ОКПС в DSM-5 [Stein et al., 2016]. Этот аргумент схож с ранее выдвинутым рабочей группой DSM-5 [APA, 2012].

Для ОКР уровень коморбидности ОКПС гораздо ниже, чем можно было бы ожидать для расстройств в рамках одной диагностической категории, и меньше, чем распространенность тревожных расстройств и симптомов.

В выборках ОКР пожизненная распространенность коморбидного ПРЛ составляет от 8,7 до 15%, для ТТМ — от 5,3 до 11%, для SPD — от 17 до 31%, а для HD или компульсивных приобретений — от 7 до 11% [Bienvenu et al., 2012; Costa et al., 2012; Lochner et al., 2014; Torres et al., 2016]. Частота коморбидности HD составляет около 10% [Chakraborty et al., 2012]. Однако частота коморбидности обсессивно-компульсивных симптомов и расстройств значительно ниже у лиц с основным диагнозом ОКРС. При ТТМ примерно 5% людей имеют коморбидное ОКР [Lochner et al., 2012], а при HD лишь небольшой процент людей имеют симптомы ОКР [Hall, Tolin, Frost, & Steketee, 2013]. Частота ОКР выше (31–35%) у лиц с ранним началом ПРЛ [Bjornsson et al., 2013]. За исключением ПРЛ, показатели коморбидности некоторых тревожных расстройств, таких как социальная тревога, специфические фобии и ГТР, значительно выше, чем показатели ОКРС. Таким образом, картина коморбидности, очевидная при ОКР, не подтверждает утверждение о том, что навязчивые расстройства имеют более тесную связь с ОКРС, чем с тревожными расстройствами.

Сторонники отдельной классификации ОКР и связанных с ним расстройств утверждают, что эти состояния имеют общие основные симптомы [APA, 2012; Stein et al., 2016]. В своем обзоре Филлипс и коллеги [Phillips et al., 2010] пришли к выводу, что ОКР и BDD имеют наибольшее сходство симптомов, а ТТМ имеет некоторое совпадение, но меньшее сходство симптомов с HD. Прямое клиническое сравнение выборки SPD с группой ОКР выявило мало сходства симптомов и отсутствие совпадений в распространенности среди родственников первой степени родства [Grant, Odlaug, & Kim, 2010]. Анализ мультимодального моделирования показателей самоотчета симптомов ОКР и ОКРС на основе 6310 человек из регистра взрослых близнецов Великобритании выявил неспецифический фактор генетической уязвимости, при котором ОКР нагружается BDD и HD и в меньшей степени — ТТМ и SPD [Monzani, Rijdsdijk, Harris, & Mataix-Cols, 2014]. Второй фактор генетической уязвимости, специфичный для конкретного расстройства, включал только ТТМ и SPD, в то время как ОКР, BDD и HD также имели влияние, характерное для расстройства. Исследователи пришли к выводу, что существует тенденция специфичности влияния факторов риска окружающей среды по отношению к конкретным расстройствам. Наконец, недавний логистический регрессионный анализ измерений обсессивно-компульсивных симптомов и ОКРС показал, что подшкалы агрессии и накопительства Йель–Брауновской шкалы обсессивно-компульсивных расстройств (YBOCS) связаны с SPD, тогда как сексу-

альные/религиозные показатели связаны с BDD [Torres et al., 2016]. Таким образом, возможно, специфические обсессивно-компульсивные симптомы связаны с ОКРС.

Как уже отмечалось, введение в DSM-5 отдельной классификационной категории ОКР и связанных с ней расстройств остается спорным решением. Взаимосвязь между ОКР и ОКРС не совсем ясна. С точки зрения распространенности и сходства симптомов ОКР, по-видимому, имеет наиболее тесную связь с BDD. Симптомы расстройства накопительства гораздо реже встречаются при ОКР, чем считалось изначально [Hall et al., 2013], и обнаруживают более высокую корреляцию с чертами обсессивно-компульсивного расстройства личности (ОКРЛ) [Samuels et al., 2008]. ТТМ и SPD имеют минимальную связь с ОКР. Для меньшинства людей с ОКР и симптомами накопительства или BDD сопутствующее наличие патологии ОКРС может приводить к большей выраженности симптомов, ухудшению функционирования и ответа на терапию [Costa et al., 2012; Knopp et al., 2013]. Учитывая их негативное влияние, практикам рекомендуется проводить оценку патологии ОКРС у клиентов с ОКР.

Тиковые расстройства

У людей, страдающих ОКР, особенно у детей и подростков, была обнаружена относительно высокая частота встречаемости тиков или тиковых расстройств, включая синдром Туретта [Goldsmith, Shapira, Phillips, & McElroy, 1998; March & Mulle, 1998]. В выборке из 239 взрослых с ОКР 19% имели в анамнезе моторные и/или фонические тики [Holzer et al., 1994]. От 30 до 40% взрослых с синдромом Туретта испытывают обсессивные и компульсивные симптомы [Leckman, 1993]. В одном из крупнейших клинических исследований, основанном на выборке из 1374 человек с синдромом Туретта, распространенность ОКР в течение жизни составила 50% [Hirschtritt et al., 2015]. Другие исследования подтвердили повышенную распространенность тиковых расстройств при ОКР, при этом показатели распространенности в течение жизни варьировались от 12,5% при синдроме Туретта до 28% при различных тиковых расстройствах [Lochner et al., 2014; Torres et al., 2016]. DSM-5 теперь включает “связанный с тиками” спецификатор для выявления лиц с ОКР и сопутствующим тиковым расстройством. Существует много доказательств того, что ОКР с хроническим тиковым расстройством в анамнезе, особенно у детей и подростков, имеет другую картину симптомов, семейный анамнез и, возможно, более слабую реакцию на терапию с использованием SSRI [Leckman et al., 2010]. Клини-

цисты, занимающиеся лечением детей и подростков с ОКР, должны принимать во внимание то, что симптомы, связанные с тиками, могут повлиять на клиническую картину и течение расстройства.

Психоз

Для исследователей представляют особый интерес случаи совместного возникновения в течение жизни ОКР и психоза из-за их этиологических последствий. В ранних работах по психиатрии было предложено объяснение связи между Obsessive Compulsive Disorder (ОКР) и нарушениями мышления, наблюдаемыми при шизофрении (см. обсуждение в работе [Lewis, 1936; Stengel, 1945]). Однако лишь у меньшинства людей с ОКР (15–20%) наблюдаются какие-либо симптомы психоза, и обычно они проявляются в виде отсутствия инсайта или неспособности противостоять Obsessive Compulsive Disorder (ОКР) [Insel & Akiskal, 1986]. У небольшого числа людей с ОКР навязчивые идеи соответствуют критериям бреда, но число людей с ОКР, прогрессирующих до шизофрении, не превышает количество людей с другими тревожными расстройствами [Rachman & Hodgson, 1980; Stein & Hollander, 1993]. Торрес и коллеги [Torres et al., 2006] обнаружили, что только 2,6% из выборки больных ОКР соответствовали критериям шизофрении по МКБ-10, в то время как Адам и коллеги [Adam et al., 2012] обнаружили, что 39% из выборки сообщили о возможных психотических симптомах.

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

В выборках людей, имеющих ОКР, встречаются расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ (ПАВ), особенно с употреблением алкоголя. По данным опросника NCS-R [Ruscio et al., 2010], 38,6% пациентов с ОКР имели коморбидное расстройство, связанное с использованием ПАВ в течение жизни, причем алкогольная зависимость была выше (24%), чем наркотическая (14%). Однако в обширных клинических исследованиях сообщалось о более низких показателях коморбидности расстройств, связанных с применением ПАВ. Крупное голландское клиническое исследование показало, что только у 13,6% клиентов с ОКР в течение жизни наблюдались расстройства, связанные с приемом ПАВ [Hofmeijer-Sevink et al., 2013]. В сингапурском исследовании психического здоровья 5,1% пациентов с ОКР злоупотребляли алкоголем, а 2,1% имели алкогольную зависимость в течение жизни [Subramanian et al., 2012]. Файнберг и коллеги

[*Fineberg et al.*, 2013] сообщили о низкой распространенности коморбидных диагнозов злоупотребления наркотиками и алкоголем в течение жизни в выборке пациентов с ОКР. Датское эпидемиологическое исследование показало, что коморбидность для расстройств, связанных с употреблением ПАВ, была ниже по сравнению с другими психиатрическими заболеваниями [*Toftdahl, Nordentoft, & Hjorthøj*, 2016].

В других исследованиях были обнаружены показатели коморбидности расстройств, связанных с употреблением ПАВ, сходные с показателями NCS-R. В британском национальном обзоре психиатрической заболеваемости 2000 г. отмечено, что 34% лиц с ОКР имели сопутствующие проблемы с алкоголем [*Torres et al.*, 2006]. Голландское эпидемиологическое исследование показало, что у 54,6% мужчин и 23,5% женщин с ОКР в течение жизни преобладали расстройства, связанные с употреблением ПАВ [*Blom et al.*, 2011]. В группе ОКР риск возникновения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, был значительно выше, чем у лиц без психических расстройств, а у мужчин с ОКР риск возникновения этих расстройств был выше, чем у лиц с другими психическими заболеваниями. Однако ОКР может значительно повышать риск развития сопутствующих расстройств у женщин.

Повышенный риск развития расстройств, связанных с ПАВ, при ОКР не удивителен, учитывая их схожую феноменологию. Компульсивность — основная черта ОКР, которая в настоящее время рассматривается в DSM-5, — включает в себя чувство крайней необходимости и ослабленный волюнтарный контроль, при котором повторяющийся, саморазрушительный поведенческий или ментальный ритуал выполняется для снижения тревоги или дистресса, предотвращения негативного исхода и/или отмены либо исправления нежелательного состояния [*APA*, 2013; *Denys*, 2011; *Rachman & Hodgson*, 1980]. По этой причине ОКР рассматривается как “поведенческая зависимость”, причем компульсивность является клинической особенностью, присутствие которой также подразумевается в алкогольной и наркотической зависимостях в целом [*Koob & Le Moal*, 2005]. В компульсивности ОКР и зависимостей участвует общая нейросхема, характеризующаяся нарушением обработки вознаграждения и наказания в вентральном стриатуме, снижением саморегуляции из-за ослабления вентромедиальной префронтальной области и дисбалансом между вентральной и дорсальной лобно-полосатой областями [*Figeo et al.*, 2015].

Взаимосвязь между ОКР и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, отличается значительной вариабельностью. Например, повышенное злоупотребление ПАВ при ОКР в первую очередь связано с алкоголем,

а не с наркотиками, как уже упоминалось [Ruscio et al., 2010; Torres et al., 2006]. У мужчин с ОКР частота коморбидных расстройств больше, чем у женщин, хотя у последних влияние обсессивности на расстройства значительно выше [Blom et al., 2011]. Существуют также доказательства того, что повышенная распространенность расстройств, связанных с употреблением ПАВ, чаще наблюдается у индивидуумов с менее тяжелыми обсессивно-компульсивными симптомами. По мере увеличения выраженности этих симптомов злоупотребление алкоголем или наркотиками в прошлом и в настоящее время становится менее вероятным [Cuzen, Stein, Lochner, & Fineberg, 2014].

Несмотря на противоречивость исследований и множество остающихся без ответа вопросов о связи между ОКР и расстройствами, связанными с приемом ПАВ, важно, чтобы при обследовании лиц с ОКР терапевты задавали вопросы о прошлом и текущем употреблении алкоголя и наркотиков. Наличие алкогольной или наркотической зависимости при любом психиатрическом заболевании связано с неблагоприятными исходами и более сложным ответом на терапию [Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004; Toftdahl et al., 2016].

ОКР и расстройства личности

Последний вопрос коморбидности, который заслуживает упоминания, это связь между ОКР и расстройствами личности, особенно ОКРЛ, которое представляет собой устойчивую тенденцию к чрезмерной озабоченности организацией, перфекционизмом и контролем, в то время как гибкость и открытость опыту остаются в стороне (см. также DSM-5; [APA, 2013]).

Концепция ОКРЛ уходит корнями в понятие Фрейда об анальной личности, характеризующейся склонностью к жадности, строптивости и одержимостью порядком [Freud, 1908/1959]. Первоначально обсессивная личность или анальный характер считались преморбидными для ОКР, и некоторые ранние исследования указывали на сильную связь между наличием симптомов ОКР и обсессивными чертами личности [Ingram, 1961b; Kline, 1968; Sandler & Hazari, 1960].

Эмпирические исследования, проведенные в 1970-х и 1980-х гг., поставили под сомнение традиционную психоаналитическую точку зрения, утверждавшую этиологическую связь между ОКРЛ и ОКР. Результаты, полученные в то время, указывали на то, что характеристики обсессивной личности разительно отличаются от обсессивно-компульсивных симптомов, и большинство людей с ОКР не имели преморбидной обсессивной

личности (см. обзор в [Pollak, 1979; Rachman & Hodgson, 1980]). Несмотря на высокий уровень коморбидности, наиболее распространенными расстройствами личности при ОКР были зависимый и избегающий типы, а ОКРЛ было менее распространено, чем можно было ожидать (см. обзор [Summerfeldt, Huta, & Swinson, 1998]). Таким образом, исследователи поведения, такие как Рахман и Ходжсон [Rachman & Hodgson, 1980], пришли к выводу, что ОКРЛ имеет меньшее отношение к ОКР, чем первоначально предполагалось психоаналитической школой.

Совсем недавно была предпринята еще одна попытка выяснить, может ли ОКРЛ быть важным фактором ОКР. В отличие от данных предыдущих исследований установлено, что ОКРЛ оказалось наиболее распространенным расстройством в нескольких выборках ОКР. Например, исследование 72 человек с ОКР показало [Samuels et al., 2000], что 32,4% имели коморбидное ОКРЛ, за которым следовали избегающее (11,3%) и нарциссическое (6,9%) расстройства личности. Обследование 420 амбулаторных пациентов с ОКР выявило, что 9% имели коморбидное ОКРЛ, 7,6% — зависимое расстройство личности, 5,6% — пограничное расстройство личности и 4,6% — избегающее расстройство личности [Denys, Tenney, van Megen, de Geus, & Westenberg, 2004]. А в метаанализе исследований личностных расстройств при тревожных расстройствах ОКРЛ имело наибольшую распространенность в выборках ОКР, за которыми следовали избегающее и зависимое личностные расстройства [Friborg, Martinussen, Kaiser, Øvergård, & Rosenvinge, 2013]. Эти результаты были воспроизведены в последних исследованиях коморбидности [Bulli, Melli, Cavalletti, Stopani, & Carraresi, 2016; Melca, Yücel, Mendlowicz, de Oliveira-Souza, & Fontenelle, 2015].

Если основываться на более строгих диагностических интервью, то показатель распространенности коморбидных расстройств при ОКРЛ оказывается даже выше, чем ожидалось. Авторы работы [Gordon, Salkovskis, Oldfield, & Carter, 2013] обнаружили, что 45% выборки пациентов с ОКР соответствовали критериям DSM-IV для ОКРЛ по сравнению с 14,7% коморбидности в группе пациентов с паническим расстройством. Кроме того, пациенты с сопутствующим ОКРЛ чаще употребляли алкоголь, имели большую выраженность показателей и значительное количество депрессивных симптомов.

ОКРЛ может демонстрировать более сильную связь с такими обсессивно-компульсивными симптомами, как сомнение и проверка, чем с такими, как мытье [Gibbs & Oltmanns, 1995; Tallis, Rosen, & Shafran, 1996]. Исследования, в которых изучали ОКРЛ, показали, что коморбидность может

быть обусловлена в первую очередь накопительством, перфекционизмом и заикленностью на деталях, а не такими критериями DSM-IV, как ригидность, жесткая мораль, чрезмерная преданность работе и т.д. [Eisen et al., 2006; Gordon et al., 2013]. Более того, Коулз и соавторы пришли к выводу, что лица, у которых наблюдаются ОКР и ОКРЛ, представляют собой особый подтип ОКР, характеризующийся меньшим возрастом начала заболевания, более высокой частотой коморбидных тревожных и избегающих расстройств личности, повышенной частотой определенных обсессивно-компульсивных симптомов и большим нарушением функционирования [Coles, Pinto, Mancebo, Rasmussen, & Eisen, 2008]. Как и ожидалось, наличие коморбидных расстройств личности ассоциируется с худшими результатами лечения ОКР [Keeley et al., 2008; Thiel et al., 2013].

Хотя эмпирические исследования не подтверждают мнение о том, что ОКРЛ является личностной детерминантой ОКР, его важность, возможно, была недооценена в ранних поведенческих исследованиях. Выводы Расмуссена и Айзена [Rasmussen & Eisen, 1992] относительно ОКРЛ остаются актуальными: 1) ОКРЛ встречается у многих людей, у которых никогда не развивается психическое расстройство; 2) констелляция личности часто возникает при психических заболеваниях, не связанных с ОКРЛ; и 3) 55–75% людей с ОКР не имеют ОКРЛ. Однако наличие ОКРЛ у пациентов с ОКР может представлять собой отдельную подгруппу, характеризующуюся большей тяжестью клинических проявлений и нарушением функционирования, а также худшей реакцией на терапию. Поэтому терапевты, лечащие клиентов с ОКР, должны регулярно оценивать наличие признаков ОКРЛ и модифицировать протоколы лечения, чтобы справиться с перфекционизмом, дотошностью и другими компульсивными чертами, которые могут оказать негативное влияние на течение расстройства и его терапию.

ПОДТИПЫ СИМПТОМОВ

ОКР — это гетерогенное расстройство с разнообразной симптоматикой. Хотя ОКР считается единым диагностическим конструктом, у людей, имеющих его, могут быть совершенно разные проявления симптомов, что ставит под сомнение валидность и клиническую полезность диагноза [Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger, & Leckman, 2008]. Данная проблема поднимает вопрос о том, что диагностическая прозрачность и эффективность терапии могут быть улучшены, если ОКР разделить на более однородные подтипы. Учитывая эту возможность, были разработаны

специальные протоколы КППТ для контаминации/мытья [Rachman, 2006], сомнения/проверки [Rachman, 2002] и неприемлемых obsessions [Rachman, 2003]. Подход, состоящий в выделении подтипов, имеет долгую историю в терапии ОКР, начиная с ранних клинических исследований различий в компульсивном поведении, затем переходя к многомерному анализу списков симптомов, а в последнее время — к поиску глубинных психологических процессов, помогающих дифференцировать различные типы ОКР [Calamari, 2005].

Ранние исследования

Исследования подтипов начались с систематических клинических наблюдений и экспериментов по изучению различий в компульсиях. Рахман и Ходжсон [Rachman & Hodgson, 1980] сравнили клиническую картину компульсий уборки и проверки. Компульсии уборки имели более выраженный фобический компонент, связанный с избеганием (т.е. уменьшением страха, связанного с предполагаемым загрязнителем), тогда как проверка чаще была связана с сомнениями и нерешительностью, сопровождающимися активным избегающим поведением (т.е. проверка предотвращает какой-либо будущий негативный результат). Ритуалы проверки требуют больше времени для завершения, имеют медленное начало, вызывают большее внутреннее сопротивление и чаще сопровождаются чувством гнева или напряжения, чем компульсии уборки. Кроме того, людям с компульсивной проверкой труднее приобрести необходимую уверенность или гарантию предотвращения возможного негативного будущего события. В работе [Steketee et al., 1985] также обнаружили значительные различия в симптомах и структуре страха у людей с компульсиями уборки и проверки.

Некоторые люди с ОКР имеют obsessive rumination без явных компульсий [Akhtar, Wig, Varma, Pershad, & Verma, 1975; Ingram, 1961a; Rachman, 1985; Rasmussen & Tsuang, 1986; Welner et al., 1976]. Распространенность этого подтипа ОКР может достигать 20% [Freeston & Ladouceur, 1997a], хотя авторы работы [Foa, Steketee & Ozarow, 1985] уточнили, что у большинства людей с “чистыми obsessions” наблюдаются ментальные компульсии. Это подтвердилось в полевом исследовании DSM-IV, в котором только 2,1% уборки ОКР имели навязчивости без компульсий [Foa et al., 1995]. Поскольку открытые и скрытые (ментальные) компульсии/нейтрализация выполняют одинаковую функцию при ОКР, до сих пор неясно, следует ли считать obsessive rumination отличными от других подтипов ОКР.

В работе [Rasmussen & Eisen, 1992; 1998] сообщается о проведении одного из крупнейших клинических исследований по классификации симптомов на основе данных более чем 1000 американцев с ОКР. Наиболее распространенными обсессиями были страх контаминации (50%) и патологическое сомнение (42%), в то время как мытье/уборка (50%) и проверка (61%) были наиболее часто встречающимися компульсиями. Реже обнаруживались религиозные/кошунственные (10%) обсессии и накопительство (18%).

Рассмотренные результаты ранних исследований по классификации подтипов ОКР оказали глубокое влияние на то, как практикующие терапевты справляются с гетерогенностью симптомов обсессивно-компульсивных расстройств. Большинство экспертов в области исследования и лечения ОКР считают, что расстройство включает в себя пять симптомов: контаминация/уборка, симметрия/порядок/повторение/счет, накопительство, обсессии проверки причинения вреда (агрессии), а также сексуальные/религиозные обсессии [Mataix-Cols, Pertusa, & Leckman, 2007]. Однако существует несколько проблем. Во-первых, этот подход предполагает, что люди с ОКР имеют один первичный обсессивный или компульсивный симптом, тогда как в действительности у большинства клиентов наблюдаются множество обсессий и компульсий [Akhtar et al., 1975], выходящих за рамки категорий подтипов. Во-вторых, люди с ОКР преимущественно демонстрируют существенные изменения в симптомах обсессивно-компульсивного расстройства с течением времени [Skoog & Skoog, 1999]. Кросс-секционный характер большинства исследований подтипов игнорирует изменяющуюся природу обсессивно-компульсивных симптомов. И в-третьих, ранние исследования подтипов не смогли показать, что эти категории соответствуют ключевым критериям для создания отдельных и валидных психиатрических подтипов [Rowell & Francis, 2015]. Учитывая названные трудности, исследователи обратились к многомерному анализу списков симптомов в поисках последовательных и надежных моделей.

Многомерный анализ симптомов

Многомерный подход не предполагает, что клиентов можно разделить по определенным подтипам симптомов. Вместо этого определяются отдельные показатели симптомов, по которым люди различаются в той или иной степени. Эти показатели обычно определяются с помощью факторного или кластерного анализа. В последние годы большинство таких исследований опиралось на многомерный структурный анализ контрольного списка сим-

птомов obsessions и compulsions Йель–Брауновской шкалы obsessive-compulsive disorders (YBOCS) [Goodman et al., 1989a, 1989b].

В ранних структурных анализах контрольного перечня симптомов YBOCS часто встречались четыре типа симптомов. Они были обозначены как: 1) агрессивные, сексуальные, религиозные, соматические obsessions и compulsions проверки; 2) симметрия, obsessions точности и подсчета, а также compulsions упорядочивания; 3) грязь, obsessions контаминации и compulsions уборки; 4) накопительство [Baer, 1994; Leckman et al., 1997; Summerfeldt, Richter, Antony, & Swinson, 1999]. Обзор 12 факторно-аналитических исследований YBOCS подтвердил, что четыре типа симптомов объясняют большую часть дисперсии симптомов при ОКР: симметрия/упорядочивание, накопительство, контаминация/уборка и obsessions/проверка [Mataix-Cols, do Rosario-Campos, & Leckman, 2005]. Более того, домены симптомов продемонстрировали определенную временную стабильность, а также различные паттерны коморбидности, неврологических коррелятов и реакции на терапию. Более поздний метаанализ, проведенный по 21 факторно-аналитическому исследованию YBOCS, в основном повторил данные результаты [Bloch et al., 2008]. Авторы пришли к выводу, что эти четыре измерения объясняют большую часть гетерогенности obsessive-compulsive симптомов, хотя существует некоторая неопределенность относительно того, куда отнести соматические и смешанные obsessions, а также compulsions проверки.

Имеются многочисленные сообщения о сложности воспроизведения четырехфакторной структуры симптомов [Summerfeldt et al., 1999]. Авторы работы [Calamari, Wiegartz, & Janeck, 1999] провели кластерный анализ контрольного списка симптомов, приведенных в YBOCS, и выделили пять подгрупп пациентов: причинение вреда, накопительство, контаминация, уверенность и obsessions. Однако попытка повторного анализа не подтвердила состоятельность такого разделения, а показала, что таксономия из семи групп оказалась более подходящей для интерпретации [Calamari et al., 2004]. Авторы этой работы отметили, что некоторые кластеры, такие как контаминация и причинение вреда, были более стабильными, в то время как другие, такие как obsessions, симметрия и точность, оказались менее постоянными. При таксономическом анализе симптомов и когниций ОКР Хаслам и коллеги обнаружили [Haslam, Williams, Kyrios, McKay, & Taylor, 2005], что только obsessive подтип с убеждениями о важности и контроле мыслей соответствует критериям отдельного таксона, в то время как

подтипы завышенной ответственности, перфекционизма, проверки и контаминации были более многомерными по своей природе.

Хотя в исследованиях подтипов имеются многочисленные методологические проблемы, существует достаточно эмпирических данных, указывающих на то, что были определены надежные и валидные подтипы симптомов. Это потенциально полезно для исследования и терапии ОКР. В обзоре [McKay et al., 2004] авторы пришли к выводу, что четыре подтипа симптомов постоянно фигурируют в качестве основных признаков ОКР: контаминация/мытьё, проверка, накопительство и симметрия/упорядочивание. Авторы работы [Sookman, Abramowitz, Calamari, Wilhelm & McKay, 2005] рекомендовали разработать специализированные протоколы КПТ для конкретных подтипов симптомов, чтобы повысить эффективность терапии. Радомский и Тэйлор [Radomsky & Taylor, 2005] задались вопросом, можно ли улучшить разделение симптомов по подтипам, если рассматривать их функции, а также связанные с симптомами психологические процессы, например когнитивные аспекты ОКР. Другие исследователи утверждают [Clark, 2005; Mataix-Cols et al., 2005], что деление на подтипы может быть более успешным при использовании многомерного, а не категориального подхода.

Эмпирическая и клиническая полезность разделения на подтипы на основе симптомов была подкреплена расширением исследовательской базы. Недавно подтвержденный факторный анализ с использованием Многомерной шкалы обсессивно-компульсивных расстройств (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale — DOCS) [Abramowitz et al., 2010] показал, что гетерогенность симптомов ОКР лучше всего отражается общим фактором обсессивно-компульсивных симптомов, сосуществующим с четырьмя специфическими измерениями симптомов: контаминация, ответственность за причинение вреда, неприемлемые обсессивные мысли и порядок/симметрия [Olatunji, Ebesutani, & Abramowitz, 2017]. В оригинальном психометрическом исследовании DOCS Абрамовиц и коллеги [Abramowitz et al., 2010] использовали поисковый и подтверждающий факторный анализ на выборках с ОКР, тревожных расстройствах и неклинических заболеваниях, чтобы подтвердить четырехмерную структуру DOCS. Четыре измерения симптомов воспроизводились в разных выборках, имели приемлемые уровни конвергентной и дискриминантной валидности и были чувствительны к методам терапии. Для мытья, неприемлемых или запретных обсессий, проверки и порядка/симметрии были обнаружены различные генетические корреляции [López-Solà et al., 2016].

Подтипы ОКР, основанные на симптомах, могут по-разному реагировать на терапию. Большинство исследований показало, что некоторые симптомы, такие как накопительство и (в меньшей степени) неприемлемые obsессии без явных компульсий, хуже отвечают на лечение [Keeley et al., 2008; Mataix-Cols et al., 2005; Sookman et al., 2005], хотя другие исследования не обнаружили различий в реакции на терапию, оцениваемой по симптомам [Chase, Wetterneck, Bartsch, Leonard, & Riemann, 2015]. В своем обзоре [Knopp et al., 2013] авторы пришли к выводу, что связь между выраженностью obsессивно-компульсивных симптомов и результатами терапии ненадежна (за исключением накопительства, которое теперь является отдельным расстройством в DSM-5).

В одном из последних критических обзоров, посвященных подтипам ОКР [Rowell & Francis, 2015], авторы пришли к выводу, что большинство подтипов, основанных на симптомах, не обладают достаточной валидностью. Хотя ни один подтип не соответствовал всем шести основным принципам, предложенным Робинсом и Гузе [Robins & Guze, 1970] для установления валидности, аутогенная и реактивная классификация obsессий, предложенная [Lee & Kwon, 2003], была наиболее валидной и соответствовала пяти из шести критериев. Эта классификация не основана исключительно на симптомах, поскольку в определение их проявлений также включены когнитивные феномены.

Альтернативное разделение на подтипы

Как отмечалось ранее, некоторые авторы утверждают, что компульсивность является основным симптомом ОКР. Гиллан и Саакян [Gillan & Sahakian, 2015] предложили гипотезу о привычках ОКР, согласно которой компульсии являются основной чертой расстройства, а obsессии — лишь побочным продуктом. Данная концепция утверждает, что компульсии отражают нейробиологически обоснованное нарушение поведения, направленного на достижение цели, и автоматических привычек, которое проявляется как чрезмерное обучение привычкам. Роджерс и коллеги выделили два подтипа на основе понятия компульсивности: чисто компульсивная и смешанная obsессивно-компульсивная группа [Rodgers et al., 2015]. Эти подтипы были получены на основе трех репрезентативных выборок швейцарской общины, при этом группа с чистой компульсивностью состояла из лиц с компульсиями, но без obsессий, а смешанная группа — с obsессивными мыслями и компульсиями или без них. Среди людей с диагнозом ОКР смешанный подтип имел тенденцию к значительному преобладанию,

хотя 26–49% попали в группу только с компульсиями. Более того, у смешанного подтипа имелось больше неблагоприятных факторов в детстве, больше семейного бремени и коморбидности с другими расстройствами.

Выделение подтипов на основе наличия или отсутствия компульсий находит более ранние поведенческие различия (например, мойщики против проверяющих). В клинических выборках чистые компульсии могут быть редким клиническим проявлением. Как следует из оценок тяжести obsessions и компульсий по YBOCS [Foa et al., 1995], в полевых испытаниях DSM-IV выявлено, что менее 1% лиц с ОКР имели преимущественно компульсии. Однако, когда дифференциация проводилась на основе того, что беспокоит человека больше всего, 50% отметили как obsessions, так и компульсии, 20% — в основном компульсии, а 30% — в основном obsessions. Ретроспективное исследование с использованием YBOCS 1086 человек, получавших стационарное или амбулаторное лечение по поводу ОКР показало, что 94,4% имели как obsessions, так и компульсии [Leonard & Riemann, 2012].

Очевидно, что выделение только компульсий может оказаться бесполезным, учитывая их низкую распространенность в выборках ОКР. Кроме того, может оказаться, что “чистые компульсии” представляют собой более раннюю стадию развития ОКР [Rodgers et al., 2015], или у этих людей может отсутствовать понимание симптомов ОКР [Leonard & Riemann, 2012]. Другие исследователи предполагают, что выделение подтипов ОКР может выиграть от рассмотрения когнитивных особенностей расстройства [Radomsky & Taylor, 2005]. Большинство подобных исследований основывается на шести дезадаптивных убеждениях, связанных с ОКР (т.е. завышенная ответственность, переоценка угрозы, важность мысли, контроль мыслей, перфекционизм и нетерпимость к неопределенности), предложенных рабочей группой по obsessive-compulsive cognitions [OCCWG, 1997, 2001].

Однако первые попытки определить надежные и валидные подтипы ОКР, основанные на дисфункциональных убеждениях, не были обнадеживающими. В своем таксономическом анализе Хаслам и коллеги [Haslam et al., 2005] пришли к выводу, что завышенная ответственность, переоценка угрозы и перфекционизм имеют более многомерный характер, и только важность мыслительных убеждений и obsessive симптомы оказались таксонами, потенциально пригодными для выделения подтипов. Некоторые исследователи предложили простое разделение на группы с высоким и низким уровнем obsessive-compulsive убеждений [Taylor et al., 2006], хотя в другом исследовании не удалось воспроизвести эту двухкластерную

классификацию [Calamari et al., 2006]. Несмотря на неоднозначность результатов, есть основания заключить, что убеждения в ответственности и угрозе ассоциируются с контаминацией/мытьем, важность и контроль мыслей — с навязчивыми идеями о вреде, а перфекционизм и убежденность — с порядком, симметрией и точностью [Julien, O'Connor, Aardema, & Todorov, 2006; Tolin, Brady, & Hannan, 2008].

Другие попытки вывести подтиповую классификацию ОКР, основанную на нейропсихологических различиях, характере коморбидности или течении расстройства, не привели к надежной и валидной дифференциации ОКР (обзоры см. в работах [McKay et al., 2004; Rowsell & Francis, 2015]). Несмотря на несоответствия в исследованиях подтипов ОКР, неоднородность симптомов ОКР неоспорима, поэтому поиск валидной классификации их подтипов продолжается. В свете этих соображений в последних четырех главах книги представлены протоколы терапии четырех подтипов симптомов, получивших наиболее надежную эмпирическую поддержку: контаминация/мытье, сомнение/проверка, obsessions вреда/секса/религии и симметрия/порядок.

РЕЗЮМЕ

ОКР — это сложное расстройство, поражающее человека в юности и часто сохраняющееся на всю жизнь, с периодическим обострением симптомов, которые могут оказывать тяжелое и достаточно генерализованное негативное влияние на функционирование в социальной сфере и личные достижения. Хотя люди часто осознают иррациональность своих страхов и бесполезность ритуалов, они кажутся бессильными в попытках преодолеть навязчивые идеи. Из феноменологии ОКР можно сделать несколько выводов для терапии.

- Хотя в DSM-5 ОКР считается диагностически отличным от тревожных расстройств, навязчивые состояния имеют общую симптоматику, высокую коморбидность, общие психологические процессы и сходный с другими тревожными состояниями ответ на терапию. Поэтому когнитивно-поведенческий подход продолжает рассматривать ОКР как вариант тревожных расстройств.
- Если выраженность обсессивно-компульсивных симптомов находится в диапазоне от легкой до умеренной степени, можно ожидать хронического течения заболевания и возможного нежелания клиентов обращаться за медицинской помощью.

- Для мотивации и усиления готовности клиента к лечению терапевты должны изучить негативное влияние ОКР на качество жизни, семейные отношения, профессиональную деятельность и эмоциональное функционирование.
- Во время терапии необходимо постоянно контролировать суицидальный потенциал, особенно в случаях тяжелого ОКР и/или коморбидных депрессии и тревожных расстройств.
- Оценка должна включать влияние основных жизненных событий на выраженность обсессивно-компульсивных симптомов. Кроме того, терапевты должны помнить о том, что улучшение симптомов может быть связано с уменьшением силы стресса, испытываемого клиентом, а не с истинным ответом на терапию.
- Поскольку депрессивные симптомы встречаются часто, при оценке ОКР необходимо проводить тщательную оценку уровня депрессии. При тяжелой депрессии может потребоваться изменение протоколов лечения, чтобы справиться с повышенным негативизмом, низкой мотивацией и безнадежностью.
- Терапевты могут ожидать, что многие люди с ОКР также будут иметь социальную тревожность, фобии, тревогу разлуки, патологическое беспокойство (т.е. ГТР) и/или панические атаки. Поэтому должна проводиться широкая оценка, гарантирующая, что при концептуализации случая не будет упущена коморбидная тревожность.
- При лечении подростков и юношей с ОКР терапевты должны помнить о возможном коморбидном анамнезе BDD и тикового расстройства. Кроме того, нужно учитывать, что прогрессирование обсессивно-компульсивных симптомов до психоза встречается редко, но все же возможно.
- Терапевты должны спрашивать клиентов о прошлом и текущем употреблении алкоголя, особенно лиц с легкими и умеренными обсессивно-компульсивными симптомами.
- При лечении ОКР следует учитывать личностные особенности, уделяя особое внимание таким чертам ОКРЛ, как перфекционизм, озабоченность деталями, чрезмерное стремление к контролю и ригидность. Для учета личностных особенностей, оказывающих негативное влияние на эффективность лечения, может потребоваться некоторое уточнение протоколов терапии.

- Терапевты должны определить основную Obsession и Compulsion у каждого клиента, чтобы выяснить, какой протокол КПТ будет наиболее подходящим для симптомов конкретного клиента.

Основа любой теории, исследования или терапии ОКР начинается с четкого понимания природы Obsessions и Compulsions. Однако отличить данную феноменологию от других патологических переживаний может быть сложно из-за множества общих черт. Следующие две главы посвящены этой проблеме и предлагают обзор последних исследований природы Obsessions, Compulsions и их коррелятов.