



Ведучий семінару
Олег Ігорович Романчук –
 лікар-психотерапевт, дитячий
 та підлітковий психіатр,
 керівник відділення
 розвитку дитини
 навчально-реабілітаційного
 центру «Джерело» у м. Львові

Адреса для кореспонденції:
i.cbt.org.ua@gmail.com

Шановні читачі!

На сторінках журналу «НейроNEWS» стартує семінар, який включатиме серію публікацій на тему когнітивно-поведінкової терапії. Семінар орієнтований на практичних психологів, психотерапевтів і психіатрів, а також буде корисним й інформативним для всіх лікарів, які цікавляться проблемами психіатрії та методами надання допомоги пацієнтам з психічними розладами. Усі матеріали друкуються за підтримки Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії.

Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії obsесивно- компульсивного розладу

Оbsесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним з найбільш поширених психіатричних розладів. Так, у США – це четвертий за поширеністю психічний розлад. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, у середньому 2,5% осіб за життя матимуть ОКР, тобто кожна сорокова людина. Це «молодий» розлад: його дебют припадає переважно на пізній підлітковий та молодий дорослий вік – вік старшокласників та студентів (у 30% випадків – початок у дитинстві, у 65% – до 25 років, тільки у 15% – після 35 років). Втім, за відсутності належної допомоги ОКР може набувати хронічного, пожиттєвого перебігу та суттєво інвалідизувати життя людини. Специфічність симптоматики цього розладу – сприйняття людиною нав'язливих думок як ознак своєї «ненормальності», страх, що інші сприймуть тебе «божевільним», коли довідаються про твої думки і дії, викликає у багатьох хворих відчуття сорому, яке змушує їх приховувати симптоми розладу від інших. З іншого боку, є страх звернутися до психіатра, бо «тебе визнають психічно хворим». Відповідно, часто звернення за допомогою є запізнілим – згідно з даними досліджень, у США середньостатистичний час звернення за допомогою становить 7,5 років після появи симптомів ОКР. Іншою проблемою є й те, що нерідко попри звернення за психіатричною допомогою розлад неадекватно діагностують та лікують. Ще однією проблемою, особливо гостро вираженою в Україні, є недоступність важливої форми допомоги – когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка, відповідно до сучасних протоколів, є методом першого вибору при лікуванні

ОКР у дітей і підлітків та одним з двох методів першого вибору лікування ОКР у дорослих поряд із фармакотерапією антидепресантами з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Тож у даній статті представляється когнітивно-поведінкова модель розуміння симптомів та походження ОКР, стислий огляд моделі терапії ОКР методом КПТ та емпіричних доказів її ефективності.

Клінічний випадок ¹

Тарасові 17 років, він ніде не вчиться і не працює, останні 3 роки майже не виходить з дому. Симптоми ОКР з'явилися у юнака у 8 років, усе почалося зі страху заразитися мікробами при контакті з «брудними» речами та компульсивним миттям рук. Перші 3 роки на ці симптоми спеціально не зверталася увага і вони сприймалися як любов до чистоти, однак з часом список «брудних» предметів наростав, компульсивне миття рук ставало усе частішим, тривога при неможливості помити руки була дуже високою. В 13 років це вже спричинило значні проблеми у школі: тривога заважала вчитися, можливість уникати контакту із «забрудненими» предметами була обмеженою, часте миття рук не завжди можна було приховати – окремі епізоди кепкування з цього однокласників викликали відчуття сорому та небажання ходити до школи. Починаючи з 8-го класу, у зв'язку з неможливістю уникнення та виконання усіх «необхідних» компульсій у школі, почалися періоди відмови відвідувати школу, які могли тривати по 2-3

¹ Це реальний випадок, ім'я та деталі змінено з метою захисту конфіденційності. Будь-яка схожість є випадковою.

тижні щомісяця. Саме тоді сім'я вперше звернулася до психіатра, і Тарасові була призначена фармакотерапія (пароксетин), яка, на жаль, не давала ефекту попри адекватно високі дози. Останню половину 10-го класу та весь 11-й Тарас провчився за «домашньою програмою». Виходи з дому супроводжувалися новим компульсивним правилом, що треба повертатися додому тією ж дорогою, якою йшов від дому. Спочатку це було пов'язано з потребою обходити «забруднені» місця (наприклад, смітники), з часом стало загальним правилом, яке суттєво обмежувало можливість пересуватися. Відхилення від маршруту викликало тривогу сильного ступеня із симптомами дереалізації, які оцінювалися Тарасом як ознака того, що він може «втратити розум, перенестися у нереальний світ». Відповідно, потрібно було вертатися багато разів, аби пройти дорогу назад «само так». Такі виходи з дому ставали усе більшим стресом, тому Тарас почав уникати їх частіше, що суттєво вплинуло на його соціальні стосунки (в цілому, він мав багато друзів і любив спілкування – тепер воно стало обмежуватися лише телефоном). Нові симптоми ОКР з'явилися тоді, коли у 16 років купили комп'ютер, мати який було великою мрією, – хлопець почав хвилюватися, що наявність солі на долонях (з поту чи з їжі) може пошкодити ті його деталі, до яких він торкається руками. В результаті почалося багатократне миття та «осушення» рук. З часом тривога стала такою високою, що хлопець мусив обмежити користування комп'ютером. Така ж ситуація виникла і з мобільним телефоном – попри розуміння ірраціональності та неможливості пошкодити його залишками солі на долонях, тривога при користуванні була настільки високою навіть при виконанні компульсій, що врешті Тарас вирішив «задля власного спокою» відмовитися від нього. Відповідно, спілкування з друзями обмежилось вже тільки стаціонарним телефоном. Наступною obsesією стала думка про можливе пошкодження та втрату музичного слуху (у Тараса музичний талант, грає на гітарі, раніше мріяв про майбутнє музиканта): якщо грати на погано налаштованій гітарі або ж слухати, коли хтось співає і фальшує. Це призвело до постійного перевлаштування гітари і, врешті, відмови від неї, а також від відвідування церкви, де в хорі часом хтось фальшував. Хлопець розумів, що його страхи перебільшені і що метою компульсій та уникнення частіше була сама непереносимість тривоги. Увесь цей час також тривало інтенсивне фармакологічне лікування. Та, на жаль, юнак відноситься до тієї групи пацієнтів, які «не відповідають» на фармакотерапію: за 3 роки лікування було випробувано практично усі рекомендовані сучасними протоколами фармакотерапії препарати та їх комбінації (антидепресанти СІЗЗС, клофраніл, їх комбінація з нейролептиками, протиконвульсивними засобами тощо). Застосовували й психоаналітичну терапію (півроку, дві сесії на тиждень, припинену за ініціативи пацієнта та рідних з огляду на відсутність ефекту), холотропне дихання. Врешті, через 3 роки фармакотерапії її було припинено за ініціативи батьків та юнака. На консультації психіатра з Великобританії було рекомендовано пробу КПТ. Можливість її проведення була лише в іншому місті, однак Тарас мобілізувався на те, щоб виходити з дому і їздити щотижня до іншого міста.

КПТ тривала 5 місяців, один раз на тиждень перші 3 місяці на двогодинну сесію, далі – один раз на 2 тижні ще протягом двох місяців. Застосовувалася як основне втручання техніка градуїрованої експозиції з попередженням реакції та стандартні когнітивні техніки. Між сесіями Тарас щоденно самостійно проводив експозиції. За 4 місяці терапії досягнуто 90% редукції симптомів ОКР (тривоги, obsesій, компульсій та уникнення, ступінь вираженості оцінювали за шкалою ОСІ), залишилися окремі мікрокомпульсії, які суттєво не впливають на якість життя. Повністю відновлено свободу пересування, користування комп'ютером та мобільним телефоном, відвідування церкви, спілкування з друзями та заняття музикою. Через півроку після завершення терапії Тарас успішно склав ЗНО і влітку за його результатами та іспитом з гри на гітарі вступив до музичного училища. За рік після завершення терапії у нього утримується ремісія від ОКР, він навчається, живе повноцінним соціальним життям.

Коментар пацієнта

Когнітивно-поведінкова терапія виявилась дуже ефективною в моєму випадку ОКР. Завдяки цьому методу мені вдалося повністю позбутися хвороби. Жодний з методів, якими я лікувався до цього, не приніс бажаного результату. Спочатку я не міг повірити, що метод насправді є дієвим, та не зміг відмовитися, бо дуже дошкуляли симптоми хвороби. В моєму розумінні лікування могло бути лише за допомогою препаратів. Та згодом завдяки КПТ хвороба повністю зникла. КПТ дала мені можливість взяти контроль над obsesіями та компульсіями в свої руки, не боятися та крок за кроком працювати над їх подоланням. Під час лікування я отримував задоволення від того, що мій стан покращувався. КПТ дала можливість знову жити повноцінним життям.

Коментар до клінічного випадку

Цей випадок не має метою представлення КПТ як «чудо-методу»: вона має свої обмеження і далеко не завжди може бути настільки ефективною. Даний клінічний випадок також не свідчить про те, що фармакотерапія неефективна – часто при ОКР вона може бути дуже дієвою; не критикує психоаналіз чи холотропне дихання – ці методи мають свою цінність і показання до застосування. Даним випадком автор лише бажає продемонструвати, що ОКР може суттєво вплинути на якість життя людини та її долю загалом і що КПТ є ефективним методом допомоги при ОКР, тому дуже важливо, щоб в Україні він розвивався. Ця стаття зосереджена на представленні моделі КПТ при ОКР та огляді емпіричних доказів її ефективності.

Діагностичні критерії ОКР

Основними симптомами цього розладу є наявність obsesій та/або компульсій, які викликають значний дистрес, займають значну частину часу (не менше 1 години на день) та суттєво впливають на якість життя людини (ці вимоги діагностичних критеріїв відмежовують ОКР від субклінічних форм, яких, згідно з даними

досліджень, досить багато – 4-15%). Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV, обсесії – це повторювані нав'язливі думки, образи чи імпульси, які носять інтрузивний характер і викликають виражений дистрес. Вони сприймаються як «продукт» власної психіки (на відміну від шизофренії, коли у людини може бути відчуття, що їй транслюють чужі думки), однак є переважно его-дистонними (тобто небажаними) – людина намагається позбутися цих думок, наприклад, намагаючись «не думати» про них чи у певний спосіб «нейтралізувати». Компульсії – це повторювані дії чи ментальні акти, які людина виконує у відповідь на обсесії або ж ригідні правила з метою попередження загрози чи зменшення емоційного дистресу. Згідно з вимогами критеріїв, обсесії/компульсії принаймні на певному етапі хвороби повинні сприйматися людиною як ірраціональні, і до них має бути певна критика (це дозволяє диференціювати ОКР з психотичними розладами), їх зміст не повинен бути обмежений специфічною «тематикою», притаманною іншим розладам першої осі (як-от, думки про їжу чи вигляд власного тіла при анорексії). Також обсесії/компульсії не мають бути спричинені іншим медичним захворюванням чи дією психоактивної речовини.

Розуміння симптомів та походження ОКР

Сучасні дослідження етіології ОКР вказують на роль генетичних факторів як чинників схильності: 25% близьких родичів хворих на ОКР мають цей розлад, у монозиготних близнят порівняно із дизиготними частота становить 65 проти 15% (Hettema, 2001). Генетична схильність, імовірно, проявляється через дизрегуляцію у нейротрансмітерній системі серотоніну (і, відповідно, загальну схильність до тривоги та «зациклення» – дослідження показують також високий ступінь коморбідності і щодо інших тривожних розладів), а також певну «вразливість» системи таламус – хвостате ядро – орбітальна кора – поясна звивина кори (cingulate gyrus). Ця система відповідає за «фільтрування» думок (ті, які варті уваги, і ті, які не допускаються до свідомості як неважливі – це, зокрема, функція хвостатого ядра), а також надання значення окремим думкам як таким, що сигналізують про небезпеку та відповідне «зациклення» на них (функція орбітальної кори та поясної звивини). Систему можна метафорично порівняти з антивірусом комп'ютера: коли виявлена певна загроза, антивірус постійно «викидає» на екран віконечко червоного кольору з повідомленням про небезпеку, супроводжуючи це відповідним звуковим сигналом. І на яку б іншу програму ми не перемикали, віконечко все одно вискакуватиме поверх інших вікон до тих пір, доки загроза не буде ліквідована. У людей з ОКР мозок має «гіперчутливу» систему сканування можливих загроз, яка мовою метафори «виявляє загрозу там, де її нема, або ж вона дуже мало ймовірна і супроводжує її сильним сигналом тривоги», і за певних умов, про які йтиметься нижче, ця система може дати «збій», який проявиться симптомами ОКР.

Нейробіологічна схильність у моделі КПТ може доповнитися і додатковими чинниками схильності, які пов'язані з психосоціальним досвідом людини, зокрема

у дитинстві, та формуванням певних особистісних переконань (мовою КПТ – глибинних переконань/схем та пов'язаних з ними дисфункційних припущень).

Для прикладу, у пацієнтки К., яка виросла в сім'ї, де були проблеми зі зловживанням алкоголем у батьків і у непередбачуваний спосіб ставалося багато стресових подій (п'яні дебоші, бійки тощо) – «система тривоги» активізувалася дуже часто і, відповідно, сформувалася «схема очікування на небезпеку» (може статися щось страшне, катастрофічне) і вторинне правило – треба бути постійно напоготові. В іншій пацієнтки Т., за схожих обставин, які ще доповнилися частими звинуваченнями та докорами дівчинці, сформувалася поряд зі схемою очікування на небезпеку схема гіпервідповідальності: «Мені завжди було страшно, що щось станеться, що мама або тато можуть один одного вбити під час сварки, тож я собі тоді придумала правило: якщо я усе робитиму правильно, то нічого страшного не станеться і я зможу запобігти біді. Власне, тоді у мене почалися нав'язливі «правильні» ритуали». Зрозуміло, що це було проявом дитячого «магічного мислення» і способом контролювати неконтрольоване, але саме ця схема створила «плідний ґрунт» для розвитку ОКР у майбутньому через таку надмірну схильність відчувати себе відповідальною за попередження небезпеки.

У когнітивно-поведінковій моделі ці чинники схильності (нейробіологічні та особистісні дисфункційні схеми, що походять з раннього досвіду) можна метафорично порівняти з легкозаймистим матеріалом (наприклад, ліс в посуху), проте їх одних замало, аби виник розлад (метафорично – лісова пожежа). Критичний випадок (кинутий недопалок, не загашене багаття у вибраній

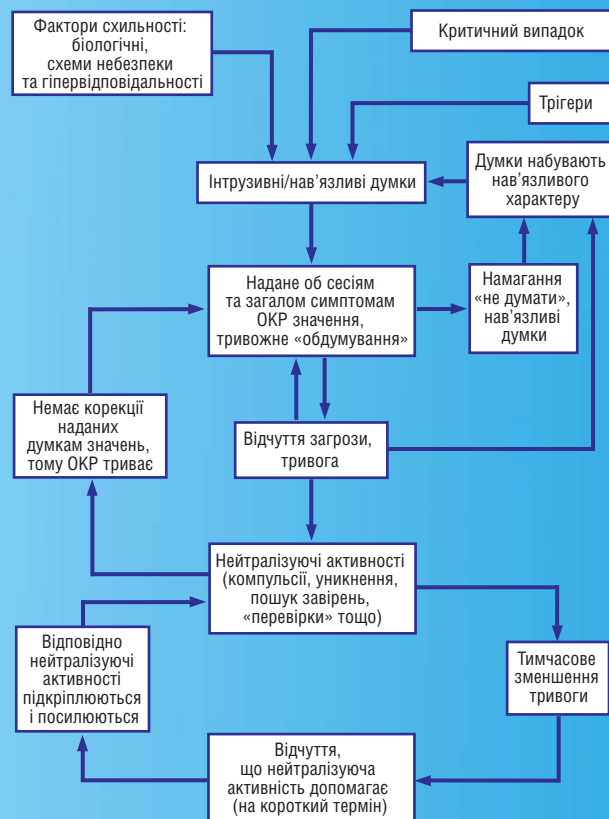


Рис. 1. Сучасна модель розвитку ОКР у КПТ

метафорі) стає пусковим механізмом до початку ОКР як розладу. Розвиток розладу неможливий за наявності лише одного із факторів, лише їх сукупність призводить до його виникнення (недопалок + легкозаймистий матеріал = вогонь). При ОКР критичним випадком можуть бути найрізноманітніші події, причому вони, зазвичай, специфічні до теми obsesій.

Наприклад, у пацієнтки О. obsесивні думки про те, що вона може вбити свою дитину, рідних, розвинулися після того, як вона побачила у новинах репортаж про психічно хвору жінку, яка вбила свою дитину, а за день до того під час побутової сварки чоловік сказав їй, що вона «хвора на голову і їй треба до психіатра». В іншій пацієнтки розвинулися obsесивні думки про те, що вона може заразитися сама і заразити своїх дітей глистами після того, як у їхньої собаки виявили глисти і вона прочитала в інтернеті статтю про те, що яйця глистів можуть бути усюди.

Втім, вогонь у лісі – це це не лісова пожежа. І лише тоді, коли є певний процес – доступ полум'я до нового легкозаймистого матеріалу, вогонь може охопити ліс. Так само при ОКР окремі інтрузивні думки набувають характеру obsесій, коли існують певні підтримуючі цикли. Процес переходу інтрузивної думки в ОКР у сучасній когнітивно-поведінковій моделі представлений на рисунку 1.

Розглянемо послідовно цю модель. Отже, в певній ситуації в людини вперше виникає інтрузивна думка (наприклад, як у пацієнтки О. – «я можу вбити свою дитину»). Згідно з даними досліджень (Salkovskis, Kirk, 1997), інтрузивні думки такого ж змісту, як і в людей з ОКР, мають місце у 90% осіб. Втім, за моделлю Salkovskis (1985), інтрузивні думки у людей, в яких розвинеється ОКР, отримують специфічну оцінку особистої відповідальності за попередження небезпеки: «існує певна ймовірність небезпеки, і це моя відповідальність зробити щось, аби відвернути її». Відповідно, якщо більшість людей сприйняло б такого роду думку як просто «дурну безпідставну», людина, у якій розвивається ОКР, почне думати щось на зразок того, що й пацієнтка О.: «якщо мені прийшла така думка, то це вже вказує на те, що я ненормальна, нормальним людям такі думки не приходять, отже, може, я ще не втратила розум, але вже недалеко від цього, моя дитина у небезпеці і т. д.». В результаті такі думки викликають тривогу, а схильний до тривоги і «закіклення» мозок відповідно реагує сильною тривогою і починає постійно «повертати» цю думку про можливе вбивство дитини у центр уваги. До поведінкових принципів відбувається класичне зумовлення, й інтрузивна думка стає умовним стимулом, що викликає тривогу. З погляду класичного біхевіоризму розвивається «фобія власних думок», однак, на відміну від інших фобій, де уникнення об'єкту фобії (наприклад, висоти чи замкненого простору) є відносно можливим, спроби «не думати» певні думки ведуть лише до їх підсилення. Експериментально доведено, що намагання «не думати» певну думку протягом певного часу призводить до її більш частого «появи» у свідомості (Wegner, 1989) – читач може у цьому переконатися сам, спробувавши, наприклад, одну хвилину не думати про білого ведмеда. Відповідно, інтрузивна думка набуває нав'язливого характеру, що веде до наростання тривоги і нових когнітивних оцінок – «я не контролюю своїх думок, я весь час про це думаю, це ознака того, що я вже дійсно стаю одержима цією ідеєю і т. д.».

Когнітивна модель ОКР приділяє велике значення тим когнітивним оцінкам, які надає людина своїм інтрузивним/нав'язливим думкам (Freeston, 1996; Salkovskis, 1985; Rachman, 1997; van Oppen, Arnzt, 1994). Для ОКР характерні наступні можливі когнітивні оцінки найбільш нав'язливих думок:

1. Оцінка «надважливості» думок:

- «якщо я «думаю» таку думку, то це не просто так, це щось означає» (наприклад, «я можу дійсно вбити свою дитину»);
- злиття думки і дії – «думати – це вже все одно, що діяти» (наприклад, «якщо я маю сексуальні богохульні нав'язливі думки, то це я вже грішу в думках»);
- «думати» певну думку може призвести до певних наслідків («матеріалізація думок», «думання думки збільшує імовірність того, про що думаю»).

2. Переоцінка статистичної імовірності, що щось станеться небезпечно, і наслідків того, якщо щось таке станеться: «якщо вийду з квартири, я можу не помітити шприца, котрий кинули наркомани, які можуть бути хворі на СНІД, наколотися на нього ногою, заразитися ВІЛ-інфекцією, і тоді, не знаючи, що я заражений, можу ще й передати вірус іншим».

3. Переоцінка власної відповідальності за те, що станеться, надмірна відповідальність – «я маю запобігти катастрофі».

4. Потреба 100% впевненості – «якщо нема 100% доказів, що небезпека не станеться або загроза під контролем, значить не можна заспокоїтися, треба далі вживати заходів безпеки тощо».

Зазвичай, когнітивна оцінка не є одноразовою думкою, це переходить у процес постійного обдумування – часто дисфункційного, який «затягує» пацієнта усе глибше у нові «кола» тривоги: людина може уявляти собі, як усе страшно закінчиться («я проведу решту днів у психіатричній лікарні або ж у в'язниці»), може пов'язувати в нелогічний спосіб випадкові події як докази своїх страхів («я подумала, що хочу сісти, і чоловік у автобусі встав – отож, думки матеріалізуються, значить, якщо у мене є ця нав'язлива думка, що мій чоловік загине у автокатастрофі, то я своїми думками і спричиню це»). Часто переповнена тривогою людина може також шукати заспокоєння з боку інших осіб, втім нерідко отримує у відповідь інформацію, що навпаки посилює тривогу («я запитувала своїх подруг, чи вони вірять у матеріалізацію думок, вони сказали, що так»). Задля самозаспокоєння людина може влаштовувати собі різні перевірки, які теж часто лише посилюють сумніви і тривогу (наприклад, «та жінка, про яку йшлося в новинах, вбила свою дитину, мала галюцинації – чи в мене самої вони часом не розвиваються?», відповідне постійне прислуховування – «чи я чогось не чую неіснуючого?», наростаючі сумніви – «чи цей звук дійсно був, чи його чула лише я?», перепитування інших, чи вони чули цей звук і т. д.).

Звичайно, неадекватної когнітивної оцінки набуває і наявність тривоги: «Якщо я не зроблю чогось, щоб припинити тривогу, то вона буде посилюватися; вона ніколи не перестане; це призведе до жахливих наслідків, катастрофи (наприклад, збожеволію, зроблю щось неадекватне, моє фізичне здоров'я постраждає, втрачу працездатність тощо)». Відповідно, людина робить нейтралізуючу активність (компульсивний ритуал – наприклад, повторне

миття рук, щоб мінімізувати ризик зараження глистами; ритуал може мати місце лише в уяві – «якщо думки матеріалізуються, то щоб мої нав'язливі думки про смерть чоловіка в автокатастрофі не спричинили цього, буду уявляти його часто старим, здоровим, щасливим») або ж уникає ситуації, що викликає тривогу (не залишається на самоті з дитиною, вимагає, щоб хтось постійно був поруч «на випадок, якщо втратить контроль над собою» тощо). Нейтралізуюча активність може бути спрямована як на ліквідацію загрози («я краще помию руки ще раз, бо там осіли бактерії туберкульозу, що залетіли зі сходової клітки»), так і на зменшення тривоги («я розумію, що це безглуздо ще раз повертатися додому перевіряти, чи вимкнений кран, але я краще зроблю це і мене відпустить тривога, інакше я буду на роботі постійно в напрузі»). Використання стратегії уникнення чи компульсії не дає змоги переконатися у дійсності прогнозів і відбутися відповідній корекції когнітивних оцінок («я не заражуся глистами, навіть якщо і буду мити руки сім разів на день замість сорока п'яти», «тривога, якщо не зроблю компульсії, підніметься дещо, а тоді впаде за тридцять хвилин, а на наступний раз спаде ще швидше, і протистояти бажанню зробити компульсією буде набагато легше» і т. д.), немає можливості відбутися також процесу габітуації/згасання тривоги при тривалій експозиції до стимулу, що викликає страх. Тому до нав'язливих думок прогресивно додається компульсивна діяльність та наростає уникаюча поведінка. Сумарно обсесії, компульсії, уникаюча поведінка та тривога спричиняють дистрес, обмежують життєвий простір людини, впливають на якість життя, призводять до інвалідизації. Звичайно, якщо ніщо не зупиняє ці цикли наростання проблеми, то тривога генералізується далі, розвиваються нові обсесії та компульсії, наростає уникаюча поведінка. У значній частині пацієнтів з ОКР перелічене вище врешті може викликати відчуття загнаності у глухий кут, відчай щодо можливості звільнитися від цього, жити повноцінним життям – все це стає підґрунтям до розвитку вторинної депресії, яка, згідно з даними досліджень, є коморбідною до ОКР у 30% випадків.

Отже, слід зазначити, що зусилля, які прикладає людина, хвора на ОКР (компульсії, уникнення, пошук завирень/заспокоєння, намагання «не думати» певні думки), є ключовими компонентами підтримки процесу розладу і механізмом його подальшого розвитку. Шляхи вирішення проблеми самі стають причиною проблеми.

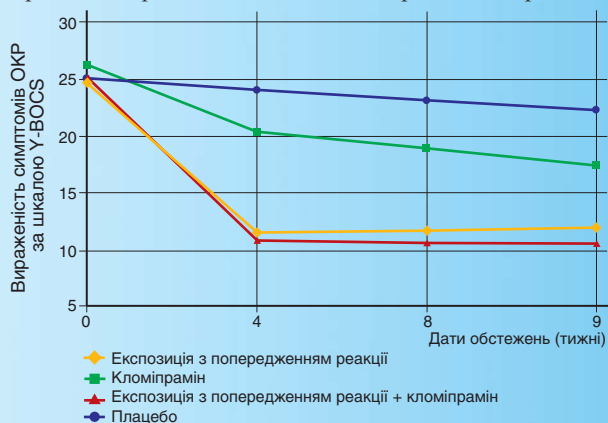


Рис. 2. Ефективність фармакотерапії кломіпраміном та КПТ із застосуванням техніки експозиції з попередженням реакції (Foa et al., 2005)

Метафорично це можна порівняти з намаганнями загасити пожежу, закидаючи вогонь купами дров. Можливо, на деякий час вони зменшать полум'я, але надалі стануть основою подальшого розвитку пожежі. Так само й те, що ненавмисне робить людина у відповідь на симптоми ОКР, стає основою його розвитку. Тому основними цілями когнітивно-поведінкової терапії ОКР стає допомога пацієнтові у розумінні «злякисного» характеру цих підтримуючих циклів та їх поступової зупинки, а також у виробленні більш адекватних оцінок та більш ефективних стратегій подолання симптомів ОКР.

Місце КПТ у терапії ОКР

Когнітивно-поведінкова терапія ОКР на сьогодні – єдиний психотерапевтичний метод, який має емпіричні докази ефективності щодо терапії ОКР (АРА, 2007) і, відповідно, включеним до сучасних протоколів лікування цього розладу (див. для прикладу NICE, 2005; ААСАРАР, 1998; АРА, 2007). Причому доказова база підтримує як класичний підхід із використанням техніки експозиції з попередженням реакції, так і більш новітні моделі із застосуванням когнітивних втручань та поведінкових експериментів (Eddy, 2005; Fisher, 2005; Cottraux, 2001; Whittah, 2005). Метааналіз 13 контрольованих досліджень ефективності техніки експозиції з попередженням реакції, проведений Фоа (1997), показав, що при застосуванні цього підходу у 83% пацієнтів відмічалася помірна/виражена редукція симптомів розладу, у 76% – стан ремісії утримувався і через 2 роки після завершення терапії. Останній показник особливо важливий, оскільки він вказує на цінний компонент ефекту КПТ щодо попередження рецидиву розладу (як відомо, при ізольованій монотерапії СІЗЗС після їх відміни у великій частині випадків має місце рецидив). Нещодавній метааналіз досліджень ефективності КПТ тривожних розладів, проведений Hofmann (2008), показав високий (1,37) показник ефективності КПТ щодо ОКР. Досліджень, в яких порівнювали б ефективність КПТ і фармакотерапії, небагато. Одне з них – рандомізоване контрольоване плацебо дослідження, проведене 2005 р. Foa et al., порівнювало ефективність фармакотерапії кломіпраміном та КПТ із застосуванням техніки експозиції з попередженням реакції (ЕПР). Ефективність останньої виявилась суттєво більшою щодо редукції симптомів розладу, також виявлено, що комбінована терапія кломіпраміном та КПТ не більш ефективна за ізольоване застосування КПТ (рис. 2).

Дуже цікавими є також дані інструментальних досліджень, які показали, що при КПТ у пацієнтів з ОКР реєструються суттєві зміни в активності окремих структур головного мозку, «причетних» до ОКР. Наприклад,



А – до КПТ, Б – після КПТ.

Рис. 3. ПЕТ пацієнта з ОКР до та після КПТ

на рисунку 3 видно зареєстроване методом позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) зменшення активності правого хвостатого ядра (rCd) у пацієнта до та після успішної КПТ (March, 1998).

Тож не дивно, що при такій емпірично доведеній ефективності КПТ займає провідне місце у сучасних протоколах допомоги пацієнтам з ОКР. Так, у британському протоколі щодо терапії ОКР рекомендується наступне (NICE, 2005):

- у дітей і підлітків – незалежно від ступеня тяжкості завжди спочатку використовувати КПТ, лише при недостатній ефективності останньої призначати антидепресант СИЗЗС;
- у дорослих при легких або помірних формах ОКР – пропонувати на вибір КПТ або фармакотерапію антидепресантом СИЗЗС;
- при тяжких формах ОКР у дорослих – комбінована терапія КПТ + фармакотерапія антидепресантом СИЗЗС.

У протоколі Американської асоціації психіатрів (АРА, 2007) теж пропонується КПТ і фармакотерапія антидепресантом СИЗЗС в якості втручань першого вибору з емпірично доведеною ефективністю. Причому рекомендується стартувати з КПТ в усіх випадках, за винятком, коли відсутній доступ до КПТ, при високій ефективності фармакотерапії встановленим препаратом у минулому у даного пацієнта та тоді, коли сам хворий віддає перевагу фармакотерапії. Також починати з фармакотерапії рекомендовано тоді, коли пацієнт має високий вихідний (первинний) рівень тривоги, супутню виражену депресію та виражені інші супутні розлади/проблеми, що утруднює його участь та «ангажування» у процес КПТ. При тяжких формах ОКР та за наявності окремих коморбідних розладів рекомендується починати з комбінованої терапії (КПТ + фармакотерапія). Перехід на комбіноване лікування рекомендоване при недостатній ефективності монотерапії одним чи іншим методом.

Модель когнітивно-поведінкової терапії ОКР

Когнітивно-поведінкова модель терапії ОКР впливає з моделі розуміння походження та розвитку розладу, яка була представлена вище. Попри те, що існує загальна модель ОКР, хворі на цей розлад становлять дуже гетерогенну групу: з різними формами розладу, різною супутньою патологією тощо. Тому КПТ завжди індивідуалізована, вона виходить з ретельного вивчення випадку, побудови його індивідуального формулювання та терапевтичного плану. Обстеження у моделі КПТ виходить за межі класично-психіатричного обстеження, метою якого є встановлення діагнозу, – відбувається співпраця пацієнта і терапевта з метою виявлення специфічних значень, наданих інтрузивним думкам чи тривозі, детальної «інвентаризації» різних форм нейтралізуючих дій. Це дозволяє в результаті обстеження спільно побудувати діагностичне формулювання, яке є свого роду картою розладу і планом психотерапевтичних втручань. В процесі побудови формулювання, яке теж, зазвичай, відображається графічно схемою, терапевт надає психоедукаційну інформацію пацієнту (наприклад, про те, що інтрузивні думки спостерігаються у 90% людей, що спроби «не думати» думки ведуть до їх почастішання), намагається «нормалізувати»

досвід пацієнта (пригадаймо поширений страх: «мене визнають божевільним, зачиняють у психіатричній лікарні») та «інсталювати» надію (надаючи інформацію про дані доказової медицини щодо можливості ефективного лікування ОКР). Процес обстеження та побудови формулювання завершується, як правило, представленням можливостей допомоги (КПТ, фармакотерапії) та прийняттям інформованої згоди стосовно лікування. Терапевт представляє модель КПТ пацієнту, знайомить його з тим, як виглядає терапія, скільки очікувано вона може тривати, наголошує на активній ролі хворого у ній (КПТ – це не те, що терапевт робить пацієнту, а те, що роблять разом терапевт і пацієнт). Психоедукаційна інформація надається і рідним пацієнта, оскільки вони часто втягнені в обсессивно-компульсивні тенети і не знають, яким чином допомогти хворому, – підтримувати компульсії та уникнення чи, навпаки, відмовляти їх виконувати. У разі КПТ з дітьми і підлітками батьки, як правило, залучаються у процес допомоги як «ко-терапевти».

Багато людей з хронічним перебігом ОКР можуть бути зневірені щодо можливості змін, боятися протидії розладу. Це частина техніки експозиції з попередженням реакції – поступова конфронтація з тим, що уникають хворі, без використання нейтралізуючих компульсій. Тому часто на початковому етапі терапії можуть використовуватися техніки мотиваційного інтерв'ювання, продовжуватися психоедукаційна робота, за допомогою технік когнітивної реструктуризації та поведінкових експериментів можуть долатися переконання про неможливість змін чи катастрофічні наслідки протидії ОКР (наприклад, «невиконання компульсії призведе до нестерпного ступеня тривоги, яка триватиме безперестанно» – пацієнту може бути запропоновано простий поведінковий експеримент вибрати відносно «легку» ситуацію, в якій слід відмовитися від використання компульсії і слідкувати за рівнем тривоги та часовою динамікою її зміни). Власне, усі ці компоненти (обстеження, побудова формулювання, психоедукація, нормалізація симптомів, встановлення альянсу, визначення цілей, узгодження плану терапії, мотивування) становлять перший етап терапії ОКР методом КПТ.

Коли між терапевтом і пацієнтом сформовано ефективний робочий альянс, є спільне розуміння механізмів підтримки ОКР («підтримуючих циклів») та готовність до терапевтичної праці, настає другий етап терапії. Його суть – у «звільненні» від ОКР за допомогою методичної праці, спрямованої на корекцію наданого нав'язливим думкам та тривозі значення (класичними когнітивними техніками КПТ, поведінковими експериментами); у розриві зв'язку між умовним стимулом (нав'язливими думками) та тривогою шляхом габітуації (використовується техніка експозиції з попередженням реакції); виробленні нового способу сприйняття нав'язливих думок та зменшення надмірного обдумування/переживання (техніки майндфулнес). Фактично когнітивні техніки разом з поведінковими експериментами допомагають більш адекватно сприймати інтрузивні думки та звільнитися від помилкових оцінок, які, власне, визначають застосування нейтралізуючих дій (наприклад, перейти від «якщо у мене є такі думки, то це означає, що я втрачаю розум і можу дійсно вбити свою дитину» до більш адекватного сприйняття «це звичайні

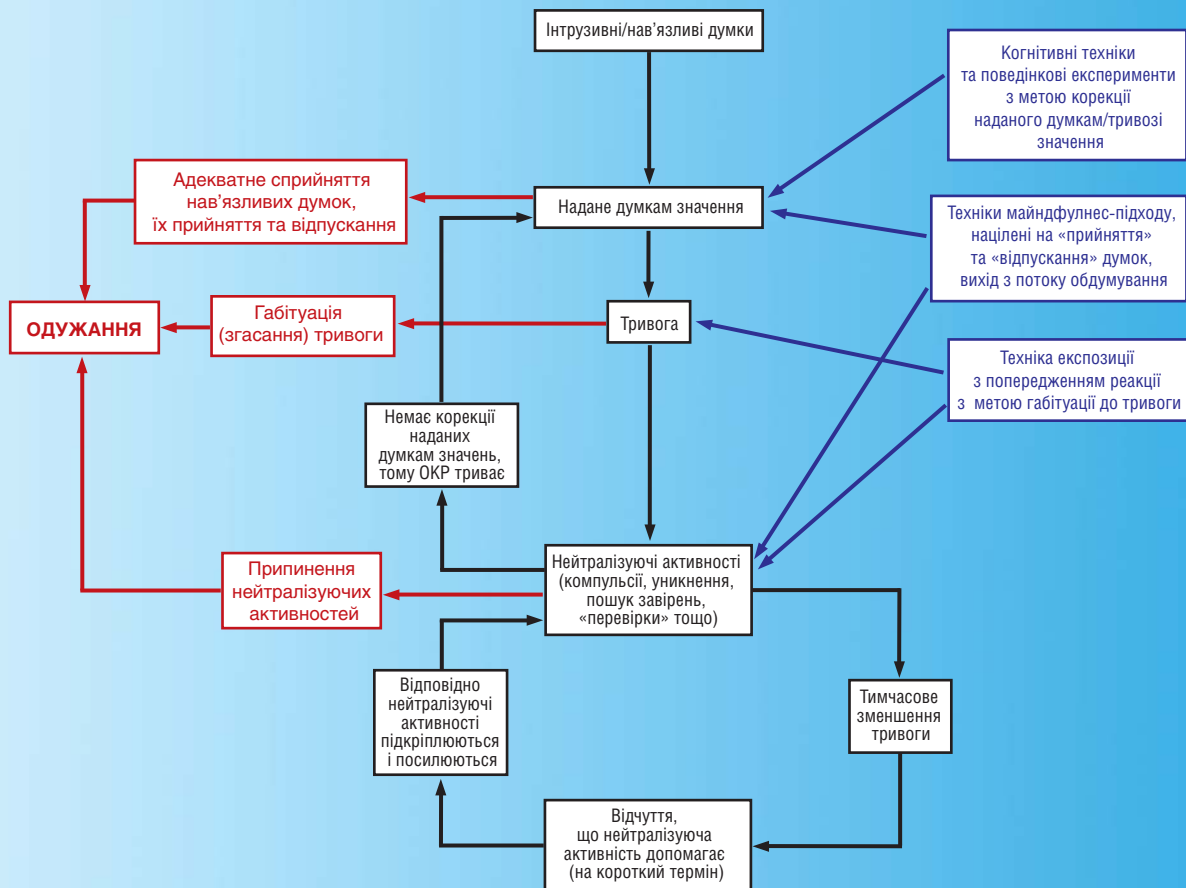


Рис. 4. Модель застосування компонентів КПТ

нав'язливі думки, вони зовсім не означають, що я можу вбити дитину, а лише є свідченням того, що я дуже тривожуся за це»). Суть поведінкових експериментів у тому, щоб перевірити існуючі припущення (гіпотези) за допомогою конкретних дій. При розгляді підтримуючих циклів вказувалося на те, що нейтралізуючі дії не дають можливості перевірити дійсність існуючих гіпотез, а тому важливо «експериментально» підійти до їх перевірки. В класичному КПТ «анекдоті» йдеться про чоловіка, який стоїть на площі й махає руками, мов крилами. До нього підходить друг і питає: «Що ти робиш?» – «Відганяю драконів!» – «Але їх тут немає!» – відкажує друг. На що той відповідає: «Бачиш, як це ефективно допомагає!». Власне, щоб перевірити, чи це дійсно допомагає, необхідно спробувати не махати руками і подивитися, що буде. З цією метою у КПТ ставляться й поведінкові експерименти. Наприклад, для людини з нав'язливими перевірками, коли до 20 разів повертається додому, поки нема чіткої фіксації в пам'яті усієї процедури перевірки. Гіпотеза А: «якщо я пішов з дому і не можу попри те, що один раз перевіряв усе, чітко згадати, як усе перевіряв, то треба повернутися і перевірити ще раз, бо це вказує на те, що я міг щось лишити увімкненим і т. п.» і гіпотеза Б: «однієї перевірки вистачає, чітко пам'ятати усю процедуру неважливо, статистично повторні перевірки не впливають на якість першої» – в таких випадках пропонується піти з дому після однократної перевірки і на бланку реєструвати кожен день після повернення, чи було щось не викликане і т. д.

Техніка експозиції з попередженням реакції полягає у тому, що пацієнт поступово конфронтує з тим, що викликає тривогу, але не використовує нейтралізуючу активність

(наприклад, хворий, який уникає ходити вулицею, бо може необачно наколотися на викинутий наркоманами шприц, планомірно, регулярно виходить з дому по все більш небезпечних маршрутах, і при цьому гуляє, не дивлячись надмірно під ноги, доки тривога не зменшиться). Це веде до поступової габітуації та звільнення від тривоги. Техніки майндфулнес-підходу вчать людину просто переноситися з потоку думок/обдумування у «тут і тепер», сприймати інтрюзивні думки, як всього лиш думки, які нічого не означають та які приходять і відходять, ми можемо просто їх спостерігати (немов поїзди, що проходять повз станцію, – нам не обов'язково сідати у кожен поїзд). Модель застосування компонентів КПТ представлена на рисунку 4.

Заключна фаза КПТ орієнтована на попередження рецидиву та розвиток навичок самопомоги. На цій фазі може мати місце корекція переконань та припущень, які були основою вразливості, схильності до ОКР (схеми гіпервідповідальності, перфекціонізму, очікування небезпеки тощо), також закріплюється консолідація набутих пацієнтом навичок самопомоги. Пацієнт і терапевт з усвідомленням того, що ОКР може повернутися під «іншою маскою», тепер свідомо готуються до такої можливості, виробляючи відповідну стратегію та арсенал технік. Останні сесії КПТ розтягуються в часі – 1 раз на 2 тижні, на 4 тижні, на 2 місяці, щоб мати змогу слідкувати за динамікою та здатністю пацієнта давати собі раду самостійно.

В середньому тривалість терапії ОКР методом КПТ триває 12-20 сесій, однак при супутніх коморбідних розладах, особистісних порушеннях така терапія, звісно, може бути і більш тривалою.

Висновки

Метою статті було продемонструвати сучасний стан розуміння ОКР у когнітивно-поведінковій моделі. Власне, знаючи походження та розвиток КПТ, можна зрозуміти, що стоїть за емпірично доведеною високою ефективністю КПТ при ОКР. В Україні у психіатрії часто домінує ще біомедичний підхід у розумінні психічних розладів, відповідно у лікарів-психіатрів, неврологів, терапевтів часто виникає скепсис стосовно ефективності психотерапевтичної допомоги, що може в свою чергу підтримуватися і негативним досвідом самих пацієнтів, які вже проходили психотерапію і залишилися незадоволеними її результатом. Нам важливо усвідомлювати, що сама психотерапія, як і медикаменти, має багато різних форм, і важливе застосування належної форми психотерапії при ОКР, яка надається компетентним фахівцем. Однак, незважаючи на скепсис, щодо ОКР є велика доказова база того, що КПТ не менш ефективна у лікуванні симптомів даного розладу, ніж фармакотерапія, і значно ефективніша щодо попередження рецидиву. Звісно, питання не у конкуренції цих двох терапевтичних підходів, але у визнанні важливості КПТ для хворих з ОКР та рядом інших психіатричних розладів, де вона має емпіричні докази ефективності (депресії, посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади, розлади харчової поведінки

тощо). Лікарям важливо це усвідомлювати, оскільки часто і для самих пацієнтів фармакотерапія виглядає більш прийнятною: легше сприйняти, що у тебе просто «серотонінова дисфункція» у мозку і тобі треба пити ліки, не докладаючи жодних інших зусиль.

Попри те, що ізольована фармакотерапія є цілком прийнятним, ефективним втручанням, дослідження чітко демонструють, що у багатьох випадках однієї фармакотерапії недостатньо, додавання КПТ до неї суттєво впливає на ефективність лікування загалом. Окрім того, застосування КПТ має ряд додаткових переваг: ефективно запобігає попередженню рецидиву, відповідно зменшує потребу у тривалій фармакотерапії, не має побічної дії, з огляду на це є більш безпечним при застосуванні у дітей, підлітків та вагітних. Зрештою, комплаєнс щодо прийому психофармакологічних середників може покращуватися завдяки супутній КПТ – вона може корегувати неадекватно надані значення та страхи, пов'язані з фармакотерапією. Втім, можливість для пацієнтів отримати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу методом КПТ в Україні є дуже лімітованою, тож одним з національних пріоритетів розвитку сфери охорони психічного здоров'я в Україні має стати навчання відповідних фахівців методу КПТ.

Список літератури знаходиться в редакції.

Для перевірки власних знань дайте відповіді на наступні запитання – у кожному запитанні можна вибрати лише одну відповідь.

Контрольні запитання

1. Чи можливий варіант ОКР з наявністю лише обсесій або ж лише компульсій згідно з діагностичними критеріями DSM-IV?

- а) так, якщо у минулому був період, коли були обсесії і компульсії одночасно;
- б) ні;
- в) так, за умови, що наявні симптоми не можуть бути діагностовані, як інший психіатричний розлад;
- г) так, але лише варіант з ізольованими обсесіями.

2. У моделі розвитку ОКР за Salkovskis (1985) велику роль відіграє:

- а) неусвідомлений психологічний конфлікт;
- б) органічне ураження ЦНС;
- в) перенесена в дитинстві психічна травма;
- г) надання специфічного значення інтрузивним думкам.

3. Феномен «надважливості» думок при ОКР означає все нижче зазначене окрім:

- а) переконання, що ми не маємо контролю над власними думками;
- б) переконання, що думання думки збільшує імовірність її втілення;
- в) переконання, що думати «грішну» думку вже означає грішити;

г) переконання, що наявність «ненормальних» думок вказує на «небезпечність» людини.

4. Яка з нижченаведених технік КПТ має докази ефективності щодо терапії ОКР?

- а) техніка експозиції у поєднанні з релаксацією;
- б) техніка рескрипції травматичних спогадів в уяві;
- в) техніка декатастрофізації;
- г) техніка когнітивних втручань, поєднаних з поведінковими експериментами.

5. Згідно з даними досліджень, чітко продемонстрованою перевагою КПТ над фармакотерапією при ОКР є:

- а) більш швидкий клінічний ефект;
- б) більша ефективність при важких формах ОКР;
- в) більша ефективність щодо попередження рецидиву;
- г) КПТ не має переваг над фармакотерапією.

6. Комбінація КПТ і фармакотерапії СІЗЗС є:

- а) в усіх випадках більш ефективною, ніж монотерапія одним з методів;
- б) показана пацієнтам з формами ОКР помірного та вираженого ступеня важкості;
- в) показана пацієнтам, у яких був недостатній ефект від монотерапії одним з цих підходів;
- г) показана за наявності коморбідної депресії незалежно від ступеня її вираженості.

Правильні відповіді дивіться на С.

До кінця 2011 року відкрито прийом заявок на трирічний навчальний проект з КПТ



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

www.i-cbt.org.ua