

# Психодинамическая терапия обсессивно-компульсивных расстройств: принципы реализации руководства по ведению

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) хроническое инвалидизирующее заболевание, которое проявляется повторяющимися навязчивыми действиями и неконтролируемыми компульсиями. Недавнее исследование показывает, что ОКР встречается в популяции чаще, чем предполагалось ранее<sup>1</sup>. Когнитивно-поведенческая терапия и ингибиторы обратного захвата серотонина показали равную эффективность при ОКР<sup>2</sup> с частотой ответа на терапию 50-60%, а достижения ремиссии – не более 25%<sup>3</sup>. Таким образом, необходимо дальнейшее развитие эффективных методов лечения.

Несмотря на давнюю клиническую традицию описания и лечения ОКР при помощи психодинамического подхода, для психодинамической терапии не существует доказательной базы. Тем не менее, результаты недавнего исследования тревожных расстройств позволяют предположить, что краткосрочные курсы психодинамической терапии (КСПП – краткосрочная психодинамическая психотерапия) на основе руководств может стать перспективным методом<sup>4</sup>. Опираясь на принципы КСПП для тревожных расстройств, была разработана модель КСПП для ОКР, в основе которой лежит поддерживающая экспрессивная терапия по методике Люборски<sup>5</sup>. Лечение состоит из двенадцати модулей, каждый из которых включает как характерные для поддерживающе-экспрессивной терапии (т. е. с фокусом на центральной теме конфликтных отношений – ЦТКО, и на терапевтическом альянсе) с добавлением элементов лечения, специфических для данного расстройства. Далее кратко описан процесс терапии.

Вначале оценивают ЦТКО, связанную с симптомами ОКР. ЦТКО включает три компонента: желание (Ж), например агрессия или сексуальные импульсы), реакция объекта (РО, например осуждение) и реакция субъекта (РС, например обсессии и/или компульсии)<sup>5</sup>. Фокусируясь на ЦТКО, терапевт соотносит симптомы ОКР пациента (РС) с его желаниями (или импульсами и аффектами, Ж), и с (ожидаемыми) реакциями объекта (РО). ЦТКО представляется пациенту как его «ОКР формула». Эта формула позволяет пациентам понять паттерн их реакций тревоги и ОКР. Она переводит симптомы пациента в межличностные отношения (внутренние и внешние).

Расширение когнитивного и эмоционального понимания пациентом его симптомов и лежащей в их основе ЦТКО представляет собой экспрессивный (интерпретативный) элемент поддерживающе-экспрессивной терапии (ПЭ терапии)<sup>5</sup>. Экспрессивная интервенция, направленная на решение ЦТКО для шекспировской леди Макбет, страдающей компульсивным мытьем<sup>6</sup>: «Как мы видим, ваше навязчивое мытье (РС) связано с вашей агрессией, убийством Дункана (Ж) и вашим чувством вины (интернализированная РО). Своими навязчивыми ритуалами мытья вы пытаетесь исправить свой поступок и избавиться от чувства вины... Мытьем ваших рук снова и снова вы заменяете духовную чистоту чистотой физической».

В процессе лечения ЦТКО и ее компоненты прорабатываются в настоящих и прошлых отношениях, включая отношения «здесь и сейчас» с терапевтом. В соответствии с имеющимися данными<sup>7</sup>, от прорабатывания ЦТКО можно ожидать улучшения понимания пациен-

тами своих конфликтов, для того чтобы уменьшить выраженность их симптомов ОКР и помочь им в развитии более адаптивных форм поведения (РС). Как во время, так и между сессиями, пациентов просят работать над их ОКР формулой, а именно контролировать свои эмоции, в том числе их телесные компоненты, а также идентифицировать компоненты ЦТКО, которые приводят к тревожности и ОКР. Поступая таким образом, пациенты могут достичь лучшего понимания и осознания симптомов ОКР и чувства контроля (т. е. не быть беспомощными по отношению к ОКР), причем последнее имеет особое значение для пациентов с данным расстройством.

Создание прочного терапевтического альянса рассматривается в качестве центрального компонента поддерживающего элемента интервенции. Люборски<sup>5</sup> сформулировал несколько принципов для создания крепкого альянса, например, формирование ощущения понимания и принятия или признание растущей способности пациента работать над его проблемами, так же, как это делает терапевт.

Для того, чтобы адаптировать терапию специально для ОКР, мы интегрировали специфические для данного расстройства элементы лечения, клиническая польза которых была доказана при ОКР в модели руководства по ведению КСПП<sup>8</sup>. Они включают в себя, например:

- Разграничение между мыслями и действиями (например, "Если вы испытываете сексуальное влечение по отношению к этим молодым женщинам, это не означает, что вы на самом деле совершили прелюбодеяние").
- Смягчение жесткости и излишней строгости супер-эго (совести), обычно свойственные для пациентов с ОКР<sup>8</sup> (например, не осуждать пациента за его сексуальные или агрессивные импульсы, поощрять сопротивление строгим требованиям супер-эго<sup>7</sup>). Супер-эго можно рассматривать часть компонента РО из ЦТКО.
- Исходные рекомендации Фрейда заключались в том, чтобы побудить пациентов с ОКР сталкиваться с пугающей ситуацией и использовать возникающие переживания для работы над базовым конфликтом, другими словами над ЦТКО. Терапевт может сделать это, сказав, например:

"Когда у вас возникают подобные сексуальные (агрессивные и т.д.) мысли по отношению к молодым женщинам, вы начинаете бояться, что что-то страшное случится с вашей женой. Выполняя свои ритуалы, вы пытаетесь предотвратить это. Мы должны работать над вашим ожиданием, чтобы Вы не выполняли свои ритуалы и терпимее относились к страху – и, в конечном итоге, увидеть, что происходит".

Другие модули включают: а) информирование пациента о заболевании и лечении, б) устранение амбивалентности и постановку целей лечения, в) установление стимулирующего внутреннего диалога, г) рассмотрение отсутствия ответа на лечение и сопротивления и д) фокусировку на прекращении и предупреждения рецидивов.

Мы планируем тестирование представленной методики в рандомизированном контролируемом исследовании.

**Falk Leichsenring, Christiane Steinert**

Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University of Giessen, Giessen, Germany

Переводчик: Датуашвили М. Т.

Редактура: к.м.н. Гантман М.В.

(*World Psychiatry* 2016;15:293)

**Библиография:**

1. Jacobi F, Hofler M, Siegert J et al. *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23:304-19.
2. Romanelli RJ, Wu FM, Gamba R et al. *Depress Anxiety* 2014;31:641-52.
3. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ et al. *Am J Psychiatry* 2005;162:151-61.
4. Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U et al. *ClinPsychol Rev* 2014;34:309-23.
5. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy. Manual for supportive-expressive treatment.* New York: Basic Books, 1984.
6. Freud S. *Obsessions and phobias.* London: Hogarth Press, 1962/1895.
7. Crits-Christoph P, Luborsky L. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds). *Understanding transference: the CCRT method.* New York: Basic Books, 1990:133-46.
8. Lang H. *The inhibited rebel. Structure, psychodynamics and therapy of subjects with obsessive-compulsive disorders.* Stuttgart: Klett-Cotta, 2015.
9. Freud S. *Lines of advance in psycho-analytic therapy.* London: Hogarth Press, 1955/1919.