

УДК 159.9

КОГНИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОБСЕССИВНО- КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ¹

О.А. Сагалакова^а, О.В. Жирнова^а, Д.В. Труевцев^а, И.Я. Стоянова^{б, в}

^а Алтайский государственный университет, Россия, 656049, Барнаул, пр. Ленина, д. 61

^б Научно-исследовательский институт психического здоровья ТНИМЦ, 634014, Россия, Томск, ул. Алеутская, д. 4

^в Томский государственный университет, 634050, Россия, Томск, пр. Ленина, д. 36

Представлен аналитический обзор подходов к изучению когнитивных факторов нарушений психической деятельности при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР). Обозначен историко-методологический путь осмысления механизмов ОКР: от ранних когнитивных теорий, через описание системы дисфункциональных убеждений и изучение протекания мыслительной деятельности посредством анализа руминаций к выявлению особенностей фокусировки внимания при ОКР и социальном тревожном расстройстве, нейрокогнитивному подходу в изучении ОКР во взаимосвязи с социальной тревогой, позволяющему интегрировать имеющийся экспериментальный опыт и определить вероятный трансдиагностический нейронный коррелят тревоги – ERN.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР); дисфункциональные убеждения; руминации; искажение внимания; нейрокогнитивные исследования; социальное тревожное расстройство (СТР); ERN; самофокусировка внимания.

Введение

Проблема дифференциальной диагностики, определения валидных критериев перехода субклинического состояния в клиническую форму, когнитивных факторов нарушений психической деятельности при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и связанных с тревогой расстройств привлекает все большее внимание в современной клинической психологии. С одной стороны, это связано с тем, что ОКР обуславливает значительные социально-демографические проблемы. Результаты исследований показывают, что на 2018 г. рассматриваемые симптомы присутствуют у 2–3 % населения [1]; по оценкам М.Т. Williams et al. (2017), 114 млн людей во всем мире страдают ОКР [2]. ОК-симптоматика характеризуется хроническим течением, существенным снижением качества жизни как самих пациентов, так и их близкого окружения, нередкими случаями инвалиди-

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 17-29-02420.

зации человека, что привело к квалификации Всемирной организацией здравоохранения данного заболевания как одного из 10 наиболее тяжелых психических расстройств, связанных с переживанием выраженного психологического дискомфорта, а также с нарушениями в сфере повседневной и профессиональной деятельности [3]. Наличие навязчивого неразряжаемого напряжения в системе психической деятельности, кумуляция влияний стрессоров, неадаптивная регуляция собственных процессов в контексте «психологического поля», а также условия эмоционально-личностной декомпенсации и болезненного состояния как кризиса психологической системы [4–6] обуславливают высокий риск антивитаального и суицидального поведения при ОКР, который исторически считался незначительным [7]. Так, на 2017 г. частота попыток суицида при ОКР составила 14,6%, следовательно, риск актуализации суицидального поведения при ОКР сопоставим с риском при других серьезных психических расстройствах, таких как шизофрения и депрессия [8].

С другой стороны, на фоне активных дискуссий по поводу когнитивных факторов нарушений психики при ОКР исследователями выдвигаются различные, иногда противоречивые гипотезы относительно текущего синдромного статуса расстройства. Например, одни ученые считают, что значительная распространенность данной симптоматики может свидетельствовать об обсессивно-компульсивном поведении как возможном варианте нормы (F. Langlois, M.H. Freeston, R. Ladouceur). Другие же исследователи, ссылаясь на то, что характерный для ОКР навязчивый аспект встречается при разных психических нарушениях, например при тревожных и депрессивных расстройствах, определяют обсессивно-компульсивную симптоматику как трансклинический феномен (В.Г. Ротштейн, Н.Д. Лакосина). Наконец, третьи признают не только важность выделения самостоятельного синдромного статуса ОКР внутри DSM-5 и МКБ-11, но и необходимость более глубокой, всесторонней дифференциации данного расстройства, определения диагностических критериев, оценки факторов риска формирования данного патологического состояния и рассмотрения связанных с ним нарушений (E. Hollander, S. Kim, D.J. Stein). Опыт генетических, нейробиологических и клинических экспериментальных работ способствовал значительному прогрессу в актуальном осмыслении данного расстройства – ОКР в двух ведущих классификациях болезней исключено из группы тревожных расстройств и составляет отдельную главу «Обсессивно-компульсивное и родственные расстройства».

По мнению J.S. Abramowitz, ОКР представляет собой сложное системное расстройство с выраженной изменчивостью в презентации симптомов [9]. Основным симптоматическим проявлением ОКР в рамках МКБ-11 являются повторяющиеся нежелательные мысли, образы, побуждения и связанное с ними повторяющееся поведение в скрытой или явной форме. В DSM-5 отмечается, что при данном расстройстве характерны дисфункциональные убеждения, которые могут включать повышенное чувство ответственности, склонность к переоценке угрозы, перфекционизм, инто-

лерантность к неопределенности, а также преувеличение значимости собственных мыслей наряду с навязчивой потребностью их контролировать.

Нами проведен историко-методологический обзор подходов, проливающих свет на когнитивные факторы нарушений психической деятельности при ОКР, который отражает динамику развития научных представлений о расстройстве и обобщает опыт теории и практики в этом направлении.

Ранние когнитивные теории ОКР

Одной из первых психологических работ, объясняющей вероятностные факторы нарушений психической деятельности при ОКР, является исследование Dollard & Miller (1950), в основу которого была положена двухэтапная теория Mowrer (1939), описывающая возникновение и поддержание страха и избегающего поведения. Ученые отмечают, что целого ряда стрессовых ситуаций, провоцирующих возникновение навязчивых мыслей, избежать невозможно. Например, при фобии характерно пассивное избегающее поведение, но обозначенная стратегия в отношении дискомфорта, вызванного obsessивным компонентом, становится неэффективной: при ОКР человек не может пассивно избегать своих навязчивых идей вследствие того, что данные психологические феномены он приписывает своему сознанию. Dollard & Miller заключают, что в связи с этим формируются активные стереотипные модели избегания – компульсии, или ритуалы, которые закрепляются именно в силу своей ситуативной действительности.

Важно подчеркнуть отсутствие эмпирических фактов в пользу теории Mowrer о приобретении страха, следовательно, доказательная база исследовательских работ, опирающихся на принципы двухэтапной теории, также считалась недостаточной. Актуальность вопроса психологических объяснений формирования ОКР для психотерапевтических целей ввиду отсутствия валидных данных способствовала активации поиска когнитивных механизмов и особенностей мыслительной деятельности, характерных для данного расстройства.

Ранние когнитивные теории ОКР указывали на значительное сходство механизмов данного расстройства и тревожных расстройств, что логически вытекало из исторического пересечения симптоматики данных синдромов. Например, по мнению Sarf (1974), для индивидов с ОКР характерна склонность к ожиданию и завышению значимости негативного исхода события, некоторой катастрофизации. При этом отмечалось, что тематическое содержание obsессий обычно отражает в гипертрофированном виде нормативные потребности и мотивы людей. Следовательно, когнитивные механизмы ОКР совпадают с таковыми при генерализованном тревожном расстройстве, агорафобии и социальной фобии, что делает невозможным на основе данного подхода провести дифференциацию между тревожными навязчивыми идеями при ОКР и при тревожных расстройствах.

Подходы к изучению системы дисфункциональных убеждений при ОКР. Перфекционизм и ОКР

В контексте важности сравнения и обособления ОКР от прочих заболеваний, особенно нарушений тревожного спектра, как указывалось выше, создаются когнитивные модели ОКР, сосредоточивающиеся на определении патологических механизмов в виде системы ошибочных убеждений, которые рассматривались как ключевой момент в развитии и поддержании данного расстройства. В результате проведения комплексного когнитивного анализа ОКР Salkovskis (1985) заключает, что обсессивный компонент является, скорее, стимулом, который способен вызвать негативные автоматически появляющиеся мысли. Таким образом, обсессии приведут к дискомфорту только в том случае, если они вызовут данные негативные автоматические мысли посредством взаимодействия с базовой системой убеждений индивида, мотивационно-ценностной сферой (например, «только развратные люди думают о сексе» или «только неряшливые люди не поддерживают идеальную чистоту»). Согласно Salkovskis, излишне преувеличенное чувство ответственности и склонность к самообвинениям – центральные темы в системе убеждений индивидов с ОКР. Наряду с этим компульсии и когнитивные ритуалы направлены на редукцию дистресса в виде уменьшения интенсивности чувства ответственности и самообвинения, а также выступают декомпенсаторным средством совладания с дискомфортом по поводу навязчивых мыслительных компонентов и стрессовых ситуаций.

Salkovskis выделил пять дисфункциональных убеждений, важных для дифференциальной диагностики нарушений психической деятельности при ОКР, которые определяют особенность базовой системы убеждений и выступают преломляющей призмой в контексте оценивания поступков, суждений. Первое убеждение: если человек мыслит о совершении действия, то это приравнивается к выполнению действия. Второе – неспособность предотвращения (или неэффективность попытки предотвращения) ущерба, потенциальной угрозы себе или окружающим рассматривается как причинение этого ущерба. Третье убеждение заключается в том, что личная ответственность не снижается даже при наличии других факторов (например, низкая вероятность события, ответственность других людей в совершении действия). Четвертое убеждение: если в результате компульсивной нейтрализации не удалось подавить навязчивую мысль, то это приравнивается к реализации ее содержания. И последнее убеждение состоит в том, что человек должен и обязательно может контролировать свои мысли [10].

Идеи Salkovskis о дисфункциональных убеждениях, особенно относительно отличительных свойств восприятия и переживания личной ответственности в контексте разнообразных ситуаций, обозначили новое исследовательское поле в последующем изучении закономерностей становления ОКР. Так, например, Foa et al. (2002) разрабатывают Шкалу обсессивно-компульсивного чувства ответственности (O CRS), которая включает когнитивно-поведенческие сценарии относительно ситуаций высокого и низкого

риска негативного исхода, а также сценарии, типичные для модели поведения при ОКР. В результате исследования ученые пришли к выводу: несмотря на то, что лица с ОКР способны отличать ситуации, требующие активных и решительных действий, от ситуаций, в которых риск слишком мал, чтобы об этом беспокоиться, они склонны проявлять повышенную ответственность и в ситуациях низкого риска неблагоприятного исхода [11].

Вышеизложенные данные согласуются с исследованием отечественного психолога В.В. Любарского (2007) относительно нарушений произвольной регуляции психической деятельности при ОКР. В актуальной работе у пациентов с данным расстройством обнаружилась выраженная интолерантность к неопределенности, а также значимая потребность структурировать окружающее пространство посредством приведения его в порядок, что выступает основным смыслообразующим мотивом в системе иерархии мотивационно-потребностной сферы развития ОК-симптоматики [12]. Таким образом, даже минимальная неосведомленность о возможных исходах ситуации, особенно в негативном ключе, вызывает значительный психологический дискомфорт, при совладании с которым индивиды с ОКР прибегают к дополнительной мобилизации своих ресурсов.

Важно отметить, что обозначенные подходы сфокусированы на патологическом содержании мыслей, образов при ОКР, отводят решающую роль в развитии ОК-процесса непосредственно тематическому насыщению навязчивых мыслей. Наряду с этим некоторые исследователи предположили, что патологический механизм ОКР заключается не столько в содержании мыслительного компонента психической деятельности, сколько в том, в какой форме она протекает. По мнению некоторых ученых (Reed, 1985; Foa & Kozak, 1985), именно своеобразная форма организации и интеграции переживаний, особенности схемы построения умозаключений – ведущий механизм развития ОКР.

В данном направлении Foa & Kozak исходили из предположения о том, что у лиц с ОКР присутствуют определенные формы страха (1985), которые могут проявляться вследствие неверных убеждений о потенциальной угрозе стимула (например, пациент боится заразиться в общественном транспорте заболеваниями, передающимися через кровь, поэтому постоянно носит перчатки и тщательно проверяет открытые участки тела на наличие даже мелких порезов) и при ошибочно приписываемом смысле ситуации («если предметы на полке будут стоять “неправильно”, то случится несчастье с родственниками»). Подытожив, Foa & Kozak вслед за Reed отмечают, что лиц с симптоматикой ОКР отличает не только характер содержания мыслительной деятельности, но и форма построения вывода, категоричность в формировании причинно-следственных зависимостей. Исследователи обозначают данный механизм как особенности нарушения переработки информации в виде искаженных правил вынесения суждений о потенциальной угрозе (например, «ситуация опасна, если отсутствуют свидетельства в пользу ее безопасности»).

Отдельная веха развития осмысления условий и предикторов ОКР – описание и объяснение зависимостей перфекционизма и данного расстройства в контексте формирования и поддержания психической симптоматики. По утверждению Рабочей группы по изучению познавательной деятельности при ОКР (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group), перфекционизм – фактор риска по данному расстройству. Вместе с тем в научном сообществе существуют различные точки зрения по поводу самих компонентов сложного системного конструкта «перфекционизм», что определяется известными трудностями операционализации данного психологического феномена, в связи с чем метаанализ актуальных работ обнаруживает противоречие в результатах, полученных относительно изучения связи перфекционизма и психических расстройств.

Так, например, R. Frost et al. (1993) определяют перфекционизм как комплексный конструкт, образованный рядом параметров: «личные стандарты», «озабоченность ошибками», «сомнения в собственных действиях», «родительские ожидания», «родительская критика» и «организованность». При этом P. Hewitt et al. (1989) выдвигают альтернативное представление о структуре перфекционизма и выделяют такие параметры, как «Я-адресованный перфекционизм», «перфекционизм, адресованный другим людям», «перфекционизм, адресованный миру в целом», «социально предписываемый перфекционизм. Позднее канадская группа исследователей (J. Rheume et al., 2000) разрабатывает модель ОКР, в рамках которой формулирует собственное представление относительно структуры перфекционизма, который определяется с точки зрения следующих параметров: перфекционистские тенденции, области перфекционистского поведения и негативные последствия перфекционизма. В условиях типологии данного психологического конструкта на функциональный (стремление быстро достигать поставленных целей, концентрация на решении задачи) и дисфункциональный (излишнее сосредоточение на точности и аккуратности, озабоченность способом решения) авторы приходят к выводу, что последний тип перфекционизма значительно коррелирует с ОК-симптоматикой [13].

На основе вышеизложенных теоретических концепций и исторически существующего совпадения диагностических критериев ОКР и структуры перфекционизма (например, «сомнение в действиях») Shafran & Mansell (2001) обнаружили, что при ОКР отмечается повышенная потребность в безошибочности, конкретности, точности, а при отсутствии желаемой определенности характерна тенденция в сомнении относительно правильности выполнения собственной деятельности [14]. Вместе с тем Н.Г. Гараян высказывает мысль о том, что целесообразно квалифицировать «сомнения в действиях», скорее, как симптом ОКР, а не специфический параметр перфекционизма. Данный научно-исследовательский исторический этап, протекающий на рубеже XX и XXI вв., характеризуется концептуальным смешением и невозможностью дифференциации проявлений собственно ОКР и перфекционизма, что сделало вопрос взаимообусловленных отношений между этими феноменами особенно дискуссионным, требую-

щим точности и согласования взглядов относительно операционализации рассматриваемого психологического конструкта.

В отечественной психологии осмысление зарубежных идей в русле структуры перфекционизма и построение собственной доказательной модели данного системного явления осуществляются под руководством представительниц московской психологической школы – Н.Г. Гараян, А.Б. Холмогоровой и Т. Ю. Юдеевой. В результате анализа актуальных теоретико-методологических и научно-практических исследований, а также при изучении взаимосвязи перфекционизма с тревожными расстройствами Н.Г. Гараян с коллегами (2006) заключают, что для качественного описания перфекционизма необходимо рассмотрение важных аспектов в контексте интерперсональной тематики, таких как чрезмерные требования к качеству самих отношений, а также «ревнивое» отслеживание успехов других людей и сравнение себя с ними по принципу «чужие достижения – свидетельство моей несостоятельности» [15]. Данные размышления и исследовательский опыт в указанном направлении способствовали созданию версии перфекционизма как конструкта, имеющего трехфакторное строение (2018): озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними, высокие стандарты и требования к себе, а также негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве [16]. Вместе с тем в результате всестороннего изучения взаимовлияющих отношений данного феномена и психических расстройств Н.Г. Гараян предполагает, что, вероятно, ошибочно рассматривать перфекционизм как механизм и / или опосредующий компонент в сложной цепи формирования ОКР, скорее наоборот, именно ОКР приводит к развитию перфекционизма.

Недостаточность согласования исторически существующих концепций перфекционизма, а также противоречия в контексте связи параметров данного конструкта и ОКР отразились в исследовании Bouchard, Rheame, Ladouceur (1999) посредством анализа корреляции между компонентами «перфекционизм» и «ответственность» при ОКР. Основанием выступили классические когнитивные теории, центральная тема которых – субъективно воспринимаемая ответственность за ущерб. Исследование показало: чем выше у человека уровень перфекционизма, тем интенсивнее подверженность межличностным влияниям и переживание более выраженного чувства ответственности по поводу негативных последствий при выполнении заданий в условиях повышенной ответственности. Работа продемонстрировала тесную взаимосвязь между перфекционизмом и ответственностью, параметрами, которые, по мнению данных ученых, образуют конструкт, непосредственно связанный с хронификацией ОКР [17].

Однако годом позже Rheame et al. (2000) установили, что перфекционизм служит предиктором симптоматики ОКР независимо от таких параметров, как «ответственность» и «воспринимаемая опасность» [13], что вновь обнажило несоответствие результатов текущих работ и показало актуальность валидации исследований наряду с верной, теоретико-методологически обоснованной постановкой гипотезы.

Вероятно, противоречие полученных результатов, трудности анализа и квалификации особенностей каузальных связей между параметром «ответственность» и обсессивно-компульсивной симптоматикой обусловлены необходимостью проведения дифференциальной диагностики ОКР и обсессивно-компульсивного расстройства личности (ОКРЛ). Скорее всего, повышенная ответственность – основополагающее патологическое свойство при ОКРЛ, наряду с этим относительно ОКР данный параметр будет выступать производным нарушением, видом личностного декомпенсаторного новообразования человека при развитии в условиях болезни.

Особенности обобщения опыта и стиль мышления при ОКР и других тревожных расстройствах

Одна из важнейших линий познания закономерностей становления ОК-симптоматики – изучение особенностей операций мыслительной деятельности при данном расстройстве: обобщения, анализа и синтеза, причинно-следственных связей и т.д. Критичным свойством адаптивного поведения является способность обобщать прошлый опыт для продуктивного планирования, прогнозирования и контроля будущей деятельности. Так, например, при принятии решения в ситуациях, с которыми человек не сталкивался в своем индивидуальном опыте, данная операция мышления способствует актуализации в интегративной форме имеющихся знаний, обобщенных представлений о паттернах поведения, связанных как с положительным, так и с отрицательным исходом в контексте проведения сравнительного анализа и выбора подходящей стратегии поведения. В реальной практической деятельности анализ и синтез, обеспечивающие всестороннее познание действительности, неразрывно связаны друг с другом, что также является значимым фактором адаптации человека, особенно в условиях неопределенности. Как отмечают корифеи отечественной психологии – Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн – формирование операций происходит в широком смысле в процессе овладения знаковой системой общественно-исторического опыта, в узком смысле – в ходе совместной деятельности.

В контексте данного исследовательского направления S. Lissek et al. (2014) предположили, что пациенты с ОКР склонны иррадиировать тревогу и обобщать беспокойство (как и при тревожных расстройствах), вызванное непосредственным опытом взаимодействия с угрожающим стимулом (например, с потенциальным загрязнителем), на более широкий класс стимулов, осмысляя и оценивая все новые ситуации на основе усложняющихся дисфункциональных убеждений. Хотя выделенный феномен не изучался в клинической группе ОКР, на выборке студентов со значимыми симптомами ОКР данная гипотеза подтвердилась [18].

Однако в результате исследования N. Rouhani et al. (2019) было обнаружено, что иррациональное обобщение негативного опыта взаимодействия с угрожающими стимулами не является центральным механизмом рас-

смаатриваемого патологического процесса. Важным, по мнению ученых, оказалось то, что люди с ОКР, как и с СТР, менее склонны обобщать ситуации успеха, например вознаграждения, чем пациенты с социальным тревожным расстройством и здоровая выборка [19].

В работе К.Е. Sip et al. (2018) у лиц с ОКР выявлены специфические дифференцированные когнитивные системы убеждений относительно переживаний успеха и неуспеха. Так, индивиды на основе анализа условий ситуации и целостного контекста (выигрыш / проигрыш), ориентируясь на ригидные когнитивные схемы, демонстрировали определенные устойчивые стратегии поведения. Как при ОКР, так и при других тревожных расстройствах, в том числе при СТР, проявляются тенденция к избеганию ситуаций утраты, возможного ущерба, склонность к актуализации интолерантности к потере контроля [20]. V. Voon et al. (2015) показали, что в результате оценивания различного рода ситуаций с точки зрения благоприятности / неблагоприятности в условиях высокой вероятности негативного исхода для пациентов с ОКР характерно разворачивание целенаправленной, «основанной на моделях» системы. Однако при осмыслении ситуаций успеха, выигрыша пациенты ориентируются на неосложненную «безмодельную» систему оценивания и познания явлений [21].

Актуальное направление исследования особенностей мыслительной деятельности у пациентов со связанными с тревогой расстройствами, позволяющее обнаружить значимые критерии формирования и поддержания дисфункциональной системы убеждений, а также основания искаженной интерпретации событий – изучение специфического пралогического стиля мышления как способа когнитивной и метакогнитивной обработки информации. И.Я. Стоянова (2000, 2009) рассматривает пралогические образования в контексте невротических, тревожных, психосоматических и прочих расстройств как компенсаторный феномен, психологический инструмент адаптации в условиях стрессовых нагрузок посредством актуализации систем пралогической защиты, например «магической тревожности», пралогического восприятия, или суеверности, «магического прогноза» и пр. [22, 23].

Руминативное мышление и обсессивный компонент ОКР

Согласно актуальным когнитивным моделям, объясняющим качественные особенности ОКР исходя из достижений современного уровня развития научной психологии, руминации и навязчивые идеи обладают общими процессуальными свойствами. На первый взгляд отличия между руминацией и обсессиями могут казаться нечеткими – данные психологические феномены связаны с похожими когнитивными процессами, характеризующимися повторяемостью, навязчивостью и неконтролируемостью.

Вместе с тем навязчивые мысли в значительной степени интрузивны и нежелательны (American Psychiatric Association, 2013), а само по себе руминативное мышление рассматривается как способ реагирования в усло-

виях дискомфорта, включает в себя повторную фокусировку на причинах и последствиях стрессового события.

Тем не менее в настоящий момент нет однозначного устойчивого определения понятия психологического феномена «руминация» в науке. Так, согласно L.L. Martin и A. Tesser (1996), руминация – это сводное обозначение разных способов неадаптивного мышления, класс осознанных мыслей, которые циркулируют вокруг определенной темы и поддерживаются внешней средой. S. Nolen-Hoeksema (2000) описывает феномен руминации как повторные и пассивные размышления о симптомах депрессии, их возможных причинах и последствиях. А.Б. Смулевич (2007) определяет руминации как обусловленные патологически сниженным аффектом повторяющиеся помимо воли представления, воспоминания, мысли негативного, самоуничижительного, пессимистического содержания. Исследователи, однако, сходятся во мнении, что наличие руминации в клинической картине может усугубить симптомы ОКР.

Abramowitz, Taylor & McKay (2009) отмечают, что обсессии возникают из-за нежелательных навязчивых мыслей или образов, сопровождаемых оценкой этих мыслей как значимых, неприемлемых или представляющих угрозу, ответственность за которую несет сам человек, и подчеркивают значимость руминативного мышления в развитии и поддержании симптоматики ОКР [24]. Существующие модели обсессивных симптомов, например модель, предложенная А.М. Raines et al. (2014), основываются на том, что обсессии возникают из-за искаженной интерпретации естественных интрузий как особо значимых. Иными словами, ключевой момент в патогенезе обсессий – неверное истолкование обычных навязчивых мыслей в контексте чрезмерного оценивания их важности и неприемлемости. Исследователи данного психологического направления предпринимают попытки осмысления тех метакогнитивных закономерностей, в том числе руминативного мышления, которые могут лежать в основе описываемых дисфункциональных убеждений и оценок [25].

Вместе с тем, спустя некоторое время, исследовательской группой опять же во главе с А.М. Raines (2017) были получены иные экспериментальные данные – не обнаружена значимая связь между руминацией и симптомами ОКР (например, загрязнением, симметрией и ответственностью за вред) [26]. Одно из объяснений явного противоречия в существующих результатах заключается в том, что в ранних работах ученые использовали шкалу PI-R (Padua Inventory, Revised – немецкая версия Emmelkamp & Van Oppen, 2000), ограниченную диагностическими возможностями оценки симптомов ОКР. С другой стороны, несовпадения выводов могут быть связаны и с гетерогенностью симптоматики ОКР.

Действительно, предшествующие исследования продемонстрировали значимую корреляцию между симптомами ОКР и прочими патологическими состояниями, что затрудняет как изучение «чистого» дифференциального проявления симптоматики ОКР, так и выбор должной эффективной тактики лечения в условиях «ассоциированных», «сочетанных» заболева-

ний [27, 28]. Таким образом, последующие исследования начали фокусироваться на выявлении и анализе определенных факторов, которые могут способствовать возникновению данной гетерогенности в представлении симптомов ОКР, причем руминации могут выступать одним из таких факторов. Руминации рассматриваются как трансклинический симптом связанных с тревогой расстройств, в том числе важнейший когнитивный фактор нарушений при СТР.

Гетерогенность клинической картины в контексте коморбидных состояний при ОКР, взаимовлияние механизмов их развития и поддержания обычно рассматриваются с позиции описания депрессии как наиболее распространенного расстройства при ОК-симптоматике (распространенность депрессии у лиц с ОКР на 2016 г. составляет от 12 до 70%) [29]. Депрессия, с одной стороны, может способствовать временному облегчению симптомов ОКР, но, с другой стороны, значительно повышает риск антивитаального поведения. Депрессия является фактором риска суицида уже сама по себе. На основе повышения вероятности антивитаального и суицидального поведения при коморбидности данных состояний, а также вследствие требования специфического лечения при «ассоциированных» расстройствах МКБ-11, в отличие от прежних пересмотров, предполагает возможность одновременной диагностики ОКР и депрессии без акцента на преимущественности симптоматики. Многие исследования концентрируются на изучении переживания безнадежности и беспомощности как усугубляющих факторов в течении ОКР, способствующих хронификации симптоматики и инвалидизации человека (J. Angst et al. 2005; P. Kamath et al. 2007; V. Brakoulias et al. 2017).

ОКР и социальное тревожное расстройство (СТР).

Искажение внимания

Актуальные версии ведущих классификаций болезней отмечают выраженные переживания пациентами с ОКР не только тревоги, но и стыда, беспокойства по поводу «правильной» организации предметов в пространстве, чувства «незавершенности», что является еще одним важным критерием, способствующим рассмотрению ОКР как самостоятельного психологического синдрома [30]. Историческое диагностическое и концептуальное пересечение ОКР и болезненных процессов тревожного спектра, а также значимую распространенность тревожных расстройств при ОКР (25–75% на 2016 г.) [29] целесообразно осмыслять в контексте поиска общих / различных нейropsychологических и метакогнитивных особенностей и механизмов синдромаобразования.

В 1998 г. Amir, Foa, Coles провели сравнительный анализ свойств социального восприятия и познания пациентов с ОКР и пациентов с социальной фобией. Ученые выяснили, что люди с ОКР в отличие от индивидов с социальной фобией в заданиях на оценку собственной личности в ситуации межличностного взаимодействия реже проявляли негативное отноше-

ние к себе, наряду с этим у них было менее выражено предвосхищение угроз как результата предстоящих коммуникаций в условиях отсутствия предшествующего негативного индивидуального опыта. Выводы данной работы подчеркивают значимость изучения качественных особенностей ментальных репрезентаций, квалификации социально-психологических явлений, а также свойств, определяющих планирование, прогноз и контроль психической деятельности в процессе общения у пациентов с ОКР и при социальном тревожном расстройстве.

На текущий момент ряд авторов сконцентрированы на изучении сочетанности социальной тревоги и симптомов ОКР. Например, F.R. Schneier et al. (2016) установили, что обозначенные синдромы имеют общий патологический паттерн – искажение внимания. В исследовательской работе продемонстрирована связь искажения внимания с интенсивностью болезненного состояния: при социальном тревожном расстройстве рассматриваемые особенности внимания значительно коррелируют с выраженностью социального избегания, при ОКР – с тяжестью симптоматики [31].

В настоящее время описан патофизиологический синдром социальной тревоги, подчеркивая значительную роль искажения внимания как основополагающего механизма развития и поддержания данного расстройства (О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, И.Я. Стоянова, 2014, 2017). Социальная тревога характеризуется такими свойствами и закономерностями когнитивной обработки информации в ситуациях оценивания в условиях значимости постситуативной интрузии, как дисрегуляция целенаправленной избирательности внимания – фокусировка внимания на признаках тревоги, склонность к самофокусировке (отслеживание в своем поведении внешних признаков тревоги с целью их контроля) [32–34].

Экспериментальное изучение коморбидности обозначенных выше заболеваний обусловлено также тем эмпирическим фактом, обнаруженным в исследовании D.M. Căndeia, A. Szentagotai-Tăta (2018), что интенсивность переживания вины и стыда положительно коррелирует с выраженностью социальной тревоги и симптоматики ОКР [35]. Вероятно, переживание стыда при социальном тревожном расстройстве является экстеральным чувством, а при ОКР – интернальным.

Проблема искажения внимания при различной ОК-симптоматике составляет исследовательский интерес ряда ученых (Da Victoria et al., Moritz et al.). Установлено, что пациенты-«проверяльщики» демонстрируют уклон внимания на субъективную информацию, связанную с угрозой (например, открытой дверью), причем указанное искажение внимания связано со сниженной способностью переключения внимания с анксиогенных стимулов на задачи, что и осмысливается как фактор развития и поддержания тревоги при ОКР. Особенности контроля и регуляции внимания как когнитивного процесса зарубежными исследователями осмысливаются в рамках методологии исполнительных функций [36], имеющих свой эквивалент в отечественной психологической школе – работа структурно-функционального блока программирования, регуляции и контроля психической деятельности по А.Р. Лурия.

Нейрокогнитивный подход. Вызванные потенциалы и мониторинг ошибок

Современная психология направлена на изучение сложных саморазвивающихся систем в контексте постнеклассической рациональности (В.С. Стёпин, 2003). Фундаментальное достижение обусловлено качественной интеграцией когнитивного взгляда на психику и неврологической, нейропсихологической моделями психологических феноменов, в том числе внедрением в экспериментально-психологические исследования нейровизуализационных методов диагностики. Системный подход, позволяющий преодолеть фрагментарность отдельных эмпирических фактов, обозначается в русле нейрокогнитивных исследований, ставящих задачу методологического описания и объяснения объективно получаемых коррелятов при преобладании квалификации наблюдаемых особенностей работы мозга в терминах нарушений психической деятельности над констатацией внешних проявлений.

Одним из современных приоритетных направлений нейрокогнитивных исследований является использование ЭЭГ и метода вызванных потенциалов как широко распространенных способов определения функционального состояния нейронов коры головного мозга. В контексте особенностей нейронных маркеров тех или иных состояний при ОКР особую роль играет индикатор мониторинга эффективности, внимания к ошибкам (ERN – error-related negativity – «негативность, связанная с ошибкой», компонент вызванного потенциала), что согласуется с теориями о специфической системе дисфункциональных убеждений при ОКР, в частности перфекционизме. ERN в норме наблюдается после совершения ошибки во время различных задач на выбор, даже когда испытуемый не уверен в факте совершения ошибки; однако в случае неосознанных ошибок ERN выражен не так интенсивно, как при осознанных. Показано, что ERN – специфический маркер тревоги, наиболее тесно ассоциированный с СТР, но обнаруживается и при других формах тревожных нарушений, в том числе при ОКР, который может интенсифицироваться в определенных контекстах эксперимента (Сагалакова, Труевцев, 2018) [32]. Особенности возникновения и резистентность к влиянию контекста ERN, вероятно, – нейрокогнитивный механизм перехода социальной тревоги в СТР, одновременно и значимый маркер ОКР. Повышенный ERN после лечения наблюдался даже у тех пациентов с СТР, кто реагировал на лечение. Пока не разработаны стандартные методы лечения с целью снижения величины ERN при тревоге, однако исследования (А. Meyer, 2017; А. Harrewijn et al., 2017; А. Kujawa et. al., 2016) показали, что изменение распределения и концентрации внимания уменьшает ERN при симптомах ОКР и что смещение фокуса внимания снижает ERN в норме [37–39]. Таким образом, наиболее эффективными стратегиями научно обоснованного вмешательства, предположительно, будут техники работы с самофокусировкой внимания, мониторинга ошибки, вторично стабилизирующие регуляцию эмоций.

В отличие от исследований, в которых наблюдалось небольшое количество ошибок у взрослых с ОКР [40], G.L. Hanna et al. (2018) обнаружили, что подростки с ОКР были менее точными, чем здоровая выборка и пациенты с биполярным расстройством. Предыдущая работы этой исследовательской группы также показала, что пациенты с ОКР в возрасте 8–18 лет были менее точными, чем условная норма (Hanna et al., 2016), что осмысливается как нарушение когнитивного контроля у молодых пациентов с ОКР при выполнении задач, требующих выполнения опосредованным путем, а не прямым. Точность выполнения деятельности у пациентов с ОКР и СТР связана с потенциалом ERN, часто усиливающимся по мере улучшения точности [41], что, возможно, является косвенным доказательством нарушения обобщения позитивного опыта при ОКР в виде повышенного сосредоточения на совершении ошибки, кумулятивности напряжения в «психологическом поле» [5] по мере необнаружения неточности в работе, которое находит, вероятно, свое разряжение посредством декомпенсирующей стратегии – обнаружения ошибки.

В данном исследовании параметр точности имел значительную положительную корреляцию с тревожностью (Child Behavior Checklist / 6–18 (CBCL / 6–18)) у пациентов с ОКР, но не у пациентов с биполярным расстройством или в норме. Вместе с тем результаты указывают, что более выраженные симптомы тревоги не обязательно влияли на выполнение задачи на выбор у пациентов с СТР, ОКР [41], что формирует новую открытую проблему – поиск специфических закономерностей, проливающих свет на особенности организации психической деятельности при ОК-симптоматике в контексте соотношения тенденции к точному выполнению и нейронного коррелята – ERN и в связи с возможной коморбидностью с другими тревожными расстройствами, особенно СТР, при котором мониторинг ошибки выражен максимально, особенно в условиях непредсказуемости отрицательной обратной реакции. Усиление ERN может быть трансдиагностической особенностью тревожных расстройств, возможно, потому, что тревожные испытуемые воспринимают ошибки как угрозы, но наиболее специфична и устойчива, как показывают последние данные, к терапии именно при СТР (Сагалакова, Труевцев, 2018), в меньшей степени – ОКР.

Рассмотрение фенотипических характеристик нейropsychологических и нейрокогнитивных особенностей течения психических процессов у различных возрастных групп как с СТР, так и с ОКР показывает недостаточность имеющихся исследовательских данных. Например, Abramowitz et al. (2015) при проведении анализа литературы о детских вариантах течения ОКР не обнаружили значимых нейropsychологических дефектов, характерных для лиц с данным расстройством. Однако ученые выдвигают гипотезу, что данное положение может быть обусловлено нехваткой качественных экспериментов, и призывают продолжить работу по всестороннему изучению психических особенностей данной группы пациентов [42]. Кроме того, существует определенный дефицит сравнительных исследований по

поводу нейрокогнитивных особенностей протекания психической деятельности детей и взрослых с ОКР и лиц с другими расстройствами, особенно тревожными.

Заключение

Таким образом, развитие изучения когнитивных факторов нарушений психической деятельности при ОКР идет по пути все большей дифференциации данного расстройства, однако существуют оппозиционные мнения, ставящие под вопрос как самостоятельный синдромный статус ОКР, так и патологичность обсессивно-компульсивного состояния в принципе. Обобщенный опыт психологических работ иллюстрирует сложно организованную систему симптомов ОКР. Динамика научных представлений о расстройстве обусловлена также тем фактом, что разные группы ученых определяют и исследуют ОКР с помощью специфического, основанного на их научных взглядах арсенала параметров и диагностических шкал (так, например, изучение взаимосвязи ОКР и перфекционизма как конструкта, относительно структурной организации которого имеется несколько взглядов), которые могут в некоторой степени противоречить методологическим представлениям других исследователей.

Не менее острым остается вопрос относительно дифференциальной диагностики ОКР и ОКРЛ, поскольку отсутствует единое мнение о том, где проходит граница между нормой и патологией. Возможно, что как минимум часть симптомов, ассоциируемых на данном этапе развития науки с ОКР, – это своеобразный способ совладания со стрессовой ситуацией.

Дискуссионные и противоречивые данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения когнитивных факторов нарушений психики при ОКР в сравнении с другими связанными с тревогой расстройствами. Показательно также, что не только научные представления, но и особенности самих психических расстройств изменяются вслед за развитием как личности человека, так и общества в целом, отражают насущные социальные проблемы. Современные исследования фокусируются на том, что ОКР может значительно преломляться через призму индивидуального опыта человека, культурной обусловленности, вследствие чего перед исследователями предстает картина гетерогенности симптоматики ОКР.

Анализ вероятных фенотипических характеристик нейрокогнитивных особенностей течения психических процессов при СТР и ОКР показывает недостаточность имеющихся исследовательских данных. Усиление ERN в структуре вызванного потенциала может быть трансдиагностической особенностью тревожных расстройств, возможно, потому, что тревожные испытуемые воспринимают ошибки как угрозы, ERN наиболее выражена при симптомах именно СТР и ОКР. Эти данные выступают важнейшими объективными маркерами когнитивных факторов нарушений психики при СТР и ОКР, указывающими на атипичный мониторинг ошибок при данных расстройствах, причем бдительность к ошибкам при обоих нару-

шениях тем выше, чем сильнее непредсказуемость отрицательной обратной реакции.

На современном этапе изучения ОКР ученые сходятся во мнении, что научное описание и объяснение ОКР, а также управление данным психологическим синдромом необходимо осуществлять с помощью качественного анализа первичных, вторичных и третичных нарушений, однако выявление первичных и производных нарушений также представляет собой сложную экспериментальную задачу.

Литература

1. Dell'Osso B. et al. Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs) // *CNS Spectrums*. 2018. Vol. 23, № 1. P. 59–66. DOI: 10.1017/S1092852917000177.
2. Williams M.T. et al. Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder // *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders* / J. Abramowitz, D. McKay, E. Storch (eds.). New Jersey : Wiley, 2017. P. 56–74.
3. Bobes J. et al. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder // *Eur Psychiatry*. 2001. № 16. P. 239–245.
4. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Нарушение когнитивной регуляции аффекта в ситуации социального оценивания при антивитальной направленности поведения. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2014. 158 с.
5. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Сагалаков А.М. Системный подход в исследовании антивитального и суицидального поведения // *Медицинская психология в России : электрон. науч. журнал*. 2015. № 6 (35). URL: <http://mprj.ru>
6. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Сагалаков А.М. Латентно-структурный анализ в исследовании нарушений когнитивной регуляции аффекта в ситуациях оценивания при антивитальной направленности поведения в подростковом возрасте // *Известия Алтайского государственного университета*. 2015. Т. 1, № 3(87). С. 81–85.
7. Torres A.R. et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011. № 72 (1). P. 17–26. DOI: 10.4088/JCP.09m05651blu.
8. Fernández-Cruz L. et al. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients // *Journal of Molecular Psychiatry*. 2017. Vol. 22, № 11. P. 1626–1632. DOI: 10.1038/mp.2016.115.
9. Abramowitz J.S., Blakey S. Obsessive-compulsive and related disorders // *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* / W. Craighead, D. Miklowitz, L. Craighead (eds.). New Jersey : Wiley, 2017. P. 187–215.
10. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis // *Behaviour Research and Therapy*. 1985. Vol. 23, № 5. P. 571–583. DOI: 10.1016/0005-7967(85)90105-6.
11. Foa E.B. et al. Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension // *Anxiety Disorders*. 2002. Vol. 16, № 4. P. 443–453.
12. Любарский В.В. Нарушения произвольной регуляции деятельности при обсессивно-компульсивных расстройствах с преобладанием двигательных ритуалов у больных шизофренией // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2007. № 11. С. 12–19.
13. Rheaume J. et al. Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? // *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38 (2). P. 119–128. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00203-4.

14. Shafran R. Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // *Clinical Psychology Review*. 2001. Vol. 21, № 10. P. 879–903.
15. Гарanian Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // *Терапия психических расстройств*. 2006. № 1. С. 23–31.
16. Гарanian Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // *Консультативная психология и психотерапия*. 2018. Vol. 26 (3). С. 8–32.
17. Bouchard C., Rheame J., Ladouceur R. Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study // *Behaviour Research and Therapy*. 1999. Vol. 37, № 3. P. 239–248. DOI: 10.1016/s0005-7967(98)00141-7.
18. Lissek S. et al. Generalized anxiety disorder is associated with overgeneralization of classically conditioned fear // *Biological Psychiatry*. 2014. Vol. 75, № 11. P. 909–915. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.07.025.
19. Rouhani N. et al. Impaired generalization of reward but not loss in obsessive-compulsive disorder // *Depress Anxiety*. 2019. Vol. 36 (2). P. 121–129. DOI: 10.1002/da.22857.
20. Sip K.E. et al. Increased loss aversion in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder // *Frontiers in Psychiatry*. 2018. № 8. 00309. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00309.
21. Voon V. et al. Motivation and value influences in the relative balance of goal-directed and habitual behaviours in obsessive-compulsive disorder // *Translational Psychiatry*. 2015. Vol. 5, № 11. e670. DOI: 10.1038/tp.2015.165.
22. Стоянова И.Я., Семке В.Я., Бохан Н.А. Пралогические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме. Томск : Иван Федоров, 2009. 134 с.
23. Стоянова И.Я., Ошаев С.А., Добрянская Д.В. Опросник верований и суеверий – новый способ психодиагностики пралогической защиты // *Новые формы организации психиатрического сервиса : материалы науч.-практ. конф. Томск–Барнаул, 2000*. С. 43–45.
24. Abramowitz J.S., Taylor S., McKay D. Obsessive-compulsive disorder // *The Lancet*. 2009. Vol. 374, № 9688. P. 491–499. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60240-3.
25. Raines A.M. et al. Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions // *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014. № 3. P. 71–76. DOI: 10.1016/j.jocrd.2014.01.001.
26. Raines A.M. et al. Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions // *Personality and Individual Differences*. 2017. № 113. P. 63–67. DOI: 10.1016/j.paid.2017.03.001.
27. Бохан Н.А., Семке В.Я., Четвериков Д.В. Двойной диагноз в психиатрии и наркологии: оценка и лечение. Томск, 2009. 236 с.
28. Бохан Н.А., Четвериков Д.В. Логистические основы организации специализированной помощи при коморбидных психических расстройствах // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009. № 3. С. 107–110.
29. Chaudhary R.K., Kumar P., Mishra B.P. Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: a hospital-based study // *Industrial Psychiatry Journal*. 2016. Vol. 25, № 2. P. 166–170. DOI: 10.4103/ipj.ipj_63_16.
30. Reed G.M. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // *World Psychiatry*. 2019. № 18 (1). С. 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
31. Schneier F.R. et al. Attention bias in adults with anorexia nervosa, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety disorder // *Journal of Psychiatric Research*. 2016. № 79. P. 61–69. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.009.
32. Сагалакова О.А., Трубец Д.В., Стоянова И.Я. Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства // *Сибирский психологический журнал*. 2018. № 70. С. 75–91. DOI: 10.17223/17267080/70/6.

33. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 4. С. 15–22.
34. Сагалакова О.А. Произвольная регуляция психической деятельности в ситуациях оценивания умственных способностей при социальной тревоге // Медицинская психология в России : электрон. науч. журнал. 2014. № 2 (25). URL: <http://mprj.ru>.
35. Căndeia D.M., Szentagotai-Tăta A. Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: a meta-analysis // Journal of Anxiety Disorders. 2018. № 58. P. 78–106. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.07.005.
36. Da Victoria M.S., Nascimento A.L., Fontenelle L.F. Symptom-specific attentional bias to threatening stimuli in obsessive-compulsive disorder // Comprehensive Psychiatry. 2012. Vol. 53, № 6. P. 783–788. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.12.005.
37. Meyer A. A biomarker of anxiety in children and adolescents: a review focusing on the error-related negativity (ERN) and anxiety across development // Developmental Cognitive Neuroscience. 2017. № 27. P. 58–68. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.08.001>.
38. Harrewijn A. et al. Electrocortical measures of information processing biases in social anxiety disorder: a review // Biological Psychology. 2017. № 129. P. 324–348. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.09.013>.
39. Kujawa A. et al. Error-related brain activity in youth and young adults before and after treatment for generalized or social anxiety disorder // Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2016. № 71. P. 162–168. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2016.07.010.
40. Riesel A. et al. Overactive performance monitoring as an endophenotype for obsessive-compulsive disorder: Evidence from a treatment study // American Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 172, № 7. P. 665–673. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070886.
41. Hanna G.L. et al. Error-related brain activity in adolescents with obsessive-compulsive disorder and major depressive disorder // Depress Anxiety. 2018. Vol. 35, № 8. P. 752–760. DOI: 10.1002/da.22767.
42. Abramovitch A. et al. Research review: Neuropsychological test performance in pediatric obsessive-compulsive disorder – a metaanalysis // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2015. Vol. 56, № 8. P. 837–847. DOI: 10.1111/jcpp.12414.

*Поступила в редакцию 14.10.2019 г.; повторно 28.10.2019 г.;
принята 03.02.2020 г.*

Сагалакова Ольга Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Алтайского государственного университета.

E-mail: olgasagalakova@mail.ru

Жирнова Ольга Владимировна – студент кафедры клинической психологии Алтайского государственного университета.

E-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович – кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии Алтайского государственного университета.

E-mail: truevtsev@gmail.com

Стоянова Ирина Яковлевна – доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья ТНИМЦ; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета.

E-mail: ithka1948@mail.ru

For citation: Sagalakova, O.A., Zhirnova, O.V., Truevtsev, D.V., Stoyanova, I.Ya. Cognitive Factors of Mental Activity Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder. *Sibirskiy Psikhologo-gicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology*. 2020; 75: 159–181. doi: 10.17223/17267080/75/9. In Russian. English Summary

Cognitive Factors of Mental Activity Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder

O.A. Sagalakova^a, O.V. Zhirnova^a, D.V. Truevtsev^a, I.Ya. Stoyanova^{b, c}

^a Altai State University, 61 Lenina Ave., Barnaul, 656049, Russian Federation

^b Mental Health Research Institute of Tomsk NRC, 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

^c Tomsk State University, 36, Lenin Ave., Tomsk, 634050, Russian Federation

Abstract

The article presents an analytical review of approaches to the study of cognitive factors of mental activity abnormalities in obsessive-compulsive disorder (OCD), which reflects the dynamics of scientific ideas development. Significant transclinical cognitive identities of abnormalities in OCD and anxiety-related disorders, particularly in social anxiety disorder (SAD), are shown.

In the article we discuss controversial issues and conflicting points of view regarding the cognitive aspects of OCD. Our attention is focused on how the symptoms, pathological mechanisms and the syndromic status of this disorder were understood through the ages. Modern theoretical concepts and relevant studies are highlighted as well. The first cognitive theories of OCD indicated a significant similarity between the mechanisms of this disorder and anxiety disorders. In contrast, theoretical concepts were created that focused on identifying pathological mechanisms in the form of a system of dysfunctional beliefs, which made it possible to differentiate OCD from other disorders. The high comorbidity of OCD and anxiety disorders, especially SAD, may be caused by the fact that anxiety is often encountered with various mental disorders, it is a transclinical symptom, therefore, scientists face the necessity of determining the place of anxiety in the syndrome formation process, as well as neurocognitive mechanisms of formation and maintenance disorders.

Perhaps the pathological mechanism of OCD consists not in the content of mental activity, but in the form of proceeding. A separate stage in the development of understanding the OCD mechanisms is the analysis of perfectionism as an anxiety disorders cognitive predictor. However, at this stage of psychological science development, the question of perfectionism effect on the OCD occurrence and maintenance remains open due to the fact that the structure of perfectionism itself also needs further clarification. A number of studies are devoted to the analysis of causal relationships between the “responsibility” parameter and OCD symptoms, but first it is necessary to conduct differential diagnosis of OCD and OC personality disorder. Increased responsibility is a central theme in OCD, and with respect to OCD, this parameter is a derivative violation.

One of the most important lines of studying the cognitive mechanisms of OCD is the analysis of mental activity features. Rumination and obsession have common procedural properties. At the present stage of development of our knowledge about the mechanisms of OCD, an analysis of factors that ensure heterogeneity of OCD symptoms is underway, and rumination is possibly one of the factors. The heterogeneity of OCD symptoms may be explained due to the presence of concomitant disorders. A number of works are focused on the study of OCD and SAD comorbidity, having a common pattern of attention biases, as well as the features of guilt and shame experience in social contexts. Modern psychology is aimed at studying complex self-developing systems, which is associated with the process of its integration with neurosciences. A meta-analysis of neurocognitive studies has shown significant inconsistencies in the results regarding the neural correlates of the disorder. There is a lack of comparative cognitive activity studies of children or adults with OCD and other anxiety disorders, in particular, with SAD. It has been shown that a probable transdiagnostic neural mechanism of the formation and maintenance of an anxiety pattern in OCD and SAD is an event related potential component called ERN (error related negativity), which expresses vigilance to error, self-focused attention.

Despite the great backlog in science on this issue, there are contradictions in the results. It is possibly connected with fragmentation in comprehension of a large number of empirical facts, the lack of single logic for understanding a complex phenomenon, and eclecticism in methodological interpretation. In the scientific context, a small amount of work is presented in which an analysis of OCD in connection with the transdiagnostic neural mechanisms of SAD is indicated, including the syndrome-factor method in clinical psychology based on a systematic view of the mental activity.

Keywords: obsessive-compulsive disorder (OCD); dysfunctional beliefs; rumination; attention distortion; neurocognitive research; social anxiety disorder (SAD); error related negativity (ERN); self-focusing attention.

References

1. Dell'Osso, B. et al. (2018) Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectrums*. 23(1). pp. 59–66. DOI: 10.1017/S1092852917000177
2. Williams, M.T. et al. (2017) Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder. In: Abramowitz, J., McKay, D. & Storch, E. (eds) *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders*. New Jersey: Wiley. pp. 56–74.
3. Bobes, J. et al. (2001) Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 16. pp. 239–245. DOI: 10.1016/S0924-9338(01)00571-5
4. Sagalakova, O.A. & Truevtsev, D.V. (2014) *Narushenie kognitivnoy regulyatsii affekta v situatsii sotsial'nogo otsenivaniya pri antivitall'noy napravlenosti povedeniya* [Violation of cognitive regulation of affect in a situation of social assessment with anti-vital orientation of behavior]. Tomsk: Tomsk State University.
5. Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V., Stoyanova, I.Ya. & Sagalakov, A.M. (2015) System approach in research of anti-vital and suicidal behavior. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*. 6(35). (In Russian).
6. Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. & Sagalakov, A.M. (2015) Latent Structural Analysis in the Study of Cognitive Affect Regulation Disturbances in Evaluation Situations in Anti-Vital Behavior Orientation in Adolescence. *Izvestiya Altayskogo gosudarstvennogo universiteta – Izvestiya of Altai State University Journal*. 3(87). pp. 81–85. (In Russian). DOI 10.14258/izvasu(2015)3.1-14
7. Torres, A.R. et al. (2011) Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 72(1). pp. 17–26. DOI: 10.4088/JCP.09m05651blu
8. Fernández-Cruz, L. et al. (2017) Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Journal of Molecular Psychiatry*. 22(11). pp. 1626–1632. DOI: 10.1038/mp.2016.115
9. Abramowitz, J.S. & Blakey, S. (2017) Obsessive-compulsive and related disorders. In: Craighead, W., Miklowitz, D. & Craighead, L. (eds) *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. New Jersey: Wiley. pp. 187–215.
10. Salkovskis, P.M. (1985) Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 23(5). pp. 571–583. DOI: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
11. Foa, E.B. et al. (2002) Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *Anxiety Disorders*. 16(4). pp. 443–453.
12. Lyubarsky, V.V. (2007) *Narusheniya proizvol'noy regulyatsii deyatel'nosti pri obsessivno-kompul'sivnykh rasstroystvakh s preobladaniem dvigatel'nykh ritualov u bol'nykh shizofreniy* [Violations of arbitrary regulation of activity in obsessive-compulsive disorders with

- a predominance of motor rituals in patients with schizophrenia]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii* – S.S. Korsakov *Journal of Neurology and Psychiatry*. 11. pp. 12–19.
13. Rheume, J. et al. (2000) Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*. 38(2). pp. 119–128. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00203-4
14. Shafran, R. & Mansell, W. (2001) Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 21(10). pp. 879–903. DOI: 10.1016/S0272-7358(00)00072-6
15. Garanyan, N.G. (2006) Perfeksionizm i psikhicheskie rasstroystva (obzor zarubezhnykh empiricheskikh issledovaniy) [Perfectionism and mental disorders (a review of foreign empirical studies)]. *Terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 1. pp. 23–31. (In Russian)
16. Garanyan, N.G., Kholmogorova, A.B. & Yudeeva, T.Yu. (2018) Factor Structure and Psychometric Properties of Perfectionism Inventory: Developing 3-Factor Version. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya –Counseling Psychology and Psychotherapy*. 26(3). pp. 8–32. (In Russian). DOI: 10.17759/cpp.2018260302
17. Bouchard, C., Rheume, J. & Ladouceur, R. (1999) Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*. 37(3). pp. 239–248. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00141-7
18. Lissek, S. et al. (2014) Generalized anxiety disorder is associated with overgeneralization of classically conditioned fear. *Biological Psychiatry*. 75(11). pp. 909–915. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.07.025
19. Rouhani, N. et al. (2019) Impaired generalization of reward but not loss in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 36(2). pp. 121–129. DOI: 10.1002/da.22857
20. Sip, K.E. et al. (2018) Increased loss aversion in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 8. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00309
21. Voon, V. et al. (2015) Motivation and value influences in the relative balance of goal-directed and habitual behaviours in obsessive-compulsive disorder. *Translational Psychiatry*. 5(11). DOI: 10.1038/tp.2015.165
22. Stoyanova, I.Ya., Semke, V.Ya. & Bokhan, N.A. (2009) *Pralogicheskie obrazovaniya v adaptivno-zashchitnoy sisteme u bol'nykh s psikhicheskimi rasstroystvami nepsikhoticheskogo spektra i v norme* [Pralogic formations in the adaptive defense system in patients with mental disorders of the nonpsychotic spectrum and normal]. Tomsk: Ivan Fedorov.
23. Stoyanova, I.Ya., Oshaev, S.A. & Dobryanskaya, D.V. (2000) [Questionnaire of beliefs and superstitions - a new way of psychodiagnostics of pralogic protection]. *Novye formy organizatsii psikiatricheskogo servisa* [New Forms of Psychiatric Service Organization]. Proc. of the Conference. Tomsk–Barnaul. pp. 43–45. (In Russian).
24. Abramowitz, J.S., Taylor, S. & McKay, D. (2009) Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 374(9688). pp. 491–499. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60240-3
25. Raines, A.M. et al. (2014) Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3. pp. 71–76. DOI: 10.1016/j.jocrd.2014.01.001
26. Raines, A.M. et al. (2017) Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*. 113. pp. 63–67. DOI: 10.1016/j.paid.2017.03.001
27. Bokhan, N.A., Semke, V.Ya. & Chetverikov, D.V. (2009) *Dvoynoy diagnost v psikiatrii i narkologii: otsenka i lechenie* [Double Diagnosis in Psychiatry and Narcology: Assessment and Treatment]. Omsk: [s.n.].
28. Bokhan, N.A. & Chetverikov, D.V. (2009) Logisticheskie osnovy organizatsii spetsializirovannoy pomoshchi pri komorbidnykh psikhicheskikh rasstroystvakh [Logistical bases in organization of specialized treatment in comorbid mental illness]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. 3. pp. 107–110.

29. Chaudhary, R.K., Kumar, P. & Mishra, B.P. (2016) Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: a hospital-based study. *Industrial Psychiatry Journal*. 25(2). pp. 166–170. DOI: 10.4103/ipj.ipj_63_16
30. Reed, G.M. et al. (2019) Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 18(1). pp. 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
31. Schneier, F.R. et al. (2016) Attention bias in adults with anorexia nervosa, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 79. pp. 61–69. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.009
32. Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. & Stoyanova, I.Ya. (2018) Syndrome-factor method in historical and modern context: possibilities of studying social anxiety disorder. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 70. pp. 75–91. (In Russian). DOI: 10.17223/17267080/70/6
33. Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. & Stoyanova, I.Ya. (2017) Sindrom sotsial'noy fobii i ego psikhologicheskoe sodержanie [Syndrome of social phobia and its psychological content]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 117(4). pp. 15–22.
34. Sagalakova, O.A. (2014) Proizvol'naya regul'yatsiya psikhicheskoy deyatel'nosti v situatsiyakh otsenivaniya umstvennykh sposobnostey pri sotsial'noy trevoge [Arbitrary regulation of mental activity in situations of assessing mental abilities in social anxiety]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2(25). [Online] Available from: <http://mprj.ru>.
35. Căndea, D.M. & Szentagotai-Tăta, A. (2018) Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 58. pp. 78–106. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.07.005
36. Da Victoria, M.S., Nascimento A.L. & Fontenelle, L.F. (2012) Symptom-specific attentional bias to threatening stimuli in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 53(6). pp. 783–788. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.12.005
37. Meyer, A. (2017) A biomarker of anxiety in children and adolescents: a review focusing on the error-related negativity (ERN) and anxiety across development. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 27. pp. 58–68. DOI: 10.1016/j.dcn.2017.08.001
38. Harrewijn, A. et al. (2017) Electrocutaneous measures of information processing biases in social anxiety disorder: a review. *Biological Psychology*. 129. pp. 324–348. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.09.013
39. Kujawa, A. et al. (2016) Error-related brain activity in youth and young adults before and after treatment for generalized or social anxiety disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 71. pp. 162–168. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2016.07.010
40. Riesel, A. et al. (2015) Overactive performance monitoring as an endophenotype for obsessive-compulsive disorder: Evidence from a treatment study. *American Journal of Psychiatry*. 172(7). pp. 665–673. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070886
41. Hanna, G.L. et al. (2018) Error-related brain activity in adolescents with obsessive-compulsive disorder and major depressive disorder. *Depress Anxiety*. 35(8). pp. 752–760. DOI: 10.1002/da.22767
42. Abramovitch, A. et al. (2015) Research review: Neuropsychological test performance in pediatric obsessive-compulsive disorder – a metaanalysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 56(8). pp. 837–847. DOI: 10.1111/jcpp.12414

Received 14.10.2019; Revised 28.10.2019;

Accepted 03.02.2020

Olga A. Sagalakova – Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Altai State University, Cand. Sc. (Psychol.).

E-mail: olgasagalakova@mail.ru

Olga V. Zhirnova – Student, Altai State University.

E-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev – Head of the Department of Clinical Psychology, Altai State University.
Cand. Sc. (Psychol.).

E-mail: truevtsev@gmail.com

Irina Y. Stoyanova – Lead Researcher, Mental Health Research Institute of Tomsk NRMC.
Professor, Department of Psychotherapy and Psychological Counseling, Tomsk State University, D. Sc. (Psychol.).

E-mail: ithka1948@mail.ru