

**КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ**

**ОБСЕССИВНО-
КОМПУЛЬСИВНОГО
РАССТРОЙСТВА**

ВИКТОРИЯ БРИМ
ФИОНА ЧАЛЛАКОМБЕ
АСМИТА ПАЛМЕР
ПОЛ САЛКОВСКИС

**Когнитивно-
поведенческая
терапия
обсессивно-
компульсивного
расстройства**

COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR OCD

VICTORIA BREAM
FIONA CHALLACOMBE
ASMITA PALMER
AND PAUL SALKOVSKIS

Когнитивно- поведенческая терапия обсессивно- компульсивного расстройства

ВИКТОРИЯ БРИМ
ФИОНА ЧАЛЛАКОМБЕ
АСМИТА ПАЛМЕР
ПОЛ САЛКОВСКИС



Москва · Санкт-Петербург
2021

ББК 53.57
Б87
УДК 159.972

ООО “Диалектика”

Зав. редакцией *С.Н. Тригуб*
Перевод с английского и редакция *И.В. Берштейна*

По общим вопросам обращайтесь в издательство “Диалектика” по адресу:
info.dialektika@gmail.com, <http://www.dialektika.com>

Брим, Виктория, Чаллакомбе, Фиона, Палмер, Асмита, Салковскис, Пол.

Б87 Когнитивно-поведческая терапия обсессивно-компульсивного расстройства. : Пер. с англ. — СПб. : ООО “Диалектика”, 2021. — 384 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-5-907365-71-1 (рус.)

ББК 53.57

Все права защищены.

Copyright © 2021 by Dialektika Publishing.

Научно-популярное издание

Виктория Брим, Фиона Чаллакомбе, Асмита Палмер, Пол Салковскис

**Когнитивно-поведческая терапия
обсессивно-компульсивного расстройства**

Подписано в печать 15.06.2021. Формат 70×100/16

Гарнитура Times

Усл. печ. л. 30,96. Уч.-изд. л. 21,2

Тираж 500 экз. Заказ № 6239

Отпечатано в АО “Первая Образцовая типография”

Филиал “Чеховский Печатный Двор”

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru, тел. 8 (499) 270-73-59

ООО “Диалектика”, 195027, Санкт-Петербург, Магнитогорская ул., д. 30, лит. А, пом. 848

ISBN 978-5-907365-71-1 (рус.)

ISBN 978-0-19-870326-6 (англ.)

© ООО “Диалектика”, 2021,
перевод, оформление, макетирование
© 2017 Oxford University Press

Оглавление

Введение	15
Глава 1. Представление об ОКР перед встречей с пациентом	19
Глава 2. Оценивание ОКР при встрече с пациентом	89
Глава 3. КПТ для лечения ОКР	111
Глава 4. Дополнение к основам	213
Приложение 1. Бланк листа по теории А/В	319
Приложение 2. Бланк формы поведенческого эксперимента	321
Приложение 3. Бланк плана терапии	323
Приложение 4. Опросник обсессивно-компульсивного расстройства (OCI)	325
Приложение 5. Шкала допущений ответственности (RAS)	329
Приложение 6. Опросник истолкований ответственности (RIQ)	335
Приложение 7. Руководство по ОКР: шкала когнитивной терапии (OCD-CTS)	339

Содержание

Посвящения	13
Предисловие	13
Введение	15
Благодарности	16
Об авторах	17
Ждем ваших отзывов!	18
Глава 1. Представление об ОКР перед встречей с пациентом	19
1.1. Что означает ОКР и как оно выглядит	19
1.2. Обычные явления, связанные с ОКР	24
1.3. Распространенность клинического ОКР и его основные разновидности	25
1.4. Общие жалобы на ОКР	27
1.4.1. Опасения по поводу заражения или загрязнения	27
1.4.2. Проверка и другие формы подтверждения правильности	28
1.4.3. Руминация	29
1.4.4. Симметрия и упорядочение	30
1.5. Влияние ОКР	30
1.6. Влияние на членов семьи	33
1.7. Что вызывает ОКР?	33
1.7.1. Биология и генетика	34
1.7.2. Теории дефицита памяти и нейропсихологического дефицита	36
1.7.3. Нейрофармакология: миф о биохимическом дисбалансе	37
1.7.4. Теории повреждения головного мозга: волшебство изображения мозга	38
1.7.5. Шизофрения: “бредовые идеи”	39
1.7.6. Поведенческая теория: Мейер, Рахман и ЭТПР	41
1.8. Когнитивная теория и ее следствия	42
1.8.1. Факторы, закрепляющие ОКР	48
1.8.2. Области убеждений и прочие свидетельства	54

1.8.3. Формирование убеждений на примере ответственности	56
1.8.4. Феноменология и естественная история с когнитивно-поведенческой точки зрения	57
1.9. Свидетельства эффективности поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии ОКР	59
1.9.1. Факторы, прогнозирующие изменение в КПТ	61
1.9.2. “Сопrotивление лечению” при ОКР	62
1.9.3. Медикаментозное лечение и КПТ	63
1.9.4. Обращение за помощью в лечении ОКР	64
1.10. Основные положения клинической практики	66
Библиографические ссылки	66
Глава 2. Оценивание ОКР при встрече с пациентом	89
2.1. Оценивание приводит к пониманию: приготовление	89
2.2. Другие формы ОКР и средоточия опасений	94
2.3. Диагноз в приемной психотерапевта с целью определить, что составляет ОКР и в чем оно не состоит	95
2.4. ОКР в конкретном контексте	95
2.5. Диагноз других коморбидных расстройств	97
2.6. Расстройства личности	100
2.7. Оценивание риска	101
2.8. Оценивание степени тяжести ОКР клиницистом и по опросникам	104
2.8.1. Особенности показатели	105
2.9. Трудности достижения качественного оценивания в свете наблюдения	105
2.10. Завершение оценивания: ОКР — основное расстройство, что дальше?	106
2.10.1. Контрольные вопросы по окончании оценивания	107
Библиографические ссылки	107
Глава 3. КПТ для лечения ОКР	111
3.1. Составляющие терапии	112
3.1.1. Принцип действия терапии	112
3.1.2. Порядок проведения терапии	113

3.1.3. Ведение записей сеансов терапии	115
3.1.4. Установка параметров терапии	116
3.2. Выработка общего понимания: формулировка	117
3.2.1. Решение, ставшее проблематичным	127
3.2.2. Формулировка в свете наблюдения	130
3.3. Нормализация	131
3.3.1. Людей огорчают мысли, которые им не нравятся и не согласуются с их ценностями и убеждениями	133
3.3.2. Оценка мысли зависит от контекста: когда “позитивная” мысль может быть огорчительной?	133
3.3.3. Распространенность навязчивых мыслей	134
3.3.4. Полезность навязчивых мыслей	134
3.4. Постановка целей для выбора направления терапии	134
3.4.1. Цели в свете наблюдения	135
3.5. Выработка альтернативного понимания по теории А/В	136
3.5.1. Выработка альтернативного объяснения	136
3.5.2. Выявления свидетельств в пользу теории А и В	139
3.5.3. Оценки убеждений по теории А/В	144
3.5.4. Цели терапии	144
3.5.5. Теория А/В в свете наблюдения	145
3.6. Достижение активного изменения	145
3.6.1. Вхождение в положение пациента	147
3.6.2. Никаких гарантий	153
3.6.3. Преимущества и недостатки изменений	155
3.6.4. Начало поведенческих экспериментов, включающих воздействие и столкновение	157
3.7. Изменения: процесс сбора свидетельств, открытия или выяснения действительных причин	159
3.7.1. Выявление наиболее подходящей теории	160
3.7.2. Представление поведенческих экспериментов	163
3.7.3. Построение теории В и опровержение теории А	165
3.7.4. Постановка поведенческого эксперимента	166
3.7.5. Поведенческие эксперименты в свете наблюдения	171
3.7.6. Зачем кому-то опускать свои руки в унитаз? Назначение и ценность поведенческих экспериментов против ОКР	174
3.7.7. Моделирование	175
3.7.8. Поиск утешения	178

3.7.9. Поиск убежища в сравнении с поддержанием приближения	179
3.7.10. Упрочение	180
3.7.11. Где следует подвести черту поведенческим экспериментам?	181
3.7.12. Убеждения психотерапевта в свете наблюдения	183
3.7.13. Трудности из-за того, что изменения слишком рискованны	183
3.7.14. Терпимость (до некоторой степени) к тревоге	184
3.7.15. Терпимость (до некоторой степени) к неопределенности	188
3.7.16. Отслеживание чувств безнадежности или беспомощности	188
3.7.17. Активное изменение в свете наблюдения	189
3.7.18. Где следует остановиться?	191
3.8. Другие дискурсивные методы, содействующие изменению убеждений	192
3.8.1. Проверка оценок ответственности	192
3.8.2. Двойные стандарты и советы другим людям	195
3.8.3. Континуумы	196
3.8.4. Обследования	199
3.9. Завершение лечения	201
3.9.1. Переход от поведенческих экспериментов к жизни без ОКР	202
3.9.2. Пребывание в добром здравии	204
3.9.3. Планы терапии	204
3.9.4. Когда требуется дополнительная работа	206
3.9.5. Окончание лечения в свете наблюдения	207
Рекомендуемая литература	209
Библиографические ссылки	209
Глава 4. Дополнение к основам	213
4.1. Обсессивно-компульсивное расстройство личности	214
4.1.1. ОКР и перфекционизм	216
4.1.2. Слишком много слов, но слишком мало дел в свете наблюдения	226
4.2. ОКР и ПТСР	227
4.3. Мысленное загрязнение	234
4.4. Преодоление стыда при ОКР	241
4.4.1. Различение стыда и других эмоций	243
4.4.2. Внутренний и внешний стыд	244
4.4.3. Эволюционное представление о влиянии стыда	246

4.4.4. Влияние стыда на терапевтический процесс	246
4.4.5. Убеждения в наказании, самообвинение и стыд	249
4.4.6. Преодоление “отставания сердца от ума”	253
4.4.7. Переписывание образов для нацеливания на стыдливые воспоминания	255
4.4.8. Когда стыд и нападки на себя чинят препятствия терапии	257
4.4.9. Осмысление чувства стыда и его роли в самокритике	258
4.4.10. Сострадательная терапия и тренировка сострадательного ума	261
4.4.11. Написание сострадательного письма	264
4.4.12. Объединение сострадательной терапии с КПТ для ления ОКР	269
4.5. Гибкость в применении КПТ для лечения ОКР	270
4.5.1. Интенсивный курс КПТ	270
4.5.2. Проведение КПТ для лечения ОКР через Интернет	272
4.5.3. Групповая КПТ для лечения ОКР	273
4.6. Привлечение членов семьи и друзей по ходу лечения ОКР методом КПТ	279
4.6.1. О влиянии ОКР на членов семьи	279
4.6.2. “Приспосабливание” семьи к симптомам ОКР	280
4.6.3. Разрешение затруднений в семейной и личной жизни	281
4.6.4. Работа с членами семей и друзьями пациентов	283
4.7. Дальнейшее развитие психотерапевта	287
4.7.1. Профессиональные качества психотерапевта	287
4.7.2. Переход от компетентного к метакомпетентному соблюдению	289
4.8. Наблюдение и его организация	295
4.8.1. Извлечение пользы из собственного наблюдения	295
4.8.2. Развитие в качестве клинического инспектора	297
4.9. Заключение: ОКР — необязательное расстройство	299
4.9.1. Предотвращение ОКР	302
Рекомендуемая литература	306
Библиографические ссылки	306
Приложение 1. Бланк листа по теории А /В	319
Приложение 2. Бланк формы поведенческого эксперимента	321

Приложение 3. Бланк плана терапии	323
Развитие и понимание психологического расстройства	323
Изменения	323
Затраты на ОКР и выгоды от изменений	324
Планирование на будущее	324
Приложение 4. Опросник обсессивно-компульсивного расстройства (OCI)	325
Приложение 5. Шкала допущений ответственности (RAS)	329
Приложение 6. Опросник истолкований ответственности (RIQ)	335
Убеждения	336
Приложение 7. Руководство по ОКР: шкала когнитивной терапии (OCD-CTS)	339
О шкале оценок	339
Применение шкалы оценок	340
Пример расстановки оценок	341
Распределение оценок	342
Библиографические ссылки	343
Обсессивно-компульсивное расстройство: опросник профессиональных навыков психотерапевта	343
Часть 1. Общие терапевтические навыки	344
1. Основания	345
2. Установка повестки дня	346
3. Разрешение вопросов	349
4. Поиск утешения	350
5. Ясность в общении	352
6. Размеренность и эффективное использование времени	354
7. Эффективность межличностных взаимоотношений	356
Часть 2. Концептуализация, стратегия и методика	357
8. Просмотр назначенных ранее домашних заданий	358
9. Использование ответной реакции и подведение итогов	360
10. Применение метода направляемых открытий	362

11. Концептуальная интеграция и сосредоточенность на когнициях, связанных с ОКР	365
12. Нормализация переживаний пациента	368
13. Применение подходящих стратегий для когнитивного изменения и видоизменения компульсий	369
14. Целенаправленность терапевтического вмешательства	373
15. Внедрение воздействия в когнитивную схему лечения	376
16. Назначение домашнего задания	379
Часть 3. Наблюдения за терапевтическим вмешательством	380
17. Сложность пациента	380
18. Соблюдение протокола испытания	382
Библиографические ссылки	382

Посвящения

Эта книга посвящается Серафине, Берту, Шеклтону, Изабелле, Марте, Никите, Коре и Дункану.

Предисловие

В 1950-е годы психологи, интересовавшиеся аномальным поведением, начали изучать обсессивно-компульсивные расстройства. На ранних стадиях основное внимание уделялось усиленно повторявшемуся мытью рук, которое люди, страдавшие подобным расстройством, считали своим долгом выполнять, чтобы избавиться от ощущений загрязненности. Очевидно, что столь нерациональное, аномальное поведение стало наиболее заметным проявлением психологического расстройства. В последующие годы психологи заинтересовались также компульсивной проверкой и повторяющимися сомнениями.

В течение этого периода времени преобладающим направлением в психологии был бихевиоризм, где особое внимание уделялось наблюдаемому поведению. Таким поведением, безусловно, было компульсивное мытье рук, и психологи добились значительных успехов в разработке методики, предназначенной для снижения столь заметного расстройства. При этом было обнаружено, что повторявшееся продолжительное время воздействие стимулов (загрязнителей), побуждавших к мытью, неуклонно снижало компульсивные порывы, при условии, что пациента лишали возможности совершать мытье. Однако обсессии — повторяющиеся, беспокойные, навязчивые мысли и образы — оказались за пределами бихевиористского подхода к лечению подобных расстройств.

В 1980-е годы в патопсихологии заронились когнитивные идеи, и в 1985 Пол Салковскис (Paul Salkovskis) предложил когнитивный анализ обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), коренным образом изменивший наше представление о данном расстройстве. Это послужило основанием для значительного усовершенствования терапии, в результате которого поведенческая терапия развилась в когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) для лечения ОКР. Среди прочих достижений, это подготовило почву для лучшего понимания обсессий не только с точки зрения наблюдаемых видов поведения. Кроме того, Салковскис привлек внимание к сильно преувеличенной ответственности, которая причиняет беспокойство столь многим пациентам, страдающим ОКР.

В отличие от большинства других тревожных расстройств, у ОКР имеется ряд других проявлений. Ценной составляющей этой книги является богатый представленный в ней клинический материал, включая пять конкретных случаев, наглядно показывающих некоторые отличающиеся формы данного расстройства: компульсивную проверку, опасения по поводу заражения или загрязнения, руминации (переживания и размышления), ощущения “недостаточной правильности” и религиозные obsессии. Недавним его дополнением послужило мысленное загрязнение, включающее в себя некоторые паразитические разновидности, в том числе боязнь превращения, визуальное загрязнение и самозагрязнение.

Несколько методик лечения ОКР, описываемых и объясняемых в этой книге, были изобретены профессором Салковским, сочетающим свои фундаментальные исследования с активной клинической практикой. Он пользуется высоким авторитетом в области ОКР и других тревожных расстройств. Эта книга состоит из четырех частей: всестороннего описания obsессивно-компульсивного расстройства, оценивания, лечения и прогноза выздоровления. Будучи официально одобренной Полом Салковским, она является авторитетным, обстоятельным и исчерпывающим первоисточником по терапии ОКР.

С. Дж. Рахман

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) может оказывать опустошающее воздействие на жизнь людей. Оно проявляется в их ежедневной борьбе с тревогой и окружающим миром, постоянно ограничивающим свободу, возможности и честолюбивые намерения. Эффективное лечение ОКР может побудить к коренным переменам в жизни людей.

Одним из главных навыков, позволяющих стать знающим психотерапевтом, является умение “распознавать закономерности”, т.е. выявлять ОКР во всех его обличьях и расшифровывать взаимосвязь между навязчивыми мыслями, убеждениями в них и смысловыми значениями этих навязчивых мыслей, а также поддерживающими их факторами в виде поведения в поисках убежища. Примеры, приведенные в настоящем издании, широко представляют черты характера людей, страдающих ОКР, с точки зрения содержания их мыслей и видов поведения. Разрозненные примеры обнаруживают также общие особенности ОКР: оценивание мыслей как сигнализирующих об угрозе и соответствующее преувеличенное чувство ответственности; связанные с этим убеждения в чрезмерной важности мыслей и последующие “логические” реакции на такие убеждения, проявляющиеся в поведении, направленном на уменьшение потенциальной возможности причинить вред; искажения во внимании и рассуждении, подкрепляющие смысловое значение; а также автоматические реакции, проявляющиеся в тревоге, содрогании от ужаса или вине. По мере развертывания курса лечения для каждого описанного индивидуального случая внимательное применение эмпирически обоснованных методик начинается с сочувственного участия и продолжается умелым вплетением в обсуждение прошлого опыта, метафоры и метода направляемых открытий, связанных, как с прошлыми, так и с новыми переживаниями, наряду с искренним убеждением, что данное затруднение можно преодолеть.

В публикации [Roth and Pilling, 2007] были обозначены основные профессиональные качества психотерапевта для лечения ОКР, хотя они взяты, главным образом, из экспозиционной терапии с подавлением реакции (ЭТПР — ERP). Теоретическая модель и метод лечения, описанные в настоящем издании, являются версией когнитивно-поведенческой терапии, включающей в себя методы ЭТПР, изобретенной и приспособленной Полом Салковскисом

с участием целого ряда его коллег, в том числе и соавторов этой книги. Эти профессиональные и неотъемлемые личные качества психотерапевта отражаются в данной версии когнитивно-поведенческой модели и вытекающего из нее лечения.

Библиографическая ссылка

Roth, A. D. & Pilling, S. (2007). *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders.* London: Department of Health.

Благодарности

Самую большую благодарность мы выражаем тем встретившимся нам людям, которые вдохновляли и морально поддерживали нас. Эти люди встали на путь борьбы с ОКР и предприняли описываемое здесь лечение данного расстройства.

Выражаем большую благодарность нашим прошлым и нынешним коллегам из Центра тревожных расстройств и травм при госпитале Модсли в Лондоне, из Батского университета, Оксфордского университета и проч. К их числу, среди многих других, относятся: Линда Аткинсон (Linda Atkinson), Дэвид М. Кларк (David M Clark), Алисия Дейл (Alicia Deale), Лиз Форрестер (Liz Forrester), Марк Фристон (Mark Freeston), Джеймс Грегори (James Gregory), Ник Грей (Nick Grey), Бриньяр Халлдирссон (Brynjar Halldyrsson), Алис Керр (Alice Kerr), Осаму Кобори (Osamu Kobori), Клэр Ломакс (Claire Lomax), Оливия Гордон (Olivia Gordon), Хьялти Йинссон (HjalTI Jynsson), Джой Макгир (Joy McGuire), Джек Рахман (Jack Rachman), Алисон Робертс (Alison Roberts), Роз Шафран (Roz Shafran), Блэйк Стоби (Blake Stobie), Трэйси Тэйлор (Tracey Taylor), Дэвид Вейл (David Veale), а также Аби Роэ (Abi Wroe).

Мы искренне признательны Алисон Робертс, Крису Айронзу (Chris Irons) и Джо Пулу (Joe Poole) за их отзывы о книге.

Об авторах

Виктория Брим служит клиническим психологом в Центре тревожных расстройств и травм (Centre for Anxiety Disorders and Trauma) из Доверительного фонда Национальной системы здравоохранения Великобритании в Южном Лондоне и больнице Модсли (South London and Maudsley NHS Foundation Trust).

Фиона Чаллакомбе служит клиническим психологом в Центре тревожных расстройств и травм из Доверительного фонда Национальной системы здравоохранения Великобритании в Южном Лондоне и больнице Модсли.

Асмита Палмер является независимым практикующим клиническим психологом.

Пол Салковскис служит профессором кафедры клинической психологии и прикладных наук в Батском университете, Великобритания.

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также свой обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info.dialektika@gmail.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Глава 1

Представление об ОКР перед встречей с пациентом

Оказание помощи людям, страдающим обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), — задача сложная, но благодарная. Чтобы суметь оказать действенную помощь, психотерапевту крайне важно тщательно проанализировать данное расстройство и его воздействие на пациента, а затем приступить к постижению переживаний пациента, внимательно и активно выслушав его. Цель такого постижения состоит не только в том, чтобы психотерапевт сумел понять, что происходит с клиентом, но и помочь ему почувствовать, что его понимают, до такой степени, что это может развиться в общее понимание, образующее основание для самого лечения, прочно опирающееся на взаимное доверие и уважение. В последующих разделах этой главы будут кратко изложены основные особенности такого понимания с психологической и других точек зрения, включая выборочные результаты исследований, которыми, как правило, можно и должно делиться с теми, кто страдает ОКР.

1.1. Что означает ОКР и как оно выглядит

Примеры навязчивых мыслей: “Оставил ли я газ включенным”, “Образ полового акта с начальником”, “Заколоть ребенка”, “Кажется, это неверно”, “Закрыл ли я дверь замок?”, “Я собираюсь выругаться в церкви”, “Я мог бы заразиться СПИДом”

В настоящий момент диагностические критерии ОКР перечислены в ICD-10 — *Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). В этом диагностическом руководстве, изданном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2014 году, отмечается следующее.

Существенной особенностью [данного расстройства] являются повторно появляющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. Обсессивные мысли — это идеи, образы или побуждения, снова и снова возникающие в уме пациента в стереотипной форме. Они почти неиз-

бежно оказываются тягостными, и поэтому пациент нередко пытается безуспешно им противостоять. Однако они признаются пациентом как его собственные мысли, несмотря на то, что они возникают невольно и зачастую вызывают отвращение. Компульсивные действия или ритуалы являются разновидностями стереотипного поведения, которое повторяется снова и снова. Им не присуще ни доставлять радость, ни приводить к завершению полезных, в сущности, задач. Их функция — предотвратить некоторое объективно маловероятное событие, нередко связанное с причинением вреда пациенту или самим пациентом кому-то другому. И пациент боится, что в противном случае этого могло бы не случиться. Обычно такое поведение признается как бесполезные или бесплодные попытки противодействовать. И оно почти неизбежно сопровождается тревогой

В DSM-V — *Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам* 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition), изданном Американской психиатрической ассоциацией в 2013 году, дается, в общем, сходное определение.

Несмотря на то, что такой способ описания ОКР может принести пользу как “действующее описание” и обычно ориентирован на феноменологию, ему присущи некоторые недостатки, мешающие нам лучше понять живое переживание ОКР и его характерные механизмы. Альтернативный способ понять обсессивные осложнения состоит в том, чтобы принять более непосредственную феноменологическую точку зрения, задавшись следующим вопросом: каким образом ОКР переживается пациентом и близкими ему людьми? С этой целью мы приведем примеры описания пяти конкретных случаев типичных жалоб на ОКР. На этих примерах мы наглядно покажем основные особенности данного расстройства, а в остальной части этой книги мы последуем им по ходу описания курса лечения.

УОЛТЕР: “Все началось с сообщений в газетах о полицейских расследованиях детского насилия. Мне противно думать детях — героях этих расследований и чем они вообще завершились. Затем было несколько случаев, когда люди, которых обвиняли в детском насилии, оказались невиновны. И теперь это меня пугает! Так это осложнение и началось. Мне ужасно теперь думать, что я мог бы сделать в прошлом нечто такое, чего я не намеревался делать или не осознавал, что это было насилие. Меня беспокоит, что один из моих прежних учеников появится невесть откуда и сообщит полиции о чем-то таком, что я ему сделал. И это навело меня на такую

мысль: “Что если меня обвинят в детском насилии?” Я не могу этого вынести, и у меня такое чувство, будто моя жизнь кончена. И это лишь вопрос времени, когда полиция постучится ко мне в дверь. Иногда мне кажется, не лучше ли было бы покончить с этим, не дожидаясь, когда это случится. По крайней мере, я бы избавил свою семью от стыда и унижения”. (ОКР, характеризующееся руминацией.)

ЛИДИЯ: “Я думаю, что люди очень удивились бы, если бы узнали о моем расстройстве. Я вполне общительна и доверительна, за исключением тех случаев, когда это расстройство меня очень беспокоит. Я жила с ним так долго, что оно уже стало частью моего существа. Я свыклась с тем, что оно может продолжаться несколько часов каждый день. Я довела свою процедуру проверки до уровня искусства, когда мне нужно проверить, что находится на группах деревьев, иногда 3×3×3 раз. Я сосредоточиваюсь как можно сильнее на том, что я делаю, и подсчитываю вслух, чтобы следить, где я нахожусь в данной проверочной последовательности. И меня раздражает, что мой муж Майк прерывает меня, когда я стараюсь выполнить свои проверки. Ведь тогда на это уходит намного больше времени. Это, пожалуй, не его вина, хотя меня очень огорчает, когда меня прерывают посреди проверки”. (ОКР, характеризующееся проверкой.)

СОЛ: “Я всегда был одним из тех, у кого все, как полагается, и я любил, чтобы вещи были упорядочены и опрятны. Я с детства помню, что никоим образом не мог надеть разные носки и никогда не выглядел неопрятным. Я всегда помнил, что если бы я не сделал что-то правильно, то случилось бы что-нибудь плохое, но обычно это было лишь проходящее чувство тревоги. Как только я покинул отчий дом, и у меня появилось больше обязанностей, я стал все больше замечать, что мне приходится делать все каким-то особым образом. Моя семья и друзья знают, что я поступаю по-своему, и поэтому они не особенно это обговаривают. Я чувствую себя таким виноватым, поскольку знаю, что они беспокоятся о том, что я всегда так сильно напрягаюсь и устаю. Я не думаю, что потеряю свою работу, поскольку я чаще всего выполняю ее очень хорошо. Но меня беспокоит, что если бы я получил другую более ответственную работу, мне пришлось бы напрячься больше и я бы не смог с ней справиться. Мне очень нравится учиться, и я стал инструктором по физической подготовке, но я чувствую себя очень неуверенно. Я даже не пытаюсь пойти в тренажерный зал, поскольку слишком изнурен. Кроме того, я начал делать там все, как

полагается, и поэтому мне очень неловко возвращаться туда”. (ОКР, характеризующееся переживаниями по поводу “недостаточной правильности”).

ДЖЕССИ: “Мой муж говорит, что я параноически отношусь к микробам, но я просто делаю все, что в моих силах, чтобы защитить нашего ребенка. Мне стоило столько усилий, чтобы забеременеть после многих попыток экстракорпорального оплодотворения, что я не могу себе позволить сделать что-нибудь неверно. Он, по-видимому, не понимает, что когда я беременна, то от меня зависит, чтобы с ребенком было все в порядке. Я понятия не имела обо всем, что должно меня заботить в таком положении. Я никогда не слышала о токсоплазмозе, пока мне не рассказали о нем другие будущие матери из моей дородовой группы. И с тех пор я проявляю особую осторожность в отношении котом. Я больше не буду навещать свою сестру, поскольку у нее кот. Вчера у меня вышел яростный спор с моим мужем по поводу того, чтобы оставить открытым окно на кухне. Я просто не понимаю, как он может быть настолько беспечным, зная, что у соседей есть кот, который может легко проникнуть в наш дом”. (ОКР, характеризующееся опасениями по поводу заражения или загрязнения).

ДЖЕЙН: “Я всегда очень строго соблюдала свою веру, но с годами это чувство лишь усилилось. И теперь я посещаю церковь каждый день, а иногда — два раза в день, если имеется такая возможность. Но я не могу ничего делать, если меня не посетит мысль, что я не делаю все правильно. И это сильно меня угнетает. Мне трудно присутствовать в данный момент, даже когда я нахожусь с детьми и мужем. Но если я позволю себе сосредоточиться на этом, то во мне нарастает паника, что я могу быть проклята. Это затруднение я испытываю уже долгое время, и я обращалась за помощью ко многим психотерапевтам. Уж и не знаю, что мне делать”. (ОКР, характеризующееся религиозными obsessions и compulsions.)

Несмотря на разные переживания, Уолтер, Лидия, Сол, Джесси и Джейн — все они страдают общими формами ОКР. Их переживания объединяют два ряда факторов. Во-первых, это эмпирические факторы: эмоциональное расстройство, неспособность, человеческие издержки вследствие их переживаний и трудности, которые они испытывают, чтобы отделаться от своих мыслей или изменить свое поведение, мешающее их нормальному функционированию изо дня в день. И, во-вторых, это механизмы, поддерживающие и сохраняющие obsessive расстройства в отношении восприятия угрозы и ответственности за причиненный вред и непосредственно связанные с ни-

ми попытки искать убежища. Эти механизмы будут выяснены в дальнейшем. Если принять во внимание приведенные выше описания формы и воспринимаемой функции obsessions и compulsions, то данное расстройство станет более понятным в рамках когнитивно-поведенческой терапии. И на этом основании мы можем определить obsessions и compulsions следующим образом.

- **Obsessions** — повторяющиеся мысли, образы, побуждения или сомнения, создающие осознание потенциальной опасности, которую человек может причинить или предотвратить.
- **Compulsions** — действия или реакции, которые намеревается предпринять человек, испытывающий obsessions, чтобы предотвратить опасность, осознание которой создала obsessions, а также снять ответственность за ее наступление, отменить или нейтрализовать то, что могло бы уже случиться.

По мере развития ОКР compulsions могут все больше сосредотачиваться на достижении ощущений “недостаточной правильности”. Такие ощущения ищутся как средства для достижения определенности, как в отношении угрозы, так и в отношении ответственности. А снижение тревоги зачастую оказывается второстепенным намерением, но лишь там, где оно не мешает первостепенному намерению предотвратить внушающие страх последствия, свою ответственность за которые чувствует человек. И нередко исполнение compulsive видов поведения сопровождается *повышенной* тревогой или другими ощущениями дискомфорта.

Эмоциональное расстройство. Obsessions, создающие осознание потенциальной опасности, обычно вызывают дискомфорт и эмоциональное расстройство, которое может принимать несколько форм в зависимости от средоточия угрозы. Чаще всего, но не постоянно, эмоциональное расстройство испытывается как тревога. Если угроза воспринимается как вызывающая наиболее вероятную в будущем тревогу, то беспокойства по поводу недавних и более отдаленных событий вызывают депрессию, вину и стыд. И хотя гнев упоминается при этом редко, он может быть также эмоциональной реакцией — зачастую на ужас, переживаемый человеком.

Несмотря на то, что compulsions обычно воспринимаются как основной источник эмоционального расстройства, поскольку они все больше вмешиваются в жизнь человека и его взаимоотношения, они зачастую начинают вызывать самые разные эмоции, особенно депрессию, самокритику, стыд и гнев, направленный на себя или других людей. На самом деле это попытки

справиться со страхами, проявляющиеся в виде мытья, проверки и нейтрализации. Как правило, они вызывают самое сильное вмешательство в жизнь человека. В итоге человеку, подверженному такому вмешательству, с трудом удастся принимать правильные решения, как описывается далее в разделе 3.2.

1.2. Обычные явления, связанные с ОКР

Прежде чем искать объяснения ОКР как клинического расстройства, мы считаем важным поместить его в контекст обычных переживаний и психологических процессов. И это не просто теоретическое занятие, лишенное практического смысла, а неотъемлемая часть формирования общего понимания и формулирования последующего лечения. В начале раздела 1.1 этой главы были приведены примеры навязчивых мыслей у людей, *не* страдавших ОКР. В крайне важном исследовании, описанном в [Rachman and de Silva, 1978], его авторы опросили выбранных из сообщества людей о появлении у них нежелательных и неприятных навязчивых мыслей. В итоге 79,9% участников данного исследования из неклинической выборки сообщили о своих обсессиях, а их содержание могло отличаться от обсессивных мыслей, о которых сообщили участники исследования из параллельной клинической выборки. Результаты данного исследования были впоследствии повторены в 1984 году Салковкисом и Харрисоном, которые обнаружили, что 88,2% людей из неклинической выборки испытывали обсессии. Салковкис попытался провести (на уровне личного общения) собеседование с теми людьми, которые сообщили, что не испытывали навязчивые мысли. Но они не согласились на собеседование, предполагая возможное действие факторов социальной желательности.

Безусловно, аналогичный показатель 99% среди студенческой выборки, о котором сообщили авторы публикации [Freeston *et al.*, 1991], позволяет с уверенностью сказать, что навязчивые мысли *всех* видов, включая и те, что зачастую характеризуют ОКР, появляются у значительного большинства, а, возможно, и у всех людей. Но очевидно и то, что у большинства людей отсутствует ОКР, и поэтому они, вероятно, по-разному реагируют эмоционально и поведенчески. Такое представление занимает центральное место в когнитивном понимании ОКР, описанном в [Salkovskis, P. M., 1985] и более подробно развитом далее в разделе 1.8 как основополагающее для лечения ОКР методом когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

1.3. Распространенность клинического ОКР и его основные разновидности

Результаты некоторых прежних эпидемиологических исследований показали, что ОКР может быть часто распространено в общей совокупности населения, хотя это почти достоверно является следствием мер контроля, склонных давать ложноположительные результаты. В результате исследования, особенно тщательно проведенного в Великобритании [Torres *et al.*, 2006], обнаружился относительно низкий (около 1,2%) показатель распространенности ОКР, согласующийся с аналогичным показателем 1,1% крупного исследования, проведенного в США [Ruscio *et al.*, 2010; Torres *et al.*, 2006]. Из столь явного расхождения с результатами прежних исследований можно сделать, в частности, такой вывод: ОКР не является качественно отличающимся синдромом, а его диагноз почти достоверно зависит в большей степени от уровня нарушения здоровья и требующегося вмешательства, чем от закономерности симптоматики. На этом основании распространенность ОКР в течение жизни (по критериям DSM-IV, пересмотренным в 1994 году) была оценена в пределах от 0,5% до 3,5%. У женщин ОКР распространено в большей степени, чем у мужчин (в соотношении 1,44:1; [Torres *et al.*, 2006]). По-видимому, женщины почти в 1,5–2 раза чаще, чем мужчины отвечают критериям распространенности ОКР в течение жизни [Angst *et al.*, 2004; Karno *et al.*, 1988]. Однако эти показатели, по-видимому, зависят от возраста, поскольку имеются свидетельства, что у мужчин в возрасте до 10 лет может насчитываться больше случаев ОКР [Ruscio *et al.*, 2010]. А в более позднем возрасте пики заболеваемости ОКР были обнаружены у женщин [Nestadt *et al.*, 1998].

Несмотря на то, что проведенные межкультурные сравнения показывают, что ОКР постоянно распространено в разных культурах [Weissman *et al.*, 1994], это расстройство менее распространено в группах национальных меньшинств, относящихся к конкретной культуре. Хотя сообщение о симптомах ОКР может нести в себе клеймо позора [Karno *et al.*, 1988].

В более обширной категории диагнозов обсессии и компульсии многочисленны и разнообразны по форме и содержанию, причем ОКР нередко считается весьма неоднородным расстройством. И это навело исследователей на мысль выяснить, имеются ли значимые подвиды данного расстройства, что позволило бы лучше понять его причины и следствия. Факторно-аналитические подходы к применению крупных обследований сообщавшихся симптомов ОКР привели к предложению обширных категорий или

подвидов симптомов, которые могут оказывать разное воздействие на причинность и лечение данного расстройства. Например, авторы публикации [Mataix-Cols *et al.*, 2005] сделали обзор факторно-аналитических исследований признаков ОКР и выделили четыре категории симптомов (симметрия/упорядочение, накопительство, загрязнение/очистление и обсессии/проверка). Они утверждают, что такие подвиды ОКР связаны с отдельными закономерностями коморбидности, генетической передачи, нейронных субстратов и реакции на лечение. Обсессивное накопительство является единственным подвидом симптомов, связанных с ОКР, который отличается от других жалоб, чему имеются убедительные доказательства.

Накопительство, до недавнего времени считавшееся составной частью ОКР [Pertusa *et al.*, 2010; Seaman *et al.*, 2010], в общем, отличается, как было обнаружено, целым рядом феноменологических и выходных переменных факторов. В итоге оно заняло новое положение самостоятельного расстройства в руководстве DSM-V [American Psychiatric Association, 2013; Mataix-Cols *et al.*, 2010]. Поэтому оно не будет всесторонне обсуждаться в этом издании (подробнее о накопительстве, связанном с угрозой, см. далее в разделе 4.1). А в остальном сходств у подвидов ОКР (с точки зрения основополагающих психологических процессов, а не совокупности симптомов) больше, чем отличий.

И хотя в соответствии с современными диагностическими определениями обсессии и компульсии могут беспокоить людей по отдельности [Torres *et al.*, 2006], значительное большинство людей, страдающих ОКР, испытывают не только обсессии, но и компульсии [Foa and Kozak, 1995]. Мы считаем, что при ОКР обсессии и компульсии всегда сосуществуют, но те, кто их оценивают, могут не суметь выявить “отсутствующую” особенность ОКР. В частности, отличие навязчивых мыслей (обсессий) от последующих размышлений (руминаций), связанных с оценкой мыслей (компульсий; см., например, в [Salkovskis and Westbrook, 1989]). Аналогично, некоторые люди жалуются на компульсии как будто бы в отсутствие навязчивых мыслей и негативных смысловых значений, которые могут быть вычленены в процессе оценивания и формулирования. И это особенно вероятно в более хронических случаях с очень частым и ответственным компульсивным поведением, как описывается в главе 2.

Кроме того, у многих пациентов зачастую сосуществуют симптомы из самых разных категорий, и поэтому их разделение на отдельные группы может оказаться непростым делом. Так, 26% всех участников относительно недавно

проведенного исследования [Matsunaga *et al.*, 2010] не удалось сразу отнести к одному из подвидов, описанных в [Mataix-Cols *et al.*, 2010]. Следовательно, жалоба на данное расстройство может быть представлена пациентом с самыми разными симптомами — даже одновременно. И хотя это может сильно озадачить лечащего психотерапевта, у подвидов ОКР имеется, как оказывается, общая феноменология, соответствующая общим физиологическим процессам. Понимание этого обстоятельства поможет вам как психотерапевту и вашему пациенту, страдающему ОКР, справиться с одним и тем же, по существу, расстройством во всех его разных обличьях.

1.4. Общие жалобы на ОКР

В последующих разделах описаны общие жалобы на ОКР.

1.4.1. Опасения по поводу заражения или загрязнения

Сосредоточенность на заражении или загрязнении является одной из самых хорошо известных форм ОКР вследствие большой ее распространенности у 25–50% всех людей, страдающих ОКР [Ruscio *et al.*, 2010; Rasmussen and Eisen, 1990; Rasmussen and Eisen, 1992]. А очевидное поведенческое воздействие этой формы ОКР проявляется в тщательном мытье, чистке и избегании. “Заражение или загрязнение” может охватывать обширный ряд опасений и страхов, которые могут быть подвержены культурному, ситуационному или историческому влиянию. Примером тому может служить боязнь соприкосновения и/или риска передать микробы и болезни (как правило, те, что находятся в центре внимания людей в любой данный исторический момент). Это может быть неконкретное заболевание (“вредные микробы”) или целый ряд заболеваний, представляющих невидимую в настоящий момент угрозу (например, ВИЧ, свиной грипп, токсоплазмоз или лихорадка Эбола). Ядовитые и токсичные вещества трудно обнаружить, и поэтому они могут также вызывать страхи и опасения у людей. Примерами таких веществ служат асбест, хлорка и канцерогенные вещества.

Недавно возникло понятие “мысленного загрязнения” (т.е. заражения или загрязнения без физического соприкосновения с вредными веществами или их переноса). Это означает возможность заразиться, загрязниться или впитать в себя негативные черты характера отдельных людей или их типов (см. раздел 4.3. в главе 4). При загрязняющей форме ОКР заражение или загрязнение воспринимается как опасное, заразное и обладающее силой, которая не ослабевает даже по истечении длительных периодов времени.

К числу эмоциональных реакций на воспринимаемые загрязнители относится страх и отвращение, причем последнее все больше признается как важная составляющая данной формы ОКР. В ходе одного экспериментального исследования было показано, что отвращение может ослабевать медленнее, чем тревожные реакции [McKay, 2006]. Отвращение и страх могут способствовать эмоциональному рассуждению, еще больше усиливающему страх [Verwoerd *et al.*, 2013; Rachman *et al.*, 2015]. Это означает, что переживание негативных эмоций рассматривается как доказательство того, что происходит нечто действительно плохое (см. далее раздел 1.8.1). Однако такое представление остается противоречивым, поскольку имеются свидетельства, что тревога способна усилить отвращение, если учесть, что отвращение может служить не самым главным фактором в опасениях заражения или загрязнения, а лишь осложнением, которое необходимо рассмотреть.

Иногда считается, что загрязняющая форма ОКР оказывает наибольшее влияние на семьи и людей, живущих с теми, кто страдает данной формой ОКР [Albert *et al.*, 2010a; Stewart *et al.*, 2008], вероятно, из-за ее распространенности. Другим людям зачастую приходится соблюдать или стремиться соблюдать те же самые нормы чистоты, что и у людей, страдающих данной формой ОКР, хотя отсутствие общих убеждений, вызывающих опасения по поводу заражения или загрязнения, неизбежно приводит к неудаче, а зачастую — к конфликту или стрессу.

1.4.2. Проверка и другие формы подтверждения правильности

Функция проверки — убедиться, что некоторое событие произошло или же не произошло либо конкретные предметы расположены в определенном порядке (подтверждение правильности). Для некоторых людей такое поведение имеет особое значение, и поэтому ОКР сосредоточено на избегании вреда, а проверка, как было предложено, характеризует отдельный подвид ОКР [Mataix-Cols *et al.*, 2005]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что проверка является наиболее распространенной формой компульсии [Rasmussen and Eisen, 1992; Ruscio *et al.*, 2010]. Проверка может принимать самые разные формы в крайне широких пределах, включая, но не ограничиваясь простым осмотром состояния объекта, повторением действий, мысленной проработкой, поиском утешения и т.д.

1.4.3. Руминация

Распространенной является форма ОКР, отличающаяся наличием “только” мыслей без совершения очевидных компульсий, и некоторые люди, страдающие ОКР, обозначают данную форму как отдельную его разновидность только буквой “О”. Однако сами навязчивые мысли и реакции на них, вероятно, присутствуют [Salkovskis *et al.*, 1997], неизбежно включая в себя мысленные ритуалы и проверку, мысленные доводы, нейтрализацию “плохих” мыслей “хорошими” мыслями (например, чтение молитвы для противодействия нарушениям религиозных норм), поэтому только навязчивые мысли редки. Содержанием навязчивых мыслей или сомнений, провоцирующих последующую руминацию, может быть все, на что наложен запрет, иначе это противоречило бы ценностям отдельного человека. Это могут быть, в частности, сексуальные, насильственные, богохульные мысли или халатность, безответственность, субъективно воспринимаемая как неприемлемая.

Религиозная форма ОКР, иначе называемая *скрупулезностью*, нередко относится к более обширной категории руминационной разновидности ОКР, и в историческом смысле она могла быть самой распространенной формой ОКР [Rachman and Hodgson, 1980]. Характерным тому примером могут служить трудности, испытанные Мартином Лютером в XVI веке. Несмотря на то, что конструкция *скрупулезности* считается одной из самых ранних распознанных форм ОКР, она не определена ясно. С одной стороны, она может включать в себя только obsessions и compulsions, характерные для конкретной религиозной доктрины (например, вечное проклятие, нарушение законов ритуальной чистоты). А с другой стороны, она может быть намного более широкой и включать в себя обобщенное опасение нравственных последствий совершаемых действий [Nelson *et al.*, 2006]. Глубинный страх в данной форме *скрупулезности* связан в разных религиях с совершением греха и нередко сосредоточен на соблюдении религиозных ритуалов или применении религиозных законов в других областях жизни. Конкретные проявления такого страха зависят от религиозного мировоззрения и/или нравственных устоев человека. Имеются некоторые свидетельства, что такая форма ОКР может быть особенно распространена в тех обществах, где особенно сильны религиозные убеждения и ценности, а не явное соблюдение религиозных обрядов [Radomsky *et al.*, 2014].

1.4.4. Симметрия и упорядочение

Симметрия и упорядочение являются вполне организованными свойствами ОКР (см., например, в [Pietrefesa and Coles, 2009]). Помимо физического выстраивания предметов в линию или совершения действий в определенном порядке, упорядочение может проявляться в мысленных ритуалах. Человек может, например, подсчитать в уме углы всех окон в комнате. Как и другие жалобы на ОКР, такие побуждения совершать действия в определенном порядке могут быть осмыслены как нежелательные навязчивые мысли и особенно сомнения, которые оцениваются негативно и связываются с угрозой, вызывая тревогу и виды поведения в поисках убежища. Упорядочивающие компульсии отличаются тем, что желательным их результатом является ощущение “достаточной правильности” [Coles *et al.*, 2003]. Как обсуждается далее в разделе 1.8.7, упорядочение можно осмыслить как поиск определенности [Wahl *et al.*, 2008]. Оно может быть также вызвано “несуразным мышлением” (см., например, в [Einstein and Menzies, 2004]), т.е. следующей идеей: если предметы не упорядочены, то в итоге произойдет что-нибудь плохое. “Несуразное мышление” может ничем особенным не отличаться от беспокойства по поводу совершенно неестественных забот, поскольку оно проявляется через обсессивные симптомы.

Симметрия и упорядочение связывались с ранним наступлением, и поэтому большая их хроничность проявляется в зрелом возрасте у людей, страдающих ОКР [Kichuk *et al.*, 2013]. Иногда они назывались ощущениями “недостаточной правильности”, а мы считаем их стремлением и неспособностью достичь ощущений “достаточной правильности”. Вероятнее всего, это следствие действия “повышенных требований к свидетельствам”. Иными словами, человек, страдающий ОКР, боится ответственности за причинение серьезного вреда себе или другим людям, и поэтому он стремится к *полной уверенности*, что все безопасно, готово или чисто. Ощущение “достаточной правильности” или позитивное настроение побуждает сделать все, как полагается. Однако бесконечные усилия достичь такого ощущения оказываются малоэффективными, приводя в итоге к вечному стремлению и компульсиям.

1.5. Влияние ОКР

ОКР может быть особенно сильным и травмирующим расстройством. В исследованиях, изучающих воздействие ОКР на отдельных страдающих им людей, было обнаружено его сильное влияние на качество их жизни [Albert *et al.*, 2010b; Bobes *et al.*, 2001; Subramaniam *et al.*, 2012]. Впрочем, все тревожные

расстройства, к сожалению, оказывают значительное влияние на качество жизни, особенно на психическое здоровье и социальное функционирование подверженных им людей [Olatunji *et al.*, 2007]. Авторы публикации [Torres *et al.*, 2006] обратили внимание на некоторые особые нарушения, которые ОКР вносит в существование людей с диагнозом других тревожных расстройств. В частности, люди, страдающие ОКР, с меньшей вероятностью женятся, но с большей вероятностью оказываются безработными, довольствуются низкими доходами, занимают низкое служебное положение, а также сообщают о нарушенном социальном и профессиональном функционировании. Авторы публикации [Torres *et al.*, 2006] описывают ОКР как “редкое, но сильное психологическое расстройство ... нетипичный невроз, иногда достигающий уровня нарушения функций, сравнимого с тем, что наблюдается при психических расстройствах” [Torres and Prince, 2006].

Авторы публикации [Subramaniam *et al.*, 2012] обнаружили, что, в общем, “пациенты с диагнозом ОКР оценили качество своей жизни в разных ее областях выше, чем люди с большим депрессивным расстройством, но они не указали никаких отличий и не оценили качество своей жизни хуже, чем пациенты с диагнозом шизофрении”. В некоторых исследованиях было обнаружено, что нарушения в некоторых областях их жизни (психологическое состояние и социальные отношения) были самостоятельно оценены людьми, страдающими ОКР, хуже, чем людьми с диагнозом шизофрении и депрессии [Bobes *et al.*, 2001; Stengler-Wenzke *et al.*, 2006b]. Авторы публикации [Torres *et al.*, 2006] обнаружили, что ОКР ассоциируется с большей коморбидностью и более заметными нарушениями в социальной и профессиональной сфере деятельности, чем распространенные психологические расстройства, вместе с которыми оно нередко группируется.

И неудивительно, что более сильное проявление симптомов ассоциировалось у людей с ухудшением качества их жизни при ОКР [Eisen *et al.*, 2006; Fontenelle *et al.*, 2010; Rosa *et al.*, 2012]. В частности, авторы публикации [Eisen *et al.*, 2006] полагают, что оценка не меньше 20 баллов по “Обсессивно-компульсивной шкале Йеля-Брауна” (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale — Y-BOCS), применяемой во многих клинических испытаниях, ассоциируется со значительным ухудшением качества жизни людей в сравнении с теми людьми, которые поставили более низкие оценки (8 или больше баллов по шкале Y-BOCS), хотя они и превышают порог клинической значимости. Большая продолжительность заболевания была также связана с большим влиянием на качество жизни [Dell’Osso *et al.*, 2013].

Еще одним признаком тяжести заболевания служит такой результат исследования: 25,7% людей с диагнозом ОКР, прошедших обследование коморбидности в Великобритании, предпринимали попытку самоубийства, тогда как 63,3% этих людей пережили суицидальные мысли [Torres *et al.*, 2006]. Аналогично, авторы публикации [Torres *et al.*, 2011] сообщили, что 36% людей из сделанной ими выборки переживали суицидальные мысли в течение своей жизни, 20% собирались покончить с собой, а 10% — предпринимали попытки самоубийства. Однако такой уровень суицидальности был обнаружен не во всех исследованиях [Alonso *et al.*, 2010].

К сожалению, нарушения качества жизни могут продолжаться дольше, чем снижение симптомов ОКР [Srivastava *et al.*, 2011]. И хотя лечение улучшило качество жизни людей, те из них, которые пребывали в состоянии ремиссии, оценили его где-то в пределах качества жизни людей, все еще страдающих ОКР, и здоровых людей из контрольной группы [Huppert *et al.*, 2009], т.е. их оценки незначительно отличались от оценок людей из групп сравнения. Данное обстоятельство будет подробнее обсуждаться далее в разделе 1.9, но, вероятнее всего, оно означает “сопутствующие потери”, где степень тяжести ОКР у пациента обычно достигает высоких уровней в позднем подростковом возрасте и молодом возрасте около 20 лет и вмешивается в такие важные стороны личного развития, как образование, трудовая деятельность и взаимоотношения, но оставаясь за пределами симптомов ОКР.

Таким образом, ОКР известно тем, что сокращает жизненный путь отдельных людей, препятствуя им достигать своих целей, иногда вследствие прямого вмешательства данного расстройства в их жизнь, но также и в силу воздействия их убеждений, связанных с этим расстройством (например, из-за недостатка уверенности в своих силах). Такие убеждения и общие последствия могут оставаться и после лечения. Проще говоря, ущерб от продолжительного периода ОКР может быть обратим не полностью (например, в трудовой деятельности, образовании, взаимоотношениях, деторождении). И даже опыт страданий от данного расстройства может оказывать непрерывное влияние на самовосприятие, а опасения рецидива могут оставаться. Симптомы данного расстройства могут нанести непоправимый ущерб, который продолжает отдаваться еще некоторое время. Например, влияние развода или разлуки вследствие требований данного расстройства [Goodwin *et al.*, 2002; Subramaniam *et al.*, 2012] или последствия решения не иметь детей из-за ОКР, когда это биологически возможно [Neziroglu *et al.*, 1992]. Это обстоя-

тельство необходимо признать в ходе лечения, особенно тогда, когда данное расстройство переживается как чувство горя от понесенной тяжелой утраты.

1.6. Влияние на членов семьи

ОКР оказывает влияние не только на страдающего им человека, но и на окружающих его людей. И если учесть распространенный характер данного расстройства в разных ситуациях, то его влияние на членов семьи нередко оказывается значительным [Albert *et al.*, 2007; Angermeyer *et al.*, 2006; Black *et al.*, 1998; Cicek *et al.*, 2013; Grover and Dutt, 2011; Laidlaw *et al.*, 1999; Stengler-Wenzke *et al.*, 2006a]. Влияние ОКР на членов семьи может быть косвенным (например, развитие психологических нарушений в результате беспокойства о близких людях) или непосредственным путем участия в симптомах (например, утешение или соблюдение обсессивных правил). Подробнее о некоторых особенностях ОКР, оказывающих влияние на членов семьи, а также о том, как работать с ними, речь пойдет далее в разделе 4.4.

1.7. Что вызывает ОКР?

Этим вопросом приходится задаваться всякому психотерапевту, работающему с ОКР. Стремление людей знать причины, по которым они испытывают нечто такое, что вызывает у них эмоциональное расстройство и нарушение здоровья, можно понять. И зачастую такое знание может оказать помощь в разрешении возникшего затруднения. Но, как и в случае всех остальных психологических расстройств, простых ответов на данный вопрос не существует и все еще возникает немало других вопросов, правильный ответ на которые такой: “Никто не знает”. Более того, понимание причин такого расстройства, как ОКР, даже если это и возможно, позволяет мало продвинуться в понимании того, как с ним справиться, когда оно развилось у кого-нибудь. Главными областями, оказывающими влияние на развитие ОКР, считаются следующие: биология и генетика, приобретенные виды поведения и убеждения, социальный контекст и инициирующие происшествия. Что же касается лечения ОКР, то на самом деле имеются лишь два эмпирически обоснованных его варианта: медикаментозное лечение и КПТ, причем медикаментозное лечение в лучшем случае слабо опирается на биологическую теорию, а КПТ более прочно укоренено в поведенческую и когнитивно-поведенческую теорию. Принимая во внимание основное назначение этой книги, мы рассмотрим вкратце био-

логические методы лечения ОКР, прежде чем перейти к более подробному исследованию когнитивно-поведенческого понимания данного вопроса.

Теоретические подходы к ОКР были разработаны в трех основных областях: генетике, нейроанатомии и нейрофармакологии. Каждая из них рассматривается в последующих разделах.

1.7.1. Биология и генетика

Большинство биологических подходов к пониманию причин ОКР основывается на том допущении, что это нейропсихиатрическое заболевание, что вызывает большие сомнения. В общем, генетические исследования показывают, главным образом, неспецифическую наследуемость тревожных расстройств с большой степенью коморбидности, как тревожных расстройств, так и других расстройств настроения [Kendler *et al.*, 1995; Middeldorp *et al.*, 2005; Trzaskowski *et al.*, 2012; van Grootheest *et al.*, 2007]. Иными словами, в семьях может проявляться некоторая склонность к тревоге, хотя она, вероятно, заметна лишь очень слабо.

Обнаруженный во многих исследованиях рост распространенности ОКР в семьях привел к необходимости выявить конкретные генетические факторы, которые могут быть причастны к данному расстройству. Следует, однако, иметь в виду условия, которые могут заставить клиницистов придавать таким факторам слишком большой вес в ущерб их пациентам [Rimes and Salkovskis, 1998]. Результаты исследований показывают высокую степень наследуемости видов поведения, связанных с ОКР, у детей [Bolton *et al.*, 2007; Eley *et al.*, 2003] по сравнению, например, с оцененной наследуемостью тревожного расстройства по поводу разлуки у 73% детей [Bolton *et al.*, 2006]. Но при этом трудно было определить конкретную наследуемость или генетический локус для ОКР, возможно, потому что в исследованиях применялись разные методологические подходы (недостаток стандартизированных диагностических критериев, небольшие размеры выборок, недостаток оценок, сделанных вслепую, оценивание obsессивных симптомов вместо диагностики ОКР), а также в силу сложности и неоднородности самого заболевания [Pauls and Alsobrook, 1999].

Дело усложняется еще и высоким уровнем коморбидности, особенно в сочетании с другими расстройствами тревоги и настроения у людей, страдающих ОКР. Кроме того, было обнаружено, что у родственников этих людей проявляется в большой степени целый ряд других психических расстройств. Иными словами, неспособность выявить подходящий и надежный фенотип

означает, что для выявления генотипа имеется мало шансов, даже если он и существует.

Несмотря на обилие исследований, генетические подходы не выявили до сих пор устойчивых кандидатных генов в ОКР [Liu *et al.*, 2013; Pauls, 2010; Stewart *et al.*, 2013; Taylor, 2013]. Ни один из более чем 80 выявленных до сих пор кандидатных генов не достигает уровня полногеномной значимости и только один из них воспроизводится. Гены, связанные с регуляцией серотонина, оказались более устойчиво причастными к данному расстройству, хотя механизмы такой причастности остаются неясными и вряд ли характерны для ОКР [Lin, 2007; Taylor, 2013]. Генетика, вероятно, участвует в сложном взаимодействии с другими генами, эпигенетическими эффектами и факторами окружающей среды [Iervolino *et al.*, 2011; Pauls, 2010; Taylor, 2011].

С одной стороны, ряд исследователей высказали предположение, что некоторые “подвиды” ОКР в большей степени подвержены генетическим факторам, особенно на стадии “раннего начала” ОКР, причем обсессивные и компульсивные виды поведения и ОКР находятся под сильным генетическим влиянием [Bolton *et al.*, 2007]. А с другой стороны, более позднее начало ОКР может быть приписано в большей степени воздействию окружающей среды [Millet *et al.*, 2004; Rea *et al.*, 2011]. Однако результаты таких исследований могут иметь большее отношение к предубеждениям тех, кто проводил подобные исследования, чем к любому настоящему воздействию. ОКР является неоднородной формой психологического расстройства, и поэтому конкретные жалобы на его симптомы (например, упорядочение) могут быть в большей степени подвержены влиянию генетических факторов [Hanna *et al.*, 2005]. Другие типы симптомов, в том числе проверка, мытье и обсессивные симптомы, могут быть в большей степени связаны с областью убеждений, которые, в свою очередь, могут быть в большей степени подвержены влиянию окружающей среды [Rea *et al.*, 2011]. Более того, люди с симптомами раннего или более позднего начала ОКР не выказали никаких отличий в реакции на психологическое лечение [Lomax *et al.*, 2009].

Следует также иметь в виду, что ОКР чаще имеет спорадический характер. Это означает, что данное расстройство появляется у тех людей, у которых отсутствуют родственники первой степени родства, страдающие таким же расстройством. Выявление людей, страдающих или имеющих признаки ОКР, в расширенной семье, как это часто делается, массово подвержено предвзятости подтверждения. Если оставить в стороне негативное влияние, которое оказывает обозначение психических расстройств как “биологических” [Lam

and Salkovskis, 2007], то биологические объяснения причин появления ОКР у людей, страдающих данным расстройством, не обладают никакой очевидной ценностью.

1.7.2. Теории дефицита памяти и нейропсихологического дефицита

В отношении роли памяти в ОКР были высказаны разные предположения. С точки зрения внешней достоверности наиболее очевидным является объяснение “особого и непосредственного дефицита памяти”. В соответствии с этим представлением люди, производящие проверку, имеют дефицит памяти, проявляющийся в нарушении воспоминания в словесной и зрительной форме, а также в форме действий. Следовательно, компульсивная проверка может быть приписана понятному стремлению возместить недостаток плохой памяти [Ecker and Engelkamp, 1995; Sher *et al.*, 1983]. Если у вас действительно плохая память, и вы это вполне осознаете, то для вас вполне благоразумно было бы найти противоядие этому явлению в виде повторения и/или проверки. Объяснение “неспецифической и косвенной памяти” предполагает, что дефициты памяти, вероятнее всего, подобны результатам сканирования головного мозга: они служат нейропсихологическими признаками поврежденный головного мозга [Savage *et al.*, 1996], а нарушения памяти не принимают непосредственного участия в таких симптомах ОКР, как проверка.

До сих пор никак не удавалось выявить какие-нибудь нейропсихологические нарушения [Constans *et al.*, 1995; Cougle *et al.*, 2007; Hermans *et al.*, 2003; Moritz *et al.*, 2009a; Tolin *et al.*, 2001]. Авторы публикации [Radomsky and Rachman, 1999] обнаружили, что память у людей, страдающих ОКР, проявляет себя значительно *лучше* в ситуациях, связанных с ОКР. Кроме того, слабое доверие к собственной памяти неизменно обнаруживалось у пациентов с диагнозом ОКР по сравнению со здоровыми людьми и пациентами, испытывающими тревожное расстройство, из контрольных групп [Constans *et al.*, 1995; Cougle *et al.*, 2007; Ecker and Engelkamp, 1995; *et al.*, 2003; McNally and Kohlbeck, 1993]. Это же относится и к решению задач на зрительную память без совершения конкретных действий [MacDonald *et al.*, 1997; Tallis *et al.*, 1999; Tolin *et al.*, 2001]. Авторы публикации [Woods *et al.*, 2002] обратили внимание на то, что слабое доверие к собственной памяти особенно надежно проявляется у тех людей с симптомами ОКР, которые производят проверку. И размеры эффекта в исследованиях такого доверия оказываются большими, чем размеры эффекта в исследованиях дефицита памяти.

Имеется еще одна, третья альтернатива, которая состоит в том, что люди, страдающие ОКР, ошибочно считают, что у них плохая память, а это приводит к проверке и повторению [Cougler *et al.*, 2007]. *Воспринимаемый* дефицит памяти заставляет человека, страдающего ОКР, пользоваться малоэффективными “компенсаторными” стратегиями, которые фактически дают эффект сохранения или дальнейшего ослабления иллюзии плохой памяти. Это явление имеет непосредственную связь с когнитивной теорией, поскольку оценка навязчивых мыслей с точки зрения ответственности за причиненный вред вынуждает человека, страдающего ОКР, испытывать особый страх перед последствиями провалов в памяти. В итоге они пытаются “изо всех сил” убедиться, что конкретное действие завершено, а следовательно, их доверие к собственной памяти снижается. Люди, страдающие ОКР, могут прорабатывать предыдущие действия в уме, ища яркое воспоминание. Такого рода проверка, вероятнее всего, постепенно ослабит их доверие к своим воспоминаниям. Итак, мы пришли к выводу, что память имеет отношение к пониманию и лечению ОКР, но не с точки зрения структурной аномальности, а, скорее, с точки зрения неблагоприятных последствий от стараний “изо всех сил” и того влияния, которое это оказывает на доверие к памяти.

1.7.3. Нейрофармакология: миф о биохимическом дисбалансе

Нередко можно видеть и слышать, как специалисты по психическому здоровью описывают причину ОКР с точки зрения “биохимического дисбаланса”. Стоит заметить, что сам термин “биохимический дисбаланс” не имеет смысла с точки зрения психологии или науки о деятельности мозга [Lilienfeld *et al.*, 2015], хотя он обычно употребляется в некоторых методах для обозначения некоторой аномальности в регуляции нейромедиатора. Основное внимание в таких методах сосредоточено на одном конкретном нейромедиаторе — серотонине (5-НТ — 5-гидрокситриптаmine), а не на теоретических изначально причинах, обусловленных прагматичным выводом, сделанным авторами публикации [Fernandez and Lopez-Ibor, 1967] и подхваченным затем авторами публикации [Rapoport *et al.*, 1989], которые обратили внимание на эффективность кломипрамина — трициклического антидепрессанта, активно блокирующего обратный захват серотонина, по сравнению с другими трициклическими антидепрессантами, не оказывающими существенного воздействия на серотонин. Это привело к появлению так называемой гипотезы серотонина, где первоначально предполагалось наличие большого дефицита

серотонина. Но когда такого дефицита не было выявлено, то постепенно стали предполагаться незначительные аномальности, свидетельства которых, в общем, остаются в лучшем случае неправдоподобными.

Серотонин играет важную роль в деятельности орбитофронтальной коры и базальных ядер головного мозга, и поэтому такое представление о нем стали связывать с теориями, объяснявшими структурные аномальности. В ходе провокационных фармакологических исследований не удалось, однако, выявить никаких устойчивых аномальностей. Авторы публикации [Gross *et al.*, 1998] утверждают, что самым надежным свидетельством гипотезы серотонина является специфичность ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС — SRI), а также селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС — SSRI). Но, если учесть, что такое свидетельство явилось результатом наблюдения, сформировавшего гипотезу серотонина, то его нельзя благоразумно считать свидетельством в пользу данной гипотезы. Тот факт, что активные по отношению к серотонину лекарства оказываются эффективными и в лечении целого ряда тревожных расстройств, депрессии, расстройств пищевого поведения и прочих, означает лишь незначительную специфичность таких лекарств, если она вообще имеется.

Один из более интересных психофармакологических выводов заключается в том, что быстрый и значительный рецидив связан с постепенным уменьшением доз и прекращением приема ИОЗС и СИОЗС. И, по-видимому, такой рецидив оказывается более значительным, чем у других расстройств, лечимых данным классом лекарств. Причины этого пока еще неясны. В общем, для ИОЗС и СИОЗС есть место в лечении более тяжелых форм ОКР [Skarpinakis *et al.*, 2016], при условии, что свидетельства такого медикаментозного лечения доводятся до ведома пациента, чтобы он мог сделать осознанный выбор метода лечения своего недуга. Комплексное лечение может оказаться едва ли полезным для некоторых людей, страдающих ОКР, хотя вопросы прекращения такого лечения все еще требуют своего разрешения.

1.7.4. Теории повреждения головного мозга: волшебство изображения мозга

Относительно структурных нарушений в деятельности головного мозга был выдвинут целый ряд предположений. Одной из наиболее широко принятых является орбитофронтально-подкорковая гипотеза, где предполагается, что обсессивные симптомы связаны с аномальностями в обработке информации в нейронных сетях орбитофронтальной коры, базальных ядер, тала-

муса и орбитофронтально-подкорковой сети головного мозга. Считается, что эти области головного мозга участвуют в контроле над мыслью и действием. Несмотря на заметную несогласованность, исследования построенных изображений головного мозга иногда позволяют выявить в этих областях аномальности структурного и функционального характера. Наиболее устойчивы результаты касательно аномальностей в деятельности головного мозга относятся к его лобной доле [Cottraux and Gerard, 1998]. Авторы публикации [Swedo *et al.*, 1992] воспользовались методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ — PET), чтобы оценить кровообращение у пациентов, страдающих ОКР, до и после получения медикаментозного лечения. И через год они заметили, что улучшение обсессивных симптомов было связано с уменьшением деятельности в орбитофронтальной коре головного мозга.

Несмотря на весьма обширные исследования структурной и функциональной деятельности головного мозга путем построения его изображений, пока еще отсутствуют устойчивые данные, проливающие свет на ОКР. Итак, мы пришли к выводу, что, принимая во внимание объем исследований, проведенных в течение нескольких десятилетий, маловероятно, чтобы в структуре головного мозга имелись сколько-нибудь заметные аномальности. Мы также считаем, что распространять подобные теории, кроме предположений и догадок, потенциально вредно. Ведь имеются свидетельства, что биологические объяснения психических заболеваний оказывают негативное влияние, как на людей, страдающих психическими расстройствами, так и всех людей вообще [Lam and Salkovskis, 2007; Lam *et al.*, 2005].

1.7.5. Шизофрения: “бредовые идеи”

Предположение о наличии связи между ОКР и шизофренией высказывается время от времени, начиная с представления Фрейда о том, что симптомы ОКР служат защитным механизмом против “слабых границ эго”, наряду со следующим предположением: если снять подобные симптомы, то содержание ид (т.е. оно или подсознания) будет перетекать в эго (т.е. я) неконтролируемым образом, вызывая психоз. В частности, компульсии считались в этом отношении важными, на основании чего раньше давался совет не прерывать их и не противодействовать им. Тот факт, что экспозиционная терапия с подавлением реакции (ЭТПР) оказалась довольно эффективной, не вызывая психоз, служит убедительным доказательством, что такое представление ошибочно. Однако общее представление о связи между психозом и ОКР осталось, несмотря на эпидемиологические данные, свидетельствующую

щие об обратном [Salkovskis, 1996]. Автор публикации [Enright, 1996] и другие исследователи утверждали, что ОКР лучше всего понять как особенность шизотипической личности, а следовательно:

“Если ОКР диагностически не связано с шизофренией, для обоих психических расстройств может, тем не менее, иметься общее основание на функциональном уровне... Пациенты с диагнозом ОКР могут переживать большее количество нежелательных мыслей из-за неспособности подавить навязчивые мысли, связанные с семантической активизацией, распространяющейся от стимулов окружающей среды... Субъекты ОКР поддерживают интегрированные и рациональные процессы мышления вне своего обсессивного внимания. Следовательно, неспособность к подавлению у таких субъектов становится, по-видимому, особенно сосредоточенной на вызывании симптомов ОКР”.

[Enright, 1996]

Однако автор публикации [Salkovskis, 1996] предположил, что применение шизотипических шкал для оценивания ОКР связано с немалыми трудностями. В частности, это касается ухудшения выбранного критерия.

В заключение следует отметить, что биология неизбежно играет свою роль в развитии любой характеристики или расстройства, поскольку головной мозг, очевидно, является органом ума. Но этот фактор не является определяющим, и современное состояние наших знаний о деятельности головного мозга не дает возможности установить подходящие цели для терапевтического вмешательства.

Следует также заметить, что биологические и аналогичные подходы применялись раньше в качестве веского основания для продолжения показавшей свою полную несостоятельность и нравственно сомнительной практики психирургии, как в форме операций на головном мозге, так и в форме вживления электродов для “глубокого стимулирования деятельности головного мозга”. Принимая во внимание долгое и бесславное наследие подобных подходов, а также отсутствие свидетельств их эффективности, нам кажется важным отразить здесь сочетание понятного отчаяния тех, кто страдает ОКР, и глубокой неспособности понять этих людей у тех клиницистов, которые ратуют за столь негуманные подходы к лечению. Мы не отвергаем возможность появления и информационного наполнения лучшего метода лечения, исходя из понимания причин ОКР на основе деятельности головного мозга. Но мы считаем, что такая модель “заболевания” вряд ли окажется простой. Будущее может принести более ясное до некоторой степени понимание

сложного взаимодействия головного мозга с окружающей средой, что позволит лучше понять и лечить ОКР. Однако в настоящее время имеется мало признаков того, что это все же происходит.

1.7.6. Поведенческая теория: Мейер, Рахман и ЭТПР

Мейер, основываясь в какой-то степени на труде Уолпа [Wolpe, 1958], сообщил об успешной поведенческой терапии в двух случаях хронического обсессивного невроза [Meuer, 1966], вслед за чем последовали отчеты о целом ряде случаев успешного лечения подобным методом. Работа Мейера ознаменовала собой применение психологических моделей к обсессиям и разработку эффективных поведенческих методов лечения. В качестве отправной точки он выбрал модели компульсивного поведения животных (см., например, в [Metzner, 1963]), в которых предполагалось, что ритуальное поведение является формой усвоенного избегания. Поведенческая терапия фобий, основанная на аналогичных моделях, оказалась успешной в лечении фобического избегания через десенсибилизацию, но попытки обобщить подобные методы лечения на компульсии оказались безуспешными. Мейер утверждал, что браться за устранение избегающего поведения необходимо непосредственно, добиваясь того, чтобы компульсии не имели место на сеансах терапии или между ними. Его идеи предвосхитили когнитивные методы в том отношении, что он подчеркивал роль ожиданий вреда в обсессиях и важность нивелирования этих ожиданий во время лечения, но в дальнейшем это считалось периферийной задачей по сравнению с главной задачей предотвращения компульсий.

Приблизительно в тот же самый период Рахман с коллегами разработали методы лечения, главная особенность которых состояла в том, что пациенты подвергались воздействию внушающих страх ситуаций [Rachman, Hodgson, and Marks, 1971]. Эти отличающиеся методы были в дальнейшем внедрены в весьма эффективную программу поведенческого лечения, основывавшегося на принципах экспозиционной терапии с подавлением реакции. В подтверждение такого метода терапии был проведен ряд экспериментов, где было продемонстрировано, что когда ритуал провоцируется, то дискомфорт и побуждение к ритуализации спонтанно убывает, если ритуализация происходит. А последующее провоцирование постепенно вызывает в итоге меньший дискомфорт.

Рахман ясно и изящно изложил поведенческую теорию ОКР [Rachman, 1971], выведя ее из двухпроцессной модели Моурэра [Mowrer, 1951]. Пове-

денческий метод лечения ОКР основывается на гипотезе о том, что обсессивные мысли становятся через обусловливание связанными с тревогой, которую не удалось погасить. У людей, страдающих ОКР, вырабатываются виды уклоняющегося или избегающего поведения (например, обсессивная проверка и мытье), что мешает гасить тревогу. Это приводит непосредственно к методу поведенческого лечения, называемому экспозиционной терапией с подавлением реакции (ЭТПР — ERP), где пациент, во-первых, подвергается воздействию стимулов, вызывающих обсессивную реакцию, а, во-вторых, психотерапевт помогает пациенту предотвратить (компульсивные) реакции уклонения и избегания, которые в противном случае “отключили” бы вызывающие их стимулы [Salkovskis and Kirk, 1989; Steketee and Foa, 1985].

Важный вклад в развитие ЭТПР внесло следующее наблюдение: появление обсессий приводит к увеличению тревоги, а компульсии — к постепенному ее ослаблению. Когда же компульсии задерживались или предотвращались, люди, страдавшие ОКР, испытывали спонтанное убывание тревоги и побуждение выполнить компульсии. Если такая практика продолжалась, то тревога угасала (см., например, в [Rachman and Hodgson, 1980]). Эксперименты со спонтанным убыванием тревоги показали, что оно имеет решающее значение для уверенности психотерапевтов и пациентов в том, что если бы они противодействовали своим страхам, то тревога и дискомфорт уменьшились бы и, в конечном счете, исчезли (см. рис. 3.8–3.10 в главе 3). Эти первоначальные поведенческие теории подготовили почву для последующей когнитивно-поведенческой теории и терапии.

1.8. Когнитивная теория и ее следствия

Феноменологию ОКР особенно хорошо объясняют когнитивно-поведенческие модели. Когнитивно-поведенческая теория была разработана после того, как основное внимание было сосредоточено на смысловом значении, которое приписывалось (внутренним или внешним) событиям — краеугольному камню когнитивных теорий в психологии [Beck, 1976]. Когнитивно-поведенческая теория основывается на поведенческой теории, поскольку она начинается со сходного предположения о том, что обсессивное мышление берет свое начало в обычных навязчивых когнициях (невольных мыслях и образах). Однако в когнитивной теории отличие обычных навязчивых когниций от обсессивных навязчивых когниций лежит не в появлении и даже не в контролируемости или неконтролируемости самих навязчивых когни-

ций, а в истолковании людьми, страдающими ОКР, появления и/или содержания навязчивых когнийций.

Так, если оценка навязчивых когнийций сосредоточена на их вреде или опасности, то эмоциональной реакцией на них, вероятнее всего, будет тревога. Такая оценка навязчивых когнийций и последующие перемены настроения могут стать частью негативной спирали настроения-оценки, хотя это совсем не обязательно приведет к компульсивному поведению. Следовательно, в когнитивно-поведенческих моделях предполагается, что обычные obsessions становятся проблематичными тогда, когда их появление или содержание истолковывается как лично значимое или угрожающее [Rachman, 1997; Salkovskis, 1985, 1997]. Именно такое *истолкование* содействует вызыванию эмоционального расстройства [Barrera and Norton, 2011; Purdon, 2001].

Таким образом, ОКР в соответствии с когнитивной гипотезой появляется в том случае, если навязчивые когнийции истолкованы как указание на то, что человек мог бы, может быть или может оказаться ответственным за причинение вреда или его предотвращение [Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989, 1997]. Самое главное в степени угрозы, кроющейся в такой оценке, заключается не только в том, насколько вероятны последствия, а в том, насколько это “ужасно” для человека. Более того, это восстает против ощущения человеком того, как он мог бы справиться в подобных обстоятельствах.

В соответствии с когнитивными моделями истолкование навязчивой мысли приводит к целому ряду вольных или невольных реакций, которые, в свою очередь, могут оказывать влияние на силу убеждения в первоначальном истолковании. Следовательно, негативные оценки могут действовать при ОКР как *причинные* и *поддерживающие* факторы. Вся когнитивная модель ОКР схематически показана на рис. 1.1.

Действенность этой модели была подтверждена в ряде исследований, где было показано, что obsessions вызывают, вероятнее всего, беспокойство в том случае, когда их содержание противоречит лично поддерживаемым ценностям человека или его самовосприятию [Rowa *et al.*, 2005]. Клинические и аналогичные исследования также показали, что такие виды компульсивного поведения, как проверка, подавление мыслей и избегание, способствуют увеличению чувства опасности, сомнения или частоты obsessивных мыслей [Freeston *et al.*, 1991; Giele *et al.*, 2012; Marcks and Woods, 2007; Markowitz and Purdon, 2008], а также озабоченности навязчивой мыслью [Tolin *et al.*, 2002].



Рис. 1.1. Когнитивная модель ОКР. Взято из публикации [Paul M. Salkovskis, *Obsessional-compulsive problems: A cognitivebehavioural analysis, Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–83, ИЦО:10.1016/0005-7967(85)90105-6, 1985, Elsevier Ltd]

Теоретически появление или содержание обсессивной навязчивой мысли активизирует исходные убеждения или взаимодействует с ними (например, такие допущения об ответственности, как следующее: “Семь раз отмерь, один раз отрежь”; [Salkovskis *et al.*, 2000]), чтобы сделать более вероятным проблематичное истолкование. Экспериментальные манипуляции с ответственностью также показали, что при решении некоторых задач более вероятными становятся виды поведения, похожие на обсессивное поведение. На участников таких экспериментов возлагалась, например, ответственность за выключение духовки (см., например, раздел 3.2; [Arntz *et al.*, 2007; Ladouceur *et al.*, 1995]).

Истолкования, связанные с ответственностью, вызывают целый ряд реакций, которые, в свою очередь, приводят, во-первых, к укреплению или предотвращению развенчания убеждений в ответственности, а, во-вторых, к иницированию дополнительных навязчивых мыслей. Ниже перечислены основные элементы подобных истолкований.

- Навязчивые мысли, которые истолковываются с точки зрения ответственности за причинение вреда. Такие истолкования вызывают дискомфорт, тревогу и депрессию, что, в свою очередь, повышает частоту навязчивых мыслей и делает еще более вероятными негативные истолкования.
- Повышенное внимание к навязчивым мыслям и/или вызывающим их стимулам. Обычно это приводит к тому, что человек становится более озабоченным навязчивыми мыслями, а следовательно, они появляются все чаще и, по-видимому, становятся все более бесконтрольными и угрожающими.
- Исторкования ответственности, вынуждающие человека прибегать к малоэффективным стратегиям, предназначенным для снижения угрозы и ответственности. К таким истолкованиям относятся попытки снизить частоту появления мыслей (например, подавлять мысли), а также принятие необычных, а иногда недостижимых критериев для совершения действий (например, суждение о безопасном завершении действия только в том случае, когда будет достигнуто состояние особого настроения).
- Такие виды поведения в поисках убежища [Salkovskis, 1991], как, например, нейтрализация или проверка, усиливают представление, что в противном случае будет причинен вред, а в результате усиливается восприятие ответственности. Избегание трудных ситуаций и поиск утешения, в результате чего ответственность перекладывается, разбавляется или разделяется, еще больше способствует сохранению негативных убеждений и может также увеличить вероятность появления дополнительной навязчивой мысли, сомнения или озабоченности.

На рис. 1.2. схематически показано применение модели ОКР на конкретном примере сосредоточения основного внимания на проверке и предотвращении вреда. А на рис. 1.3 показано применение модели ОКР на конкретном примере сосредоточения основного внимания на загрязнении.

Признание и понимание видов поведения в поисках убежища имеет решающее значение для особой формулировки. Во врезке 1.1 описано, каким образом было впервые определено понятие поведения в поисках убежища.



Рис. 1.2. Предложенная Салковским когнитивная формулировка ОКР на примере проверки и предотвращения вреда

Врезка 1.1. Поведение в поисках убежища

Тревожным расстройствам присущ главный парадокс, который состоит в следующем: почему люди неспособны научиться на своем прошлом неоднократном опыте, что угрожающая ситуация на самом деле не является небезопасной? В своем теоретическом труде Пол Салковскис впервые описал понятие поведения в поисках убежища (ППУ — SSB) при тревожных расстройствах, которое помогает объяснить данный парадокс. Перед лицом воспринимаемой опасности ППУ возникает от угрозы и логически связано с ней. Примерами тому служат контролирование дыхания во время приступа паники, где удушье является внушающим страх последствием, или же отступление от края платформы, когда человек боится, что может спрыгнуть с нее сам или столкнуть кого-нибудь другого. Такое поведение может иметь характер упреждения (избегания) или следствия (уклонения). Подобные реакции на воспринимаемую угрозу являются факторами, особенно прочно закреп-

пляющими психологическое расстройство, поскольку они предотвращают неподкрепление внушающих страх последствий.

Основная библиографическая ссылка: Salkovskis P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19, 6–19.



Рис. 1.3. Предложенная Салковским когнитивная формулировка ОКР на примере загрязнении

Когнитивно-поведенческая концептуализация ОКР зеркально отражает когнитивный подход к другим разновидностям тревожного расстройства в том отношении, что конкретная ничем не угрожающая ситуация становится средоточием опасения в результате убеждений, касающихся опасности или угрозы. С когнитивной точки зрения ОКР является результатом того, как человек истолковывает не только *содержание*, но и *появление* навязчивых мыслей, образов, побуждений и сомнений.

1.8.1. Факторы, закрепляющие ОКР

Как только столкновение окажется активизированным, реакции человека будут служить для поддержания такого убеждения в потенциально бесконечном разнообразии конкретных, но функционально равнозначных путей выхода из создавшегося положения. Такие реакции отличаются в той степени, в какой они непосредственно контролируются человеком. Они могут отличаться и в той степени, в какой их осознает человек. Однако у любого отдельно взятого человека будет присутствовать совокупность реакций, которые в каждом случае возникают в результате проблематичного столкновения, а также обуславливаются им. В итоге образуется последовательный ряд порочных кругов, составляющих “лепестки” порочного цветка особой формулировки ОКР (см. рис. 1.1). И как только такие закрепляющие факторы появятся, они повысят также чувствительность к иницирующим факторам и увеличат вероятность появления в дальнейшем обсессивных приступов. Между закрепляющими факторами могут возникнуть дополнительные связи. Зачастую такие факторы взаимодействуют, подкрепляя, а иногда и перекрывая друг с друга (например, тревога и эмоциональное рассуждение из логической последовательности). Далее следует краткое описание наиболее распространенных закрепляющих факторов.

1.8.1.1. Эмоция

Преобладающей эмоциональной реакцией при ОКР является тревога. Активизация стрессовых систем сосредоточивает основное внимание на мыслях об угрозе [Toates, 1995], которая может быть внешней или внутренней. Угроза приводит в действие миндалевидное тело, которое управляет поиском информации в окружающей среде и снабжает ею системы защиты (т.е. механизм ответной реакции “борьбы или бегства”). По существу, функции тревожной эмоции состоят в том, чтобы сигнализировать об угрозе более ясным, очевидным и правдоподобным образом. Переживание тревоги может вызывать сильное отвращение, особенно если она сочетается с убеждениями в том, что она будет и дальше нарастать и сохраняться неопределенно долго. Следовательно, реакции, снижающие тревогу, имеют весьма подкрепляющий характер.

При ОКР могут присутствовать и другие эмоции, в том числе отвращение, гнев, стыд и печаль. В связи с этим важно установить, присутствуют ли подобные эмоции в тот момент, когда внимание человека занято симптомами, или же они являются второстепенными эмоциями.

1.8.1.2. Эмоциональное рассуждение из логической последовательности

Присутствие тревоги при ОКР и среди тревожных расстройств может инициировать такие второстепенные оценки, как следующая: “Это может быть опасно, *поскольку я тревожусь*” [Arntz *et al.*, 1995]. Подобные сведения внедряются в оценивание угрозы, а следовательно, они поддерживают убеждение в наличии опасности. Физические симптомы тревоги могут также вызвать неоднозначные ощущения, которые могут рассматриваться как свидетельства первоначального истолкования, особенно у людей, стремящихся найти физические признаки того, что они сходят с ума, сексуально возбуждены, находятся на грани совершения действий сообразно со своими мыслями. В контексте тревоги вполне возможно испытывать нежелательное физиологическое сексуальное возбуждение, которое может дополнительно подкрепить негативные убеждения [Warwick and Salkovskis, 1990].

1.8.1.3. Малоэффективные виды поведения в поисках убежища

К этой обширной категории относится большой ряд компульсий, вызываемых и по смыслу связанных с истолкованием конкретных мыслей или ощущений. К видам поведения в поисках убежища (ППУ — SSB) при ОКР относится мытье, чистка и проверка, хотя их пределы могут быть обширны и неповторимы. Виды ППУ могут быть нацелены на снижение угрозы, тревоги или ответственности. Они могут быть приблизительно разделены на те, что нацелены на возмещение (например, на исправление или очистку), а также на те, что нацелены на подтверждение подлинности (например, на проверку). И, наконец, они могут быть, как внешними (физическими), так и скрытыми (мысленными).

Причина малой эффективности видов ППУ заключается в том, что они предотвращают неподкрепление страха и могут сами увеличивать неуверенность и сомнение. Так, если принять во внимание восприятие серьезной угрозы (например: “Я могла бы допустить серьезное заболевание моего ребенка, если бы эта бутылка была заражена”), то для этого потребуются весьма высокая степень уверенности в отсутствии заражения или чистоте бутылки. Если мать поступит именно таким образом, чтобы обеспечить безопасность своего ребенка, это может подкрепить ее восприятие необходимости именно такой степени чистоты. Однако усиленное мытье и повышенная бдительность может привести к постоянному сомнению в том, что задача выполнена верно. Прерывание или осознание человеком, что его отвлекают от мытья

или проверки, может привести к повторению поведения, вызвать которое становится с каждым разом все легче.

Нейтрализация является формой ППУ, нацеленной на возмещение. Она может также принимать форму совершения таких ритуалов, как выполнение действий заданное число раз или замена “плохих” мыслей “хорошими” мыслями. Такое поведение может вызвать ощущение снятия тревоги, а следовательно, оно имеет подкрепляющий характер.

1.8.1.4. Поиск утешения

Чрезмерное стремление искать утешения следует рассматривать как ППУ [Kobori and Salkovskis, 2013; Parrish and Radomsky, 2006, 2010, 2011; Salkovskis and Kobori, 2015], принимая во внимание форму проверки, сосредоточенную на межличностных отношениях. Чрезмерное стремление искать утешения отличается от других видов ППУ тем, что оно имеет отношение не только к восприятию угрозы, но и к перекладыванию воспринимаемой ответственности на другого человека [Kobori and Salkovskis, 2013; Salkovskis, 1996, 1999]. Оно может принимать форму поиска надежных сведений, опрашивания других людей и самоуспокоения. Принимая во внимание первостепенную потребность в уверенном управлении поведением, эффективность утешения зачастую оказывается кратковременной, поскольку вслед за ним быстро возникает сомнение. Неоднозначные реакции или сведения также вызывают сомнение и чувство тревоги [Parrish and Radomsky, 2011]. Недавние исследования выявили наличие чрезмерного стремления искать утешения в целом ряде тревожных расстройств, причем особые отличия ОКР были замечены в степени проявления заботы о поиске утешения [Kobori and Salkovskis, 2013].

1.8.1.5. Систематические ошибки внимания и в рассуждении

Уже давно известно, что систематические ошибки внимания играют важную роль в поддержании тревожных расстройств. Такие ошибки связаны с конкретными опасениями человека, а не имеют более универсальный характер. Для систематической ошибки характерна сверхбдительность в отношении ключевых признаков угрозы и повышенная трудность освободиться от них [da Victoria *et al.*, 2012; Moritz *et al.*, 2009b]. Подобные систематические ошибки делают более доступными факторы, инициирующие расстройство, которое становится более обобщенным, что может, по-видимому, свидетельствовать о проблематичном его истолковании. Примером тому служит обращение внимания на неприятные мысли или поиск в окружении людей, имеющих нездоровый вид. В ходе терапии систематические ошибки иногда об-

суждаются с пациентом как способ “напрашиваться на неприятности”: если пациент ищет неприятностей, он их непременно найдет. Подобные систематические ошибки могут приводить к тому, что люди завышают оценки угроз, что, в свою очередь, усиливает их личное чувство “ужасности” последствий.

1.8.1.6. Критерии обращения к внутреннему состоянию

Занимаясь ритуалами и компульсиями, люди, страдающие ОКР, нередко стремятся к ощущению “правильности”, чтобы определить, когда следует остановиться [Wahl *et al.*, 2008]. Подобным образом они осознают свои внутренние состояния и расхождение между текущим и желательным состоянием. Преодоление этого расхождения приобретает особое значение. В контексте тревожного расстройства внутренние состояния изменяются, затрудняя достижение и поддержание ощущений “правильности”. Возможны также дополнительные убеждения, касающиеся допустимости не ощущать “правильность” [Coles *et al.*, 2005]. У исследователей вызвало нарастающий интерес связанное с этим понятие переживаний “недостаточной правильности” (NJRE), которые были осмыслены как общая характеристика, способная придавать человеку уязвимость к ОКР. Такие переживания связаны с перфекционизмом и нетерпимостью к неопределенности [Coles *et al.*, 2003].

1.8.1.7. Слияние мысли и действия

Слияние мысли и действия является убеждением, во-первых, в том, что мысли о неприемлемом или возмутительном событии делают его более вероятным, а, во-вторых, в том, что наличие неприемлемых мыслей равнозначно в нравственном отношении выполнению безнравственного или возмутительного действия [Shafraan *et al.*, 1996]. Сама по себе такая оценка ответственности является весьма специфической. Ведь то, что происходит в уме человека, может вызвать наступление опасных последствий. И хотя это относится ко многим расстройствам, сильной убежденности в подобных понятиях отводится особая роль в объяснении причин поддержания ОКР, где содержание и появление навязчивых мыслей может быть истолковано как сигнал об опасности.

1.8.1.8. Подавление мыслей

Типичная реакция на переживание нежелательных навязчивых мыслей состоит в том, чтобы попытаться отбросить, отвлечься или иным образом заблокировать их. Это может привести к повышению частоты появления внушающих опасения мыслей благодаря обратному “эффекту отскока”. Этим

эффектом объясняется, почему подобные мысли обычно появляются чаще, если они подавляются. Результаты исследований данного эффекта при ОКР не вполне согласованны. Кроме того, люди, страдающие ОКР, склонны негативно оценивать возобновление мыслей, которые они пытались подавить, что оказывает также влияние на их настроение [Markowitz and Purdon, 2008; Purdon *et al.*, 2005].

1.8.1.9. Руминация и “мысленный довод”

В качестве реакции на обсессивные опасения и страхи руминация может принимать самые разные формы. Это может быть, в частности, развертывание в памяти воспоминаний из прошлого обо всем, что можно сопоставить со страхом; размышление над вопросами о причинах или возможных сценариях развертывания событий; или же попытка убедиться в причине, по которой страх или вызывающий его фактор может быть безопасным или небезопасным. В каждой из этих форм руминация подразумевает проявление интереса к неоднозначным сведениям, которые, вероятнее всего, увеличивают тревогу и сомнения и придают еще большее значение истолкованию угрозы. А мысленный довод может быть разновидностью нейтрализации или исправления, а следовательно, он может иметь особое значение в качестве скрытого компульсивного поведения [Salkovskis and Westbrook, 1989].

1.8.1.10. Избегание

Избегание ситуаций, обязанностей, людей, ощущений и мыслей — все это присутствует при ОКР, причем весьма распространено избегание, связанное с высокими уровнями вмешательства в нормальное функционирование человека. Избегание функционирует в качестве закрепляющего фактора, предотвращающего неподкрепление первоначального истолкования, а следовательно, оно подкрепляет его, особенно в том случае, если тревога ослабевает. Из этого неявно следует такой вывод: плохой исход предотвращается в результате избегания, а не считается никак не связанным с первоначальным истолкованием. Избегание может быть едва заметным, проявляясь, например, в поручении конкретных обязанностей другому человеку. В ходе лечения избегание лучше всего осмыслить как ППУ, которое необходимо исключить или желательно обратить, чтобы оно стало “поведением, противодействующим ОКР” (см. далее раздел 3.7.6).

В некоторых тяжелых случаях вызываемые компульсии оказываются настолько продолжительными, что избегание становится единственным средством, способным удовлетворить потребности ОКР. Например, некоторые

люди, боящиеся загрязниться, парадоксальным образом избегают мытья как можно дольше, поскольку они знают, что процедура умывания отнимет слишком много времени.

В табл. 1.1 приведены примеры того, как подобные закрепляющие факторы могут действовать в отдельных формах ОКР.

Таблица 1.1. Примеры действия закрепляющих факторов при разных жалобах на ОКР

Закрепляющий фактор	Как он поддерживает ОКР	Примеры
Тревога	Подкрепляет убеждения в правильности истолкования	Уолтер чувствует тревогу, когда находится рядом со своими учащимися, полагая, что они заметят его странный вид
Нейтрализация	Предотвращает неподкрепление убеждения	Джесси моется
		Джейн молится
Проверка	Усиливает сомнение и ослабляет уверенность	Лидия проверяет водопроводные краны установленное число раз
		Джесси мысленно "отслеживает" загрязнение
Поиск утешения	Усиливает сомнение и ослабляет уверенность; действует как форма проверки	Джейн обращается к Библии
Систематические ошибки внимания	Усиливают восприятие тревоги	Джесси ищет в Google сведения об инфекциях в период беременности
Критерии обращения к внутреннему состоянию	Сосредоточивают внимание на внутреннем состоянии	Сол повторяет свои действия до тех пор, пока не почувствует их "правильность"
		Джесси моется до тех пор, пока не почувствует себя "чистой"
Слияние мысли и действия	Усиливает убеждение в важности и опасности мыслей	Джейн уходит в свои мысли, находясь в церкви
Руминация	Усиливает сомнение и понижает настроение	Уолтер просматривает свою память в поисках любых свидетельств своего дурного характера, задумываясь над любой неоднозначностью и сравнивая себя с известными насильниками

Закрепляющий фактор	Как он поддерживает ОКР	Примеры
Избегание	Предотвращает неподкрепление убеждения, снижает уверенность и является видом поведения в поисках убежища	Лидия никогда не выходит из дому последней, отправляясь на работу

1.8.2. Области убеждений и прочие свидетельства

Вслед за развитием когнитивных методов возник интерес к областям убеждений [Salkovskis, 1985]. В целом ряде поперечных исследований пределы областей убеждений связывались с ОКР. Рабочая группа по оцениванию обсессивно-компульсивных когниций (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) прагматично выявила шесть следующих областей убеждений, имеющих особое значение при ОКР: преувеличенная ответственность [Salkovskis *et al.*, 2000], завышенная оценка угрозы, перфекционизм, потребность в определенности [Tolin *et al.*, 2003], чрезмерная важность мыслей и контроль над мыслями [Rachman, 1997]. Уместными были также обозначены такие перекрывающиеся области понятий, как слияние мысли и действия и метапознание [Myers *et al.*, 2009; Shafran *et al.*, 1996]. В результате измерений по “Опроснику обсессивных убеждений” (OBQ) все эти области убеждений сводятся к трем следующим факторам [Steketee, 2005]: ответственность/оценка угрозы, перфекционизм/нетерпимость к неопределенности и важность мыслей/контроль над мыслями. Убеждения в этих областях у тех участников, клинических исследований, которые страдали ОКР, оказались более сильными, чем у соответствующих участников из контрольной группы [Steketee *et al.*, 2003].

Особое выражение симптомов ОКР было связано с конкретными областями убеждений. Исследование с клиническими выборками показало, что ответственность/оценка угрозы связана с руминацией и обсессивными мыслями [Julien *et al.*, 2006], а равным образом — с загрязнением/мытьем и нейтрализацией [Calleo *et al.*, 2010; Tolin *et al.*, 2008; Wheaton *et al.*, 2010], хотя и не всегда [Brakoulias *et al.*, 2013].

Перфекционизм/нетерпимость к неопределенности связаны с проверкой [Julien *et al.*, 2006], обсессиями [Tolin *et al.*, 2008] и симметрией [Calleo *et al.*, 2010; Wheaton *et al.*, 2010]. А важность мыслей/контроль над мыслями более

согласованно связаны с импульсивной тревогой [Julien *et al.*, 2006] и обсессиями [Tolin *et al.*, 2008; Wheaton *et al.*, 2010].

Любопытно, что в исследовании, проведенном авторами публикации [Tolin *et al.*, 2008], были обнаружены эффекты взаимодействия между областями убеждений по симптомам, и на основании этого было предположено, что они являются отдельными способствующими факторами. Следовательно, каждую из этих областей необходимо изучать в клинических исследованиях как самостоятельную.

Несмотря на то, что все эти области убеждений оказались связанными с обсессивными симптомами, лишь некоторые из них характерны для ОКР, особенно в сравнении с другими тревожными расстройствами. Хотя и обнаружилось, что люди, страдающие ОКР, дают ему более высокие оценки [Steketee *et al.*, 1998; Tolin *et al.*, 2006]. И оказалось, что ОКР отличается от других тревожных расстройств только убеждениями в необходимости контролировать мысли после контроля над личностной тревожностью и депрессией [Tolin *et al.*, 2006].

Кроме того, значительная доля людей, страдающих другими формами обсессивных симптомов, не дали высокие оценки в этих областях убеждений, за исключением взаимосвязи между обсессиями и контролем над мыслями [Taylor *et al.*, 2006]. Это лишний раз подчеркивает неоднородность данного расстройства и ограничения существующих моделей в отношении формирования факторов, прогнозирующих развитие всех обсессивно-компульсивных симптомов.

Салковскис с коллегами предложили решение, дающее объяснение этим, казалось бы, запутанным и потенциально противоречивым наблюдениям. Они предложили считать, во-первых, многие выявленные области убеждений особыми случаями ответственности (например, чрезмерную важность мыслей, слияние мысли и действия), а, во-вторых, некоторые убеждения уместными, хотя и не характерными для ОКР (в частности, восприятие угрозы и перфекционизм). Мы считаем, что навязчивые мысли оцениваются людьми как угрожающие, но там, где оценка не включает в себя ответственность, они не приведут к компульсиям или нейтрализации. Оценки ответственности вместе с ценностями, вызывающими опасения по поводу ответственности за причинение или предотвращение вреда, образуют связующее звено между навязчивыми мыслями и мотивацией для компульсивного поведения [Salkovskis *et al.*, 2000].

1.8.3. Формирование убеждений на примере ответственности

Еще одним средством влияния, которое раннее переживание уязвимости может оказывать на ОКР, является формирование соответствующих убеждений. Автор публикации [Beck, 1976] высказал предположение, что ранние жизненные переживания вызывают глубинные убеждения, которые служат основанием для истолкования последующих переживаний, включая такие внутренние стимулы, как мысли и чувства.

Убеждения в преувеличенной ответственности являются заметным понятием в когнитивной модели ОКР [Salkovskis *et al.*, 2000]. Ниже приведено конкретное определение ответственности в этой модели.

“Убеждение в том, что человек обладает властью, имеющей решающее значение для вызывания или предотвращения субъективно важных негативных последствий. Такие последствия воспринимаются как существенные для их предотвращения. Они могут быть действительными в реальном мире и/или на уровне морали”.

[Salkovskis, 1996]

Обсуждая в своем теоретическом труде развитие убеждения в повышенной ответственности, П. Салковскис и его коллеги сделали предположение, что такое убеждение относительно ответственности в широком смысле могло бы, в частности, развиваться в детстве, когда оно поощрялось намеренно или неявно. Такое убеждение может развиваться в том случае, если ребенку приходится брать на себя ответственность в своем доме. Хотя оно может развиваться и в том случае, если ребенка делают козлом отпущения за события, оказывающиеся вне его контроля. Второе возможное влияние родителей на развитие преувеличенной ответственности могут также иметь чрезмерно строгие правила и нормы поведения и обязанностей, накладываемые на ребенка. А третье возможное влияние может оказывать чрезмерная забота родителей о ребенке, в результате которой они явно или неявно воздерживаются налагать на него какие-нибудь обязанности. В последнем случае родители могут сообщить ребенку такое чувство, будто трудности или угрозы присутствуют постоянно во внешнем мире, который является непредсказуемым и таящим угрозу местом, не развивая при этом у ребенка чувство, что он способен справиться с подобными трудностями. И, наконец, ребенок может воспринимать свое положение в семье таким образом, что за причинение вреда отвечают или могли бы фактически отвечать его родители. Следовательно,

преувеличенная ответственность может быть приписана влиянию родителей, другим детским переживаниям или же тому и другому.

Общая поддержка влияния раннего опыта на убеждения в ответственности, обнаруженная во вспоминаемых стилях авторитарного воспитания и чрезмерной родительской опеки, связана с оценками ответственности, а также с другими областями убеждений. Такие оценки частично послужили связующим звеном между воспитанием и обсессивно-компульсивными симптомами [Timpano *et al.*, 2010].

1.8.4. Феноменология и естественная история с когнитивно-поведенческой точки зрения

Если убеждения и/или генетические уязвимости являются частью предрасположенности к развитию расстройства, то, вероятнее всего, они взаимодействуют с субъективно стрессовыми окружающими событиями, делая его развитие еще более вероятным. В немногих исследованиях был изучен переход от субклинических симптомов к резко выраженному расстройству. В одном исследовании такого перехода авторы публикации [Coles *et al.*, 2012] обнаружили, что люди, у которых, в конечном счете, развилась резко выраженная форма ОКР, жаловались на то, что генерализированное тревожное расстройство, перфекционизм, нарушенное исполнение обязанностей на работе и в учебе, социальная изоляция, поглощенность деталями, нетерпимость к неопределенности часто возникает после первоначальных симптомов, но прежде полного удовлетворения критериям ОКР. Повышенный уровень стресса, желание чувствовать, что все сделано как следует, а также внимание, уделявшееся мыслям, воспринимались участниками данного исследования как играющие важную роль в переходе к ОКР. Предполагаемые результаты крупного когортного исследования также показали, что социальная изоляция, негативная эмоциональность и низкий коэффициент умственного развития — все это предсказывало последующие жалобы на ОКР и обсессивно-компульсивные симптомы в оцениваемом зрелом возрасте 26 или 36 лет [Grisham *et al.*, 2011].

Контекст, в котором начинается расстройство, важен для его понимания на уровне индивидуального опыта, а в более широком смысле — этиологии данного расстройства. Однако взаимосвязь между началом расстройства и конкретным событием может быть особенно сложной. Отдаленные события могут оказывать влияние на ближние факторы, которые играют затем роль в развитии ОКР. Например, в исследовании серии случаев автор публикации

[Arnold, 1999] заметил, что шесть из семи отобранных им женщин, у которых ОКР началось в послеродовой период, пережили сексуальное насилие, которое могло стать реальным фактором лишь в контексте беременности и деторождения. Именно взаимодействие более или менее недавних переживаний может (среди прочих факторов) привести в дальнейшем к развитию затруднений.

Единственное исследование, продемонстрировавшее характерную особенность конкретного типа жизненного события и начало расстройства, было проведено авторами публикации [Finlay-Jones and Brown, 1981], которые показали, что события, повлекшие убытки, были связаны с депрессией, тогда как опасные события — с тревогой. У тех людей, которые пережили оба эти типа жизненных событий, вероятнее всего, развилось определенное сочетание депрессии и тревоги. Стрессовые жизненные события и травмы оказались причастными к развитию ОКР [de Silva and Marks, 1999], особенно у тех людей, у которых данное расстройство началось в молодости или в зрелом возрасте [Millet *et al.*, 2004]. При сравнении частоты событий, повлекших тяжелые травмы в течение жизни у людей, страдавших ОКР, и здоровых людей авторы публикации [Grabe *et al.*, 2008] не обнаружили никаких отличий. И это заставило их предположить, что травматические события для большинства людей не являются главным фактором, инициирующим обсессивные трудности. Для сравнения ОКР было обнаружено у 40% всех обследованных людей, страдавших посттравматическим расстройством (ПТСР; [Nacasch *et al.*, 2011]).

В исследовании, проведенном авторами публикации [Rosso *et al.*, 2012], было обнаружено, что 60,9% из 329 отобранных ими людей, страдавших ОКР, пережили хотя бы одно стрессовое жизненное событие в течение 12 месяцев, предшествовавших началу значительной симптоматики ОКР, тогда как 24,9% пережили очень тяжелое жизненное событие. У женщин ОКР развивается с большей вероятностью после стрессового жизненного события, причем вероятность развития данного расстройства увеличивается еще больше, если они пережили очень тяжелое жизненное событие. Такой вывод мог быть сделан под влиянием включения характерных для женского пола (взвешенных по половому признаку) событий вроде аборта или нежелательной беременности в перечень жизненных событий, представленных обследованным лицам для опрашивания. Наличие стрессовых жизненных событий до начала расстройства было связано также с более внезапным началом и развитием соматических обсессий. Важно отметить, что в данном исследова-

нии его участников не спрашивали о значительных *позитивных* жизненных событиях вроде получения новой работы, которые могли бы вызвать стресс косвенным образом (например, через повышение ответственности).

Полезно, может быть, понять влияние прошлых переживаний на развитие расстройства и уязвимость к нему. Это, вероятнее всего, будет способствовать привлечению и продвижению представления о том, что расстройство доступно для понимания, а также предложению конкретных целей для терапевтического вмешательства и переоценки данного расстройства.

1.9. Свидетельства эффективности поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии ОКР

С тех пор, как Мейер впервые описал метод экспозиционной терапии с подавлением реакции (ЭТПР) для лечения ОКР в 1966 году [Meyer, 1966], накопилось немало свидетельств эффективности методов поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии. ЭТПР обычно основывается на привыкании как механизме перемены, а эффект от такой терапии был продемонстрирован в довольно крупных размерах (средней величины $d = 1,18$) по сравнению с другими видами активного лечения вроде обучения релаксации [McKay *et al.*, 2015]. Направляемая психотерапевтом ЭТПР в естественных условиях, усиленная воображаемым воздействием катастрофических последствий, связывается с самыми крупными размерами эффекта [Abramowitz, 1996; McKay *et al.*, 2015]. ЭТПР может также иметь неподкрепляющее основание. Снятие симптомов методом ЭТПР было связано со сменой убеждения в описанных ранее категориях [Whittal *et al.*, 2005]. Метод ЭТПР преобладает в США, где его эффективность была продемонстрирована в нескольких исследованиях. Такая терапия равнозначна или даже превосходит медикаментозное лечение кломипрамином или комплексную терапию (см., например, в [Franklin *et al.*, 2002; McKay *et al.*, 2015]).

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для лечения ОКР развилась из ЭТПР. Такая терапия включает в себя нацеленные когнитивные и поведенческие элементы, в том числе и экспозиционную терапию с подавлением реакции, а следовательно, она в какой-то степени перекрывается с ЭТПР. Однако КПТ отличается средоточием основного внимания на истолкованиях и убеждениях. Результаты исследований показали, что КПТ позволяет добиться несколько больших улучшений и лучших показателей степени излечения, чем ЭТПР [Whittal *et al.*, 2005], хотя в результате относительно недав-

него мета-анализа не было обнаружено никаких существенных отличий КПТ от ЭТПР [Ost *et al.*, 2015].

В отличие от медикаментозного лечения, КПТ предполагает активное участие пациентов. КПТ требует от пациента, страдающего ОКР, регулярно посещать сеансы терапии, проводить эксперименты и выполнять домашние задания между сеансами терапии [Abramowitz *et al.*, 2002]. Результаты исследований показали, что завершение курса КПТ приводит к лучшему исходу и более низкой частоте рецидивов [Simpson *et al.*, 2012; Whittal *et al.*, 2008], но в обычной практике лишь немногие пациенты могут пройти курс лечения, состоящий из 12 еженедельных сеансов терапии, описанных в большинстве клинических испытаний [Manebo *et al.*, 2006]. Более того, частота выбывания из ЭТПР или КПТ может быть высокой, причем в одном исследовании сообщалось, что она составляет 51% [Santana *et al.*, 2013], хотя в среднем она, вероятнее всего, составляет около 15% [Ost *et al.*, 2015].

КПТ стала одной из главных составляющих курса лечения ОКР. Она показала свою эффективность в целом ряде исследований [Nakatani *et al.*, 2005; Olatunji *et al.*, 2013; Simpson *et al.*, 2013]. В ходе мета-анализа размеры ее послелечебного эффекта были оценены величиной показателя Хеджеса $g = 1,39$; а в период последующего клинического наблюдения — величиной того же показателя $g = 0,4$ [Olatunji *et al.*, 2013].

В относительно недавнем систематическом обзоре и мета-анализе КПТ для лечения ОКР было показано, что КПТ позволяет достичь довольно крупных размеров эффекта по сравнению с ожидающими очереди на лечение и принимающими плацебо (величины 1,31 и 1,33 показателя Хеджеса соответственно; [Ost *et al.*, 2015]). КПТ рекомендуется Национальным институтом здравоохранения и усовершенствования клинической практики (National Institute for Clinical Excellence — NICE) в Великобритании в качестве эффективного метода лечения ОКР (см. методические рекомендации CG31 в [NICE guideline CG31, 2005]). И, наконец, улучшения, достигнутые методом ЭТПР или КПТ, остаются, по-видимому, устойчивыми в течение 1–2 лет после курса лечения [McKay *et al.*, 2015].

Лечение, описанное в этой книге, было оценено в рандомизированном контролируемом клиническом испытании, где КПТ, включая и ЭТПР в виде поведенческих экспериментов, сравнивалась непосредственно с ЭТПР на основании привыкания/торможения без явной переоценки и контрольной группы ожидающих очереди на лечение. Полученные результаты указывают на то, что оба сравниваемых активных метода терапии оказались лучше

лечения, которого ожидали другие участники исследования. А по основному показателю исхода лечения, оценивавшемуся наблюдателем по шкале YBOCS, КПТ превзошла ЭТПР, как в конце лечения, так и через 1 год по его окончания. По взаимодействию группы, меры и времени пациенты из группы КПТ добились лучших результатов, чем пациенты из группы ЭТПР, если оценивать их по подшкалам obsessions и compulsions шкалы YBOCS, причем отличия оказались большими при оценке по подшкале obsessions. Другие измерения показали аналогичную закономерность: оба метода терапии проявили себя хорошо, хотя КПТ оказалась лучше.

1.9.1. Факторы, прогнозирующие изменение в КПТ

КПТ оказалась эффективной для лечения всех форм ОКР с некоторыми отклонениями в зависимости от категории симптомов. В частности, пациенты, страдающие obsessions, связанными, с ответственностью за причинение вреда, могут вполне преуспеть в КПТ, тогда как пациенты, страдающие obsessions накопительства, в наименьшей степени поддаются стандартному лечению [Abramowitz *et al.*, 2003; Eisen *et al.*, 2013; Mataix-Cols *et al.*, 2002]. Положительный момент состоит в том, что накопительство больше не определяется как часть ОКР в руководстве DSM-V, и для его лечения теперь применяются специально приспособленные протоколы. В одном исследовании было обнаружено, что людям с насильственными obsessions, особенно трудно принимать участие или подходить к лечению, и эта категория симптомов связывалась с отказом от лечения [Santana *et al.*, 2013]. Однако в литературе отсутствуют согласованные свидетельства последствий такой категории симптомов [Knorr *et al.*, 2013]. В связи с этим было высказано предположение, что наличие obsessions вторичного накопительства может указывать на негативные последствия лечения ОКР. Однако в относительно недавнем исследовании было обнаружено, что это совсем не так [Seaman *et al.*, 2010].

КПТ подходит для снятия всех типов симптомов ОКР, хотя в некоторых клинических испытаниях были продемонстрированы худшие результаты излечения от сексуальных и религиозных obsessions, чем от других подтипов ОКР [Keeley *et al.*, 2008]. Более раннее начало данного расстройства было связано с худшими последствиями в некоторых исследованиях [Jakubovski *et al.*, 2013; Keeley *et al.*, 2008]. Заметным исключением из этого правила является исследование, проведенное авторами публикации [Lomax *et al.*, 2009], которые обнаружили равнозначный результат лечения методом КПТ на основании модели ОКР, предложенной Салковскисом. Авторы данной публикации

предположили, что для более давних жалоб на ОКР могут потребоваться дополнительные сеансы терапии. Большая степень тяжести данного расстройства была связана с худшим результатом лечения, хотя недостаточная гибкость большинства протоколов клинических испытаний препятствует возможности провести больше сеансов терапии или предоставить более интенсивный курс лечения [Keeley *et al.*, 2008].

Коморбидная депрессия, особенно тяжелая депрессия, удовлетворяющая критериям большого депрессивного расстройства, может ослабить реакцию на лечение [Keeley *et al.*, 2008]. О других закономерностях коморбидности известно в намного меньшей степени.

Высокие уровни приспособляемости в семьях, где члены семьи вовлечены в компульсии и избегание, были связаны с худшим результатом лечения. Равным образом, в видах лечения с привлечением членов семьи были достигнуты лучшие результаты [Thompson-Hollands *et al.*, 2014].

Приверженность лечению может подразумевать посещение всех запланированных сеансов терапии, а также участие в этих сеансах и выполнение согласованных домашних заданий. Как показали результаты исследований, прилежное выполнение домашних заданий связано с лучшими результатами в КПТ [Kazantzis *et al.*, 2016], поэтому и не удивительно, что приверженность лечению оказывается связанной с лучшими результатами лечения [Whittal *et al.*, 2005]. Люди, страдающие ОКР, могут испытывать самые разные опасения и препятствия, мешающие их полноценному участию в лечении или его поддержанию [Mansebo *et al.*, 2011]. По улучшению соблюдения режима лечения необходимо провести дополнительные исследования [McKay *et al.*, 2015].

1.9.2. “Соппротивление лечению” при ОКР

По поводу определения понятия “сопротивление лечению” при ОКР не существует явного согласия, несмотря на широкое употребление данного термина. Однако его суть состоит в том, что пациент не отреагировал на несколько попыток эмпирически обоснованного психологического или фармакологического лечения. В относительно недавнем исследовании педиатрической группы пациентов, которые проявили “сопротивление лечению”, было выяснено, что предыдущее лечение оказалось неудовлетворительным в 95% всех случаев, главным образом, из-за недостаточного применения методов экспозиционной терапии [Krebs *et al.*, 2015]. Аналогично, авторы публикации [Stobie *et al.*, 2007] исследовали предыдущий опыт терапии у 57 людей, “с трудом поддающихся лечению” при ОКР. И только 40% из этих людей сообщали-

ли, что курс КПТ был для них удовлетворительным, а для 60% он оказался неудовлетворительным из-за недостаточного применения методов экспозиционной терапии, недостатка домашних заданий и расходования целых сеансов терапии на беседы о детстве.

Результаты подобных исследований показывают, что обозначению пациента как “сопротивляющегося лечению” следует уделить значительное внимание. И это особенно важно, если принять во внимание потенциально благоприятную роль позитивных убеждений у людей, обращающихся за помощью в лечении, а также терапевтического оптимизма у психотерапевтов. Если какой-нибудь пациент, страдающий ОКР, осознает, что его психотерапевт пессимистически смотрит на возможность изменения его психического здоровья к лучшему, то мы считаем, что это в значительной степени передастся пациенту и станет сбывающимся пророчеством.

1.9.3. Медикаментозное лечение и КПТ

Препараты класса СИОЗС рекомендуются в Великобритании институтом NICE в качестве эффективных средств лечения ОКР (см. методические рекомендации CG31 в [NICE guideline CG31, 2005]). Действие таких препаратов повышает количество серотонина как нейромедиатора, доступного в системе головного мозга, и поэтому они применяются для лечения самых разных психологических расстройств, включая депрессию и другие тревожные расстройства. В некоторых исследованиях было обнаружено, что препараты класса СИОЗС производят снижение симптомов, сравнимое с когнитивной и экспозиционной терапией [Abramowitz, 1997]. Хотя не меньше 50–60% всех людей не реагируют на такое медикаментозное лечение [Goodman *et al.*, 1989], а частота рецидивов после прекращения приема этих препаратов оказывается относительно высокой [Fineberg *et al.*, 2013]. В относительно недавно проведенном мета-анализе КПТ проявила себя значительно лучше, чем антидепрессанты, а дополнение антидепрессантами не усилило эффект от КПТ [Ost *et al.*, 2015]. Как правило, препараты класса СИОЗС дают заметный эффект через 2–4 недели их приема, а людям со степенью тяжести ОКР от умеренной до сильной придется продолжить прием этих препаратов в течение хотя бы 12 месяцев (подробнее см. на веб-странице, доступной по адресу <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/obsessive-compulsive-disorder-ocd/treatment/>). В настоящее время в Великобритании прописываются шесть перечисленных ниже препаратов класса СИОЗС.

- Циталопрам (Cipramil)
- Эсциталопрам (Cipralex)
- Флуоксетин (Prozac или Oхactin)
- Флувоксамин (Faverin)
- Пароксетин (Seroxat)
- Сертралин (Lustral)

Для пациентов, с трудом поддающихся лечению ОКР и выявленных как не реагирующих на медикаментозное лечение и КПТ, прием упомянутых выше препаратов рекомендуется дополнить антипсихотическими препаратами. Хотя эффективность такой меры далеко не ясна, особенно в сравнении с КПТ [Matsunaga *et al.*, 2009; Simpson *et al.*, 2013], причем последнее из двух упоминаемых здесь исследований было проведено хорошо и не выявило никаких отличий от приема плацебо, тогда как размер эффекта от КПТ оказался довольно крупным. Относительно недавно авторы публикации [Veale *et al.*, 2014] произвели мета-анализ исследований дополнения медикаментозного лечения ОКР антипсихотическими препаратами. Они обнаружили слабые доказательства эффективности малых доз рisperидона и аripипразола в краткосрочной перспективе, и поэтому они предположили, что эффективность этих антипсихотических препаратов необходимо отслеживать в течение 4 недель. Они не обнаружили также никаких свидетельств эффективности любых других антипсихотических препаратов.

1.9.4. Обращение за помощью в лечении ОКР

Частота обращений за помощью в лечении ОКР оказывается низкой, как для психологических, так и для фармакологических видов вмешательства. Лишь 28% людей, опрошенных в одном британском исследовании, вообще обращались за помощью в лечении ОКР [Pollard *et al.*, 1989]. За последний год люди с серьезными симптомами ОКР (30,9%) принимали лечение с большей вероятностью, чем люди с умеренными симптомами (2,9%). В относительно недавнем обзоре закономерностей в обращении за помощью в лечении ОКР было обнаружено, что частота подобных обращений в течение жизни составляет 0–41% [Schwartz *et al.*, 2013]. В отчете ВОЗ сообщается о проведении в 37 странах мира исследований, где было обнаружено, перерыв в лечении ОКР составил в среднем 57,3%. Это означает, что именно такое число людей не получило лечение. В глобальном масштабе такая цифра, вероятнее, всего будет еще больше, поскольку ВОЗ не удалось получить соответствующие

данные из развивающихся страх, где услуг лечения ОКР, вероятнее всего, не достает [Kohn *et al.*, 2004].

Исследователи неизменно обнаруживали, что обращение за помощью в лечении ОКР нередко задерживается на целый ряд лет после начала данного расстройства, а в среднем такая задержка находится (по результатам разных исследований) в пределах от 8 до 17 лет [Pigott, 2004; Stobie *et al.*, 2007]. Однако в относительно недавнем исследовании было выявлено, что такая задержка составляет в среднем 3,28 года при стандартном отклонении 4,25 года [Belloch *et al.*, 2009]. Эти данные позволяют предположить, что задержка от начала данного расстройства до обращения за помощью в его лечении может сокращаться. И хотя более молодые люди с большей вероятностью обращаются за помощью в лечении ОКР [Cullen *et al.*, 2008; Goodwin *et al.*, 2002; Levy *et al.*, 2013], люди с более ранним началом ОКР могут позднее обращаться за помощью в таком лечении [Stengler *et al.*, 2013], вероятно, потому, что они рассматривают данное расстройство как составную часть стержня своей личности, а не отдельную трудность, сопоставимую с другими факторами.

Еще одна вероятная причина заключается в том, что люди, страдающие ОКР, а также окружающие их люди могут не осознавать свои симптомы как часть расстройства до тех пор, пока эти симптомы не разовьются в значительной степени [Coles and Coleman, 2010]. Личная оценка людьми их мыслей как “плохих” или “сумасбродных” может привести к тому, что они будут скрывать симптомы расстройства из-за боязни выносить свое суждение или давать переоценку своего психического состояния [Belloch *et al.*, 2009; Newth and Rachman, 2001].

Другие задержки могут быть обусловлены диагнозом для надлежащего лечения [Stobie *et al.*, 2007; Torres *et al.*, 2006]. Авторы публикации [Wahl *et al.*, 2010] обнаружили, что лишь 28% пациентам из амбулаторной выборки, которых исследователи отобрали и подтвердили у них наличие ОКР, был поставлен такой диагноз их консультантом. В исследовании методом виньеток было высказано предположение, что профессиональные ошибки в выявлении ОКР могут быть весьма распространены [Glazier *et al.*, 2013]. Авторы публикации [Torres *et al.*, 2006] сообщили, что только 5% выбранных из сообщества людей с симптомами ОКР прошли курс КПТ.

Относительно недавно качественное исследование с помощью углубленных, индивидуальных, полуструктурированных собеседований было проведено исследователем, лично пережившим ОКР и его лечение методом тематического анализа КПТ, чтобы выявить предпосылки и препятствия для

обращения за помощью в лечении ОКР [Robinson *et al.*, 2016]. В итоге были выявлены следующие препятствия: клеймо позора, “внутренние или когнитивные” факторы, незнание, в чем состояло расстройство, факторы, связанные с лечащим врачом или лечением, а также боязнь обвинения в преступлении. Положительные предпосылки оказались такими: моральная поддержка в обращении за помощью в лечении, информированность и личные свидетельства ОКР в средствах массовой информации, а также доверие к лечащему врачу. А отрицательные предпосылки, которые оказались более важными, чем положительные предпосылки, были следующими: достижение критического момента, а для некоторых участников исследования, чьи навязчивые мысли были о причинении вреда детям, — побуждение обратиться за помощью в лечении из-за самого характера навязчивых мыслей, т.е. обратиться за помощью, чтобы предотвратить “вред”, возможности причинить который они так боялись.

1.10. Основные положения клинической практики

Ниже перечислены основные положения, характерные для клинической практики лечения ОКР.

- Навязчивые мысли всех описываемых видов — нормальное явление.
- Оценка появления и содержания мыслей приводит в действие эмоциональные и поведенческие реакции, обнаруживаемые при ОКР.
- Убеждения, касающиеся ответственности и восприятия угрозы, действуют как факторы уязвимости.
- КПТ может быть пригодна для лечения всех форм ОКР.
- “Соппротивление лечению” может отражать неудовлетворительное лечение, а следовательно, может потребоваться больше сеансов терапии или более качественные ее сеансы.
- Привлечение членов семьи может оказать помощь в достижении положительных результатов лечения.

Библиографические ссылки

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior*

Therapy, 27(4), 583–600. идентификатор цифрового объекта (ИЦО): [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80045-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80045-1).

- Abramowitz, J. S.** (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 44–52.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M.** (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049–1057.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & DiBernardo, C. L.** (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 26(4), 447–463.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D.** (2010a). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179(2), 204–211. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.008>.
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., & Mataix-Cols, D.** (2010b). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 193–200. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.004>.
- Albert, U., Salvi, V., Saracco, P., Bogetto, F., & Maina, G.** (2007). Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy. *Psychiatric Services*, 58(7), 970–976. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.58.7.970>.
- Alonso, P., Segalas, C., Real, E., et al.** (2010). Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 300–308. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.001>.
- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H.-U., & Wittmund, B.** (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 278–285. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1177/002076400606067186>.

- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., et al.** (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(3), 156–164. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-004-0459-4>.
- Arnold, L. M.** (1999). A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 1(4), 103–108.
- Arntz, A., Rauner, M., & van den Hout, M.** (1995). 'If I feel anxious, there must be danger': Ex-consequencia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 917–925. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2895%2900032-S>.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C.** (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 425–435. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.016>.
- Barrera, T. L., & Norton, P. J.** (2011). The appraisal of intrusive thoughts in relation to obsessional-compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 98–110. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2010.545072>.
- Beck, A. T.** (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, Penguin, стр. 356.
- Belloch, A., del Valle, G., Morillo, C., Carrio, C., & Cabedo, E.** (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 257–264. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0423-0>.
- Black, D. W., Gaffney, G., Schlosser, S., & Gabel, J.** (1998). The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: Preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 440–442.
- Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A., & Bousoco, M.** (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239–245. ИЦО: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00571-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00571-5).
- Bolton, D., Eley, T. C., O'Connor, T. G., et al.** (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36(3), 335–344.

- Bolton, D., Rijdsdijk, F., O'Connor, T. G., Perrin, S., & Eley, T. C. (2007).** Obsessive-compulsive disorder, tics and anxiety in 6-year old twins. *Psychological Medicine*, 37(1), 39–48.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., & Martin, A. (2013).** The relationships between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 85, 133–135. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-013-9278-y>.
- Calleo, J. S., Hart, J., Bjorgvinsson, T., & Stanley, M. A. (2010).** Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 903–908. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.015>.
- Cicek, E., Cicek, I. E., Kayhan, F., Uguz, F., & Kaya, N. (2013).** Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 253–258. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.004>.
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010).** Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27(1), 63–71. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20620>.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003).** 'Not just right experiences': Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681–700. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2802%2900044-X>.
- Coles, M. E., Hart, A. S., & Schofield, C. A. (2012).** Initial data characterizing the progression from obsessions and compulsions to full-blown obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 685–693. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-011-9404-9>.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005).** Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 153–167. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.002>.
- Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995).** Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 665–671. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2894%2900095-2>.
- Cottraux, J., & Gerard, D. (1998).** Neuroimaging and neuroanatomical issues in obsessive-compulsive disorder: Toward an integrative model — perceived

- impulsivity. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive Disorder: Theory, research, and treatment*. (стр. 154–180).
- Cogle, J. R., Salkovskis, P. M., & Wahl, K.** (2007). Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive- compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 118–130. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.015>.
- Cullen, B., Samuels, J. F., Pinto, A., et al.** (2008). Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive- compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25(3), 218–224. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20293>.
- 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), 783–788. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.005>.
- de Silva, P., & Marks, M.** (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive- compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941–951. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2898%2900185-5>.
- Dell’Osso, B., Benatti, B., Buoli, M., et al.** (2013). The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive- compulsive disorder: A report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *European Neuropsychopharmacology*, 23(8), 865–871. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.05.004>.
- Ecker, W., & Engelkamp, J.** (1995). Memory for actions in obsessive- compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 349–371. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465800016477>.
- Edwards, S., & Salkovskis, P. M.** (2006). An experimental demonstration that fear, but not disgust, is associated with return of fear in phobias. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 58–71. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.11.007>.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G.** (2004). Role of magical thinking in obsessive-compulsive symptoms in an undergraduate sample. *Depression and Anxiety*, 19(3), 174–9. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20005>.

- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., et al.** (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270–275. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.11.006>.
- Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., et al.** (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: Predictors of remission and relapse. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(3), 233–239. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m07657>.
- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R.** (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 945–960.
- Enright, S.** (1996). Obsessive compulsive disorder as a schizotype. In R. Rapee (Ed.), *Controversies in the Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
- Fernandez, C. E., & Lypez-Ibor, A. J.** (1967). [Use of monochlorimipramine in psychiatric patients who are resistant to other therapy]. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia y Psiquiatria*, 26(2), 119–147.
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Brown, A., & Pampaloni, I.** (2013). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatment and beyond. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 121–141. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867412461958>.
- Finlay-Jones, R., & Brown, G. W.** (1981). Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11(4), 803–815.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J.** (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 90–96.
- Fontenelle, I. S., Fontenelle, L. F., Borges, M. C., et al.** (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 179(2), 198–203. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.005>.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Jr., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C.** (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 162–168.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F.** (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29(6), 585–597. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2891%2990008-Q>.

- Giele, C. L., van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Dek, E. C., & Hofmeijer, F. K.** (2012). Obsessive-compulsive-like reasoning makes an unlikely catastrophe more credible. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 293–297. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.012>.
- Glazier, K., Calixte, R. M., Rothschild, R., & Pinto, A.** (2013). High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 201–9.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Delgado, P. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S.** (1989). Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with placebo. *Archives of General Psychiatry*, 46(1), 36–44. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810010038006>.
- Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E.** (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 143–149. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x>.
- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Spitzer, C., et al.** (2008). Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*, 41(2), 129–134. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1159/000112029>.
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R.** (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 41, 2495–2506. ИЦО: 10.1017/S0033291711000894.
- Gross, R., Sasson, Y., Chorpа, M., & Zohar, J.** (1998). Biological models of obsessive-compulsive disorder. In: R. Swinson, M. Antony, S. Rachman and M. Richter (eds). *Obsessive-compulsive Disorder: Theory, research, and treatment*. New York, Guilford (срр. 141–153).
- Grover, S., & Dutt, A.** (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5), 416–422. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02240.x>.
- Hanna, G. L., Fischer, D. J., Chadha, K. R., Himle, J. A., & Van Etten, M.** (2005). Familial and sporadic subtypes of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 57(8), 895–900. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.12.022>.

- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P.** (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 383–401. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2802%2900015-3>.
- Huppert, J. D., Simpson, H., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B.** (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39–45. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20506>.
- Iervolino, A. C., Rijdsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., & Mataix-Cols, D.** (2011). A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 637–644. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.54>.
- Jakubovski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., et al.** (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 30(8), 763–772. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.22013>.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C.** (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1205–1216. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.019>.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M.** (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094–1099. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006>.
- Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J., & Hofmann, S. G.** (2016). Quantity and quality of homework compliance: A meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 45, 755–772. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.002>.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R.** (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 118–1130. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.003>.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., et al.** (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in

women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 374–383.

Kichuk, S. A., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., et al. (2013). Symptom dimensions are associated with age of onset and clinical course of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 44, 233–239. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.02.003>.

Knopp, J., Knowles, S., Bee, P., Lovell, K., & Bower, P. (2013). A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1067–1081. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.008>.

Kobori, O., & Salkovskis, P. M. (2013). Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 1–21. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465812000665>.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.

Krebs, G., Isomura, K., Lang, K., et al. (2015). How resistant is ‘treatment-resistant’ obsessive-compulsive disorder in youth? *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 63–75. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12061>.

Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., et al. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 937–946. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2895%2900024-R>.

Laidlaw, T. M., Falloon, I. R., Barnfather, D., & Coverdale, J. H. (1999). The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Community Mental Health Journal*, 35(5), 443–450. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018734528606>.

Lam, D. C. K., & Salkovskis, P. M. (2007). An experimental investigation of the impact of biological and psychological causal explanations on anxious and depressed patients’ perception of a person with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 405–411.

- Lam, D. C. K., Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C.** (2005). An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of 'mental illness'. *Journal of Mental Health, 14*(5), 453–464.
- Levy, H. C., McLean, C. P., Yadin, E., & Foa, E. B.** (2013). Characteristics of individuals seeking treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 44*(3), 408–416. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.007>.
- Lilienfeld, S. O., Sauvigné, K. C., Lynn, S. J., Cautin, R. L., Litzman, R. D., & Waldman, I. D.** (2015). Fifty psychological and psychiatric terms to avoid: A list of inaccurate, misleading, misused, ambiguous, and logically confused words and phrases. *Frontiers in Psychology, 6*, 1–15.
- Lin, P.-Y.** (2007). Meta-analysis of the association of serotonin transporter genepolymorphism with obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 31*(3), 683–689. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.12.024>.
- Liu, S., Yin, Y., Wang, Z., Zhang, X., & Ma, X.** (2013). Association study between MAO-A gene promoter VNTR polymorphisms and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(4), 435–437. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.005>.
- Lomax, C. L., Oldfield, V. B., & Salkovskis, P. M.** (2009). Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(2), 99–104. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.015>.
- MacDonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M., & Richter, M. A.** (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy, 35*(6), 497–505. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2897%2900013-2>.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pinto, A., Greenberg, B. D., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A.** (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Treatments received and patient impressions of improvement. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(11), 1713–1720. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n1107>.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A.** (2011). Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behavior*

Therapy, 42(3), 399–412. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.10.002>.

Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2640–51. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.06.012>.

Markowitz, L. J., & Purdon, C. (2008). Predictors and consequences of suppressing obsessional thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 179–192. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465807003992>.

Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>.

Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., et al. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 556–572. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20693>.

Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(5), 255–262. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1159/000064812>.

Matsunaga, H., Hayashida, K., Kiriike, N., Maebayashi, K., & Stein, D. J. (2010). The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 180(1), 25–29. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.005>.

Matsunaga, H., Nagata, T., Hayashida, K., Ohya, K., Kiriike, N., & Stein, D. J. (2009). A long-term trial of the effectiveness and safety of atypical antipsychotic agents in augmenting SSRI- refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(6), 863–868. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04369>.

McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 53–59. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.09.005>.

- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., et al.** (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 236–246. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>.
- McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A.** (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 249–253. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2893%2990023-N>.
- Metzner, R.** (1963). Some experimental analogues of obsession. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 231–236.
- Meyer, V.** (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(1–2), 273–280. ИЦО: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90083-0](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(66)90083-0).
- Middeldorp, C., Cath, D., Van Dyck, R., & Boomsma, D.** (2005). The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: A review of twin and family studies. *Psychological Medicine*, 35(5), 611–624. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170400412X>.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., et al.** (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: Influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79(1–3), 241–246. ИЦО: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00351-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00351-8).
- Moritz, S., Ruhe, C., Jelinek, L., & Naber, D.** (2009). No deficits in nonverbal memory, metamemory and internal as well as external source memory in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 308–315. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.004>.
- Moritz, S., Von Muhlenen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, L.** (2009). Evidence for an attentional bias for washing- and checking-relevant stimuli in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(3), 365–371. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617709090511>.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A.** (2009). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 132–142. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.132>.
- Nacasch, N., Fostick, L., & Zohar, J.** (2011). High prevalence of obsessive-compulsive disorder among posttraumatic stress disorder patients. *European*

- Neuropsychopharmacology*, 21(12), 876–879. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.03.007>.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., et al.** (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder: Effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 269–276. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1159/000086317>.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J.** (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1071–1086.
- Nestadt, G., Bienvenu, O., Cai, G., Samuels, J., & Eaton, W. W.** (1998). Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 401–406. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199807000-00003>.
- Newth, S., & Rachman, S.** (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 457–464. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2800%2900006-1>.
- Neziroglu, F., Anemone, R., & Yaryura-Tobias, J. A.** (1992). Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 947–950.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F.** (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A.** (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33–41. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>.
- Ost, L. G., Havnun, A., Hansen, B., & Kvale, G.** (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>.
- Parrish, C. L., & Radomsky, A. S.** (2006). An experimental investigation of responsibility and reassurance: Relationships with compulsive checking. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(2), 174–191. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100775>.

- Parrish, C. L., & Radomsky, A. S.** (2010). Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 211–222. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.10.010>.
- Parrish, C. L., & Radomsky, A. S.** (2011). An experimental investigation of factors involved in excessive reassurance seeking: The effects of perceived threat, responsibility and ambiguity on compulsive urges and anxiety. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2(1), 44–62. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.5127/jep.011110>.
- Pauls, D. L.** (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder: A review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 149–163.
- Pauls, D. L., & Alsobrook, J. P.** (1999). The inheritance of obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 481–496.
- Pertusa, A., Frost, R. O., & Mataix-Cols, D.** (2010). When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1012–1020. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.003>.
- Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E.** (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: Behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40(3), 251–259. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.06.003>.
- Pigott, T. A.** (2004). OCD. *CNS Spectrums*, 9(9), 14–16.
- Pollard, C., Henderson, J., Frank, M., & Margolis, R. B.** (1989). Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 3(3), 131–138. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185%2889%2990007-8>.
- Purdon, C.** (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy*, 32(1), 47–64. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894%2801%2980043-5>.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M. M.** (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 93–108. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.11.007>.

- Rachman, S.** (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9(3), 229–235. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2871%2990008-8>.
- Rachman, S.** (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793–802. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2897%2900040-5>.
- Rachman, S.** (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385–401. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2897%2910041-9>.
- Rachman, S., & de Silva, P.** (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2878%2990022-0>.
- Rachman, S., Coughtrey, A., Shafran, R., & Radomsky, A.** (2015). *Oxford Guide to the Treatment of Mental Contamination*. New York, NY: Oxford University Press.
- Rachman, S., Hodgson, R., & Marks, I.** (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9(3), 237–247. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2871%2990009-X>.
- Rachman, S.J & Hodgson, R.J.** (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S.** (1999). Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 37(7), 605–618. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2898%2900151-X>.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., et al.** (2014). Part 1 — You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 269–279. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.002>.
- Rapoport JL, Shaw P.** (2008). Obsessive-compulsive disorder. In: Rutter M, Taylor E, Bishop D, et al. (eds.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th edn. Oxford, Blackwell Publishing, стр. 841–857.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L.** (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2, Suppl), 10–13.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L.** (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743–758.

- Rea, E., Labad, J., Alonso, P., et al.** (2011). Stressful life events at onset of obsessive-compulsive disorder are associated with a distinct clinical pattern. *Depression and Anxiety*, 28(5), 367–376. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20792>.
- Rimes, K. A., & Salkovskis, P. M.** (1998). Psychological effects of genetic testing for psychological disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(1), 29–42.
- Robinson, K. J., Rose, D., Salkovskis, P. M.** (2016). Seeking help for obsessive compulsive disorder (OCD): A qualitative study of the enablers and barriers conducted by a researchers with personal experience of OCD. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 2017. ИЦО: 10.1111/papt.12090.
- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluza, V., et al.** (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1286–1292. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.019>.
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G.** (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: Clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197(3), 259–264. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005>.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M.** (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1453–1455. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.003>.
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R.** (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
- Salkovskis, P., Shafraan, R., Rachman, S., & Freeston, M. H.** (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1055–1072.
- Salkovskis, P. M.** (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- Salkovskis, P. M.** (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems [comment/reply]. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682.

- Salkovskis, P. M.** (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6–19.
- Salkovskis, P. M.** (1997). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. In S. Rachman (Ed.), *Best of Behavior Research and Therapy* (стр. 29– 41). Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- Salkovskis, P. M.** (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl 1), S29–S52.
- Salkovskis, P. M.** (Ed.). (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J.** (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549–52.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J.** (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical guide* (стр. 129–168). New York, NY: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., & Kobori, O.** (2015). Reassuringly calm? Self-reported patterns of responses to reassurance seeking in obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Part B), 203–208. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.09.002>.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D.** (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27(2), 149–160.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., et al.** (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: An experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 211–219.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., et al.** (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347–372.
- Salkovskis, P.M., Wahl, K., Millar J., & Gregory, J.** (2017). The termination of checking and the role of just right feelings: A study of obsessional checkers compared with anxious and non-clinical controls. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, epub ahead of print: <https://doi.org/10.1017/S135246581600031X>.

- Santana, L., Fontenelle, J. M., Yucel, M., & Fontenelle, L. F.** (2013). Rates and correlates of nonadherence to treatment in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(1), 42–53. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000426326.49396.97>.
- Savage, C. R., Keuthen, N. J., Jenike, M. A., et al.** (1996). Recall and recognition memory in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8(1), 99–103.
- Schwartz, C., Schlegl, S., Katrin Kuelz, A., & Voderholzer, U.** (2013). Treatment-seeking in OCD community cases and psychological treatment actually provided to treatment-seeking patients: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*, 2, 448–456. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.10.006>.
- Seaman, C., Oldfield, V. B., Gordon, O., Forrester, E., & Salkovskis, P. M.** (2010). The impact of symptomatic hoarding in OCD and its treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 157–171. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465809990695>.
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S.** (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–91. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185%2896%2900018-7>.
- Sher, K. J., Frost, R. O., & Otto, R.** (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357–363.
- Simpson, H., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., et al.** (2013). Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1190–1199. ИЦО: [10.1001/jamapsychiatry.2013.1932](http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1932).
- Simpson, H. B., Marcus, S. M., Zuckoff, A., Franklin, M., & Foa, E. B.** (2012). Patient adherence to cognitive-behavioral therapy predicts long-term outcome in obsessive-compulsive disorder [Letter]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 1265–1266. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12107879>.
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., et al.** (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 730–739. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366%2816%2930069-4>.
- Srivastava, S., Bhatia, M., Thawani, R., & Jhanjee, A.** (2011). Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: A longitudinal study from

India. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(3), 178–182. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2011.05.008>.

Steketee, G. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory — part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1527–1542. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>.

Steketee, G., & Foa, E. B. (1985). Obsessive-compulsive disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual* (стр. 69–144). New York, NY: Guilford Press; US.

Steketee, G., Frost, R., Bhar, S., et al. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 863–78. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2802%2900099-2>.

Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 525–537. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185%2898%2900030-9>.

Stengler, K., Olbrich, S., Heider, D., Dietrich, S., Riedel-Heller, S., & Jahn, I. (2013). Mental health treatment seeking among patients with OCD: Impact of age of onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 813–819. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0544-3>.

Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006a). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 523–527. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.compsych.2006.02.002>.

Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006b). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 662–668. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0077-8>.

Stewart, S., Beresin, C., Haddad, S., Stack, D. E., Fama, J., & Jenike, M. (2008). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 65–70.

Stewart, S., Yu, D., Scharf, J., et al. (2013). Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 18(7), 788–798. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2012.85>.

Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P. M. (2007). ‘Contents may vary’: A pilot study of treatment histories of OCD patients.

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35(3), 273–282. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S135246580700358X>.

- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A.** (2012). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2035–2043. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0507-8>.
- Swedo, S. E., Pietrini, P., Leonard, H. L., et al.** (1992). Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder: Revisualization during pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 49(9), 690–694.
- Tallis, F., Pratt, P., & Jamani, N.** (1999). Obsessive compulsive disorder, checking, and nonverbal memory: A neuropsychological investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 37(2), 161–6. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2898%2900075-8>.
- Taylor, S.** (2011). Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1361–1372. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.008>.
- Taylor, S.** (2013). Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular Psychiatry*, 18(7), 799–805.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D.** (2005). Are there interactions among dysfunctional beliefs in obsessive compulsive disorder? *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(2), 89–98.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., et al.** (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 85–97. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.11.005>.
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S.** (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A metaanalysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287–298. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036709>.
- Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B., & Abramowitz, J.** (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 151–164. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.151>.

- Toates, F.** (1995). Cognition and evolution: An organization of action perspective. *Behavioural Processes*, 35(1–3), 239–250. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0376-6357%2895%2900058-5>.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N., Street, G. P., & Foa, E. B.** (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 913–927.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B.** (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233–242.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S.** (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 505–517.
- Tolin, D. F., Brady, R. E., & Hannan, S.** (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(1), 31–42. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-007-9076-7>.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N.** (2006). Are 'obsessive' beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 469–480. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.007>.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., et al.** (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978–1985.
- Torres, A. R., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., & Miguel, E. C.** (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 17–26. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.09m05651blu>.
- Trzaskowski, M., Zavos, H. M., Haworth, C. M., Plomin, R., & Eley, T. C.** (2012). Stable genetic influence on anxiety-related behaviours across middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 85–94. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9545-z>.
- van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I.** (2007). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in

- adults: A populationbased twin-family study. *Psychological Medicine*, 37(11), 1635–1644. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707000980>.
- Veale, D., Miles, S., Smallcombe, N., Ghezai, H., Goldacre, B., & Hodsoll, J.** (2014). Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 317.
- Verwoerd, J., de Jong, P. J., Wessel, I., & van Hout, W. J.** (2013). 'If I feel disgusted, I must be getting ill': Emotional reasoning in the context of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 122–127. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.005>.
- Wahl, K., Kordon, A., Kuelz, K., Voderholzer, U., Hohagen, F., & Zurowski, B.** (2010). Obsessive-compulsive disorder (OCD) is still an unrecognised disorder: A study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *European Psychiatry*, 25(7), 374–377. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.12.003>.
- Wahl, K., Salkovskis, P. M., & Cotter, I.** (2008). 'I wash until it feels right': the phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 143–161.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M.** (1990). Unwanted erections in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 919–921.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., et al.** (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3, Suppl), 5–10.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R.** (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 949–954. ИЦО: [10.1016/j.brat.2010.05.027](http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.027).
- Whittal, M. L., Robichaud, M., Thordarson, D. S., & McLean, P. D.** (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1003–1014. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1037/a00130>.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D.** (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559–76. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.012>.

- Woods, C. M., Vevea, J. L., Chambless, D. L., & Bayen, U. J.** (2002). Are compulsive checkers impaired in memory? A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 353–366. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.4.353>.
- Wolpe J.** (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press, стр. 239.
- World Health Organization** (2014). *The ICD- 10 Classification of Diseases and Related Health Problems*, (10th revision). Apps who.int/classifications/icd10/browse/ 2014/en#/F42.

Глава 2

Оценивание ОКР при встрече с пациентом

В этой главе описывается процедура оценивания психического состояния пациента на предмет ОКР. В последующих разделах поясняется порядок соответствующих действий психотерапевта.

2.1. Оценивание приводит к пониманию: приготовление

Для оценивания самое главное — не занимать своего клиента или пациента, а заниматься им. Процесс оценивания всегда проходит в два этапа: психотерапевт оценивает людей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), а они оценивают его. Пациент, страдающий ОКР, нередко проходит долгий и трудный путь до момента встречи с психотерапевтом, и зачастую он полон сомнений и опасений по поводу возможностей терапии и того, как с этим справится психотерапевт. При оценивании мы, как правило, сразу же просим людей поделиться их самыми глубокими сомнениями и опасениями при встрече с нами как совершенно незнакомыми им людьми. И самое удивительное, что они нередко делают это еще на самых ранних стадиях терапии. Но именно психотерапевт должен сделать все возможное, чтобы это происходило легко и безобидно. Ради достижения наибольшей эффективности терапии должна быть создана атмосфера взаимного доверия, и это начинается с процесса, который психотерапевты называют оцениванием, а точнее сказать — началом обмена информацией. Частью этого процесса является приглашение пациента, страдающего ОКР, поделиться с психотерапевтом историей своего недуга.

Процесс оценивания неплохо бы начать, договорившись о порядке общения и обменявшись сначала предпочтительными именами. Когда психотерапевт представляется пациенту, он может, если требуется, поделиться с пациентом сведениями о своей подготовке, квалификации и практическом опыте, организации контроля его деятельности и т.д. На данной стадии очень полезно предложить пациенту, проходящему оценивание, задавать любые вопро-

сы. Если пациент кажется смущенным, а большинство людей тревожатся по поводу первой встречи с психотерапевтом, то психотерапевту следует спросить пациента, что он может сделать или рассказать ему об оценивании, чтобы он почувствовал себя более удобно. Психотерапевт должен подготовить почву, указав, что именно должно произойти на сеансе терапии.

Таким образом, с оценивания начинается процесс привлечения пациента к терапии и формирования совместного характера работы с явной целью выработать у пациента ясное понимание его затруднений, включая обсессивные вопросы, но, не обязательно ограничиваясь ими, а также с целью заложить прочное основание для когнитивно-поведенческой терапии ОКР. Иными словами, оценивание *служит* началом лечения. Независимо от уровня вашей квалификации как психотерапевта, для вас существенно быть хорошо осведомленным в ОКР, его контекстах и причинах, а также ясно понимать, насколько трудно пациенту жить с таким расстройством.

В некоторых случаях люди будут поначалу рассказывать вам подробно о своих трудностях. Они могут не осмысливать свои трудности как ОКР или даже находить рискованным делать это. Люди, страдающие ОКР, могли пережить в прошлом негативные реакции других людей, когда они раскрывали им свои трудности. Такие реакции могли выражаться в пренебрежении, непонимании, насмешке над их трудностями или даже потрясении от описанных ими конкретных обсессий. В результате своих убеждений и/или переживаний люди могут проявлять особую чувствительность к вашим реакциям. Следовательно, после того, как вы установите, что затруднение пациента состоит в ОКР, общая цель первоначальной встречи с ним — дать ему почувствовать, что его трудности серьезны, но понятны и излечимы. Еще одна цель оценивания состоит в том, чтобы получить общее клиническое представление о жалобах пациента на основное расстройство, его коморбидности, контекстных факторах, относящихся к данному расстройству, а также о других факторах, которые могут оказывать влияние на способность пациента принять участие в лечении. Получение ясного представления о запасах жизненных сил, средств и стойкости пациента, помогает также достижению обеих упомянутых целей. Вам требуется распознать пациента и его трудности.

При тщательном оценивании полезно начать с расспросов о *главном затруднении*, которое привело пациента к терапии. Нередко, хотя и не всегда, это затруднение выражается в доставляющих наибольшие хлопоты *обсессиях, сомнениях, образах или ощущениях*, а также связанных с ними компульсиях, как наблюдаемых, так и скрытых. Полезно расспросить пациента о местах

и видах деятельности, которых он избегает или в которых он затрудняется, а также составить представление о влиянии данного затруднения на весь спектр функционирования пациента в настоящий момент. Это даст вам возможность приступить к составлению общего представления о жизни пациента и его трудностях в данном контексте, а также о том, что он может и чего он не может или же способен делать ограниченно. Структурированные собеседования и опросники помогут вам собрать подобные сведения, хотя польза от них не всегда оказывается очевидной на столь ранней стадии установления взаимоотношений с пациентом. Ниже приведены примеры начальных вопросов, которые могут быть заданы клиенту на данной стадии.

“Могли бы вы пояснить мне своими словами, что привело вас сюда сегодня?”

“Каким образом данное затруднение оказывает влияние на то, что вы можете и чего не можете делать?”

”Могли бы вы описать мне свой обычный день и как у вас проявляется ОКР? Какой бы подходящий день вы для этого выбрали?”

Навязчивые мысли. Иногда люди ясно осознают, что мысли беспокоят их. Если они боятся заразиться или подхватить болезнь, они могут рассказать о том, чего они опасаются и боятся, а не обсуждать свои мысли как таковые. Трудности, испытываемые порой при оценивании, возникают в том случае, когда сущность навязчивых мыслей неясна. В подобных случаях люди нередко могут называть их “своими мыслями”, делая это неоднократно в приемной психотерапевта, но, не указывая, в чем, собственно, они состоят. Обычно нежелание описывать навязчивые мысли объясняется конкретными убеждениями людей в том, что могло бы случиться, если бы они описали свои мысли. Например, психотерапевт может подумать, что они сошли с ума или с ними что-то неладно и рассмеется, а если высказать мысли вслух, то они усугубятся и, вероятнее всего, наступят внушающие страх последствия, и т.д. Чтобы выявить подобные факторы психотерапевт должен явно показать пациенту, насколько он его понимает, как показано в приведенном ниже примере.

“Многим людям с такого рода расстройством трудно вспомнить, о чем, собственно, их мысли. И зачастую это происходит потому, что они думают, что делать это рискованно, или находят мысли неудобными, устрашающими или смущающими. Приходила ли вам такая идея когда-нибудь в голову?... Что, на ваш взгляд, самое худшее случилось бы, если бы вы поведали мне свои мысли?”

Нередко, может быть, полезно нормализовать тип мыслей, приведя клинические примеры, которые психотерапевт считает похожими на те, что испытывает пациент. В приведенном ниже примере диалога наглядно показано, как это можно сделать на практике.

УОЛТЕР: Меня посещают некоторые мысли, которые очень меня беспокоят.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это мысли о чем-то таком ужасном, что может случиться?

УОЛТЕР: Ну, что-то вроде того. Я не могу об этом говорить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Похоже, что такие мысли очень вас огорчают, и поэтому вам трудно о них говорить. Такое бывает часто, когда очень трудно обсуждать мысли, которые особенно огорчительны. Зачастую люди обращаются ко мне по поводу мыслей, о которых они не рассказывали даже членам своей семьи, поскольку такие мысли кажутся им ужасными. Удавалось ли вам когда-нибудь поведать кому-нибудь подобные мысли?

УОЛТЕР: Нет. Это очень трудно. Есть ли на самом деле такие мысли, о которых другие люди не могут говорить?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, есть. Зачастую людям проще всего рассказать мне сначала, почему им трудно поведать свои мысли. Разумеется, есть немало такого, о чем трудно говорить. Например, людей иногда беспокоит, что я подумаю, будто они сошли с ума или с ними что-то неладно. А порой сами мысли смущают или люди думают, что я буду ими потрясен. Что самое худшее для вас в подобных мыслях?

УОЛТЕР: Меня очень беспокоит, что вы подумаете, будто со мной что-то неладно, и заключите меня в сумасшедший дом. Ведь мои мысли настолько скверны. Я не думаю, что столь скверные мысли посещают кого-нибудь еще. И вы могли бы подумать, что я опасен.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Помогло бы вам, если бы я рассказал вам о некоторых беспокойных мыслях, посещающих других людей?

Здесь психотерапевт мог бы привести некоторые примеры типов мыслей, испытанных людьми в клинических и неклинических условиях (см., например, в [Rachman and de Silva, 1978]). При этом следует подчеркнуть их чуждость для человека, которого они посещают, представив идею о важности смыслового значения мыслей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О подобных мыслях важно помнить следующее: людям, которых больше всего огорчает конкретная мысль, труднее всего пережить

ее. Так, если у вас строгие религиозные убеждения, богохульные мысли, вероятнее всего, огорчат вас. А если вы очень мягкий человек, вас огорчат мысли и побуждения к насилию. Подумайте о тех, кто намеренно ввязывается часто в драку. Считаете ли вы, что насильственные мысли огорчают таких людей?

УОЛТЕР: Нет, я понимаю, что вы имеете в виду. Но огородили бы вы чьих-то детей от них самих, если бы у них были мысли сделать со своими детьми что-нибудь ужасное?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Одна из самых важных особенностей подобного рода мыслей состоит в том огорчении, которое они приносят человеку. Как ни странно, такие мысли очень часто появляются потому, что вы стараетесь изо всех сил не иметь их. Могли бы вы прямо сейчас *не* думать о жирафе. (Пауза) Что бы тогда произошло?

УОЛТЕР: Я бы мысленно представил себе жирафа!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Именно это и происходит с мыслью, которая не приносит огорчение, когда вы стараетесь не иметь ее. Если же мысль приносит огорчение, то наступает нечто больше, чем это. Не имело бы смысл огородить чьих-то детей от них самих потому, что они пытались не думать о причинении вреда своим детям?

УОЛТЕР: Именно это я и делаю. Я действительно стараюсь изо всех сил не иметь подобных мыслей, а они просто не перестают приходить. И тогда я стараюсь искоренить их, хотя сделать это очень трудно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если вы думаете о том, что вы только что сделали с мыслью о жирафе, то что это говорит вам о том, почему она не перестает приходить?

Вместе того чтобы теряться непосредственно в догадках, обычно лучше выявить и обсудить опасения по поводу раскрытия обсессивных мыслей, используя пример, имеющие некоторое сходство с собственными трудностями пациента. Выводя формулировку далее в ходе терапии, важно будет выявить мысли во всех подробностях.

На протяжении всего оценивания психотерапевт должен там, где это уместно, выявить (иногда даже явно) следующий подтекст из обсуждения навязчивых мыслей: “То, что вы описываете, мне знакомо. Я не потрясен или иным образом обеспокоен услышанным от вас, поскольку мне приходилось слышать это и прежде. Для меня это имеет определенный смысл, и я не испытываю никаких неудобств, чтобы поработать с вами над этими вопроса-

ми”. Это в значительной степени передается, как через ряд вопросов, принятых психотерапевтов, так и через несловесные намеки, которые они дают.

Внешние ритуалы. В общем, на описание трудностей, испытываемых людьми, оказывает заметное влияние близкое знакомство, и поэтому они могут опускать подробности, которые кажутся им тривиальными или нормальными, но важны для терапии. Например, пациент с диагнозом ОКР мог бы упомянуть о мытье рук, но не упомянуть о том, что он берет предметы в руки, пользуясь гигиеническими салфетками, или никогда не прикасается к дверям своими руками, боясь заражения или загрязнения.

Скрытые/мысленные ритуалы. Оценивание мысленных ритуалов может оказаться одной из наиболее трудных задач. Такие (нередко едва заметные) виды поведения в поисках убежища могут быть выявлены посредством подробных вопросов по поводу недавних случаев, когда появлялась мысль, сосредоточения основного внимания на мыслях или образах, которые пациент пытался сформировать в своем уме, или любой другой умственной деятельности, которую он намеренно старался сформировать или выполнить. В этом случае клиенту можно, например, задать такие вопросы: “Пытались ли вы вызвать какие-нибудь другие мысли? Пробовали ли вы подумать о том, как исправить мысль?” Полезно также попросить пациента спровоцировать или сформировать обычную для него навязчивую мысль. Такие стратегии могут также выявить сообщения о когнитивном избегании и подавлении мыслей.

Получение представления о том, как развивалось оцениваемое расстройство, нарастало ли оно и убывало, может оказаться весьма информативным, помогая лучше понять характер данного расстройства и донести до пациента такое понимание. Это дает также полезные сведения о вызывающих стресс и защитных факторах. Однако приоритет отдается получению представления о том, что происходит в настоящий момент (подробнее о наблюдении см. далее раздел 2.9).

2.2. Другие формы ОКР и средоточия опасений

Жалобы на ОКР могут быть с самыми разными симптомами, даже у отдельного человека в конкретный момент времени, и зачастую они могут проявлять определенную закономерность во времени. В связи с этим полезно спросить пациента обо всех формах данного расстройства, чтобы получить полную клиническую картину. Такие опросники распространенных obsessions и compulsions, как тот, что сопутствует “Обсессивно-компульсивной шкале Йеля-Брауна” (Y-BOCS; [Goodman *et al.*, 1989]), могут принести немалую

пользу в получении ясного представления о настоящих и исторических обсессивных нарушениях.

2.3. Диагноз в приемной психотерапевта с целью определить, что составляет ОКР и в чем оно не состоит

Очевидно, что диагноз является некоторым сочетанием благословения и проклятия. Психиатрический диагноз не скажет вам, что беспокоит пациента, и только внимательно слушая его историю, можно выявить причину его беспокойства. Однако диагноз подскажет вам, на что следует обратить поначалу внимание. Основополагающие явления ОКР, вероятно, оставались одинаковыми столетиями, но подробности диагностических критериев для ОКР со временем менялись. Например, положение о том, что обсессии не являются опасениями, связанными с проблемами “реальной жизни”, было постепенно отброшено как неверное.

Две главные диагностические системы *DSM* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) и *ICD* (International Classification of Diseases — Международная классификация болезней) совершенно не одинаковы. Им присуща определенная степень субъективности в установлении степени вмешательства психических заболеваний в личную жизнь человека. Следовательно, подход, принятый нами в клиническом контексте, состоит в том, чтобы придерживаться духа, а не буквы диагноза. В данном контексте, может быть, также полезно выяснить, как пациент с симптомами ОКР представляет себе диагностический процесс, и насколько это важно для него. И тогда вам как психотерапевту было бы уместно донести до пациента ваши представления о ценности и недостатках диагноза, осознавая потенциальную полезность диагноза для доступа к соответствующим услугам, а также потенциальные негативные последствия обозначения психологического расстройства, которые могут быть связаны с диагнозом.

В контексте исследования полезно иметь общий язык, описывающий ОКР. Однако клиницист, устанавливающий подробности живого опыта лечения ОКР, расскажет вам намного больше.

2.4. ОКР в конкретном контексте

Получение общего представления об индивидуальном культурном контексте имеет существенное значение для понимания и диагностирования ОКР

у каждого пациента. Такое представление снабжает соответствующими сведениями о видах убеждений и опыта, на которые данное расстройство может оказывать влияние, а также наделяет смыслом то, что является культурной нормой. Это не просто означает определяемую в широком смысле культуру, но и подразумевает “микрокультуру” (например, в семьях или однородных группах лиц). Особенно важным это может быть в том случае, когда ОКР связано с такими культурными факторами, как религия. Некоторое знакомство с религиозными убеждениями и нормами практики отдельного человека и всей религии в целом помогает выстроить *общее понимание* того, что является чрезмерным. Если вы не совсем знакомы с рассматриваемой в данный момент религией, отношение искреннего любопытства может помочь вам выстроить общее понимание того, что является чрезмерным. Ниже приведены полезные вопросы, которые психотерапевту следует при этом иметь в виду (подробнее об этом см., например, в [Abramowitz and Jacoby, 2014]).

- Выходит ли компульсивное поведение далеко за пределы требований к религиозному наставлению?
- Практикует ли каким-то образом религию супруг или супруга, брат или сестра, родители пациента?
- Имеет ли компульсивное поведение узкую или излишне тривиальную направленность?
- Игнорируются ли потребности в работе, молитве и семье или же им не уделяется достаточно внимания вследствие сосредоточенности на трудностях, связанных с религиозной практикой?

Подобного рода размышления о степени вмешательства и о том, что является нормой, могут принести пользу и в том случае, если ОКР мешает исполнению обязанностей на работе, требующей значительной ответственности, точности и внимательности, как, например, в медицине или фармацевтике. Спросив пациента, принимают ли его коллеги по работе аналогичные меры предосторожности, можно получить от него полезные сведения.

Как и в тех областях, на которые может влиять ОКР пациента, очень важно проверить наличие других вызывающих стресс факторов, которые могут оказывать воздействие на данное расстройство. Примером тому служат общие уровни стресса или способность пациента обратиться к терапии или принять в ней участие. К числу таких факторов относятся финансовые трудности, личные взаимоотношения, иммиграция, работа, жилищные условия, обязанности по уходу за супругами, родителями или детьми. Большое значе-

ние могут иметь факторы, вызывавшие стресс в прошлом, в том числе посттравматическое расстройство (ПТСР). Следует, однако, иметь в виду, что при мысленном загрязнении вполне вероятно, что ассоциации, основывающиеся на прошлых воспоминаниях, могут иметь решающее значение, как для понимания, так и для лечения обсессивного расстройства (см. далее раздел 4.3). В этом отношении не менее важно оценить уровень употребления алкоголя и наркотиков как часть оценивания возможных рисков.

Посещение пациента на дому и связь с другими лицами, предоставляющими необходимые сведения о нем, может иметь большое значение для понимания данного расстройства в конкретном контексте. Иногда добытые сведения могут быть парадоксальными. Примером тому служат люди с обсессиями заражения или загрязнения, живущие в нечистой обстановке, поскольку они избегают чистки из-за времени и эмоционального расстройства, связанного с совершением ритуалом омовения, или же люди, живущие в небольшом, специально обеззараженном пространстве своей комнаты из-за непомерных требований, которые предъявляет поддержание всей комнаты в чистоте. По мере продвижения процесса оценивания и лечения вы достигнете общего понимания внутренней логики подобных ситуаций.

2.5. Диагноз других коморбидных расстройств

Коморбидность при ОКР довольно высока, причем оказалось, что 62–90% всех людей с диагнозом ОКР страдают также другим сопутствующим психическим расстройством по оси I согласно руководства DSM-IV [Crino *et al.*, 2005; Fireman *et al.*, 2001; Ruscio *et al.*, 2010; Torres *et al.*, 2006]. Частота коморбидности с депрессией находится в пределах от 37% до 63%, а другими тревожными расстройствами, включая генерализированное тревожное расстройство (ГТР — GAD), — в пределах от 20% до 76% [Abramowitz and Foa, 1998; Crino *et al.*, 2005; Ruscio *et al.*, 2010; Torres *et al.*, 2006]. В связи с этим очень важно установить уровни депрессии и тревоги при оценивании с помощью таких инструментов, как GAD-7 [Spitzer *et al.*, 2006] и PHQ-9 [Kroenke and Spitzer, 2002].

Подобные расстройства могут потребовать отдельного лечения. В связи с этим полезно задать пациенту следующий вопрос о том, что он думает о взаимной зависимости таких расстройств: “Если бы вы избавились от ОКР, то считали бы вы по-прежнему депрессию, ГТР или другое сопутствующее расстройство проблематичным для вас?”

Кроме того, настроение может играть важную роль в сохранении особенностей психологического расстройства. Отобрав для исследования людей, страдавших ОКР, авторы публикации [Ricciardi and McNally, 1995] обнаружили, что коморбидная депрессия была связана с повышенной частотой появления obsessions, но не compulsions. В данном исследовании было замечено, что у 85% из всех отобранных для него людей ОКР предшествовало или начиналось в то же самое время, что и расстройство настроения (в 65% и 20% всех случаев соответственно). Но в результате крупного эпидемиологического исследования было обнаружено, что расстройства настроения, вероятнее всего, предшествовали, а не следовали после ОКР (в 40,2% и 45,6% всех случаев соответственно; [Ruscio *et al.*, 2010]).

Очевидно, что люди, страдающие ОКР, могут и испытывают другие беспокойства наряду с их obsessions, а люди с убеждениями в повышенной ответственности могут быть в большей степени подвержены патологическому беспокойству, помимо ОКР [Abramowitz and Foa, 1998]. Было также показано, что у отдельных неклинических пациентов obsessions заметно отличались от обычных беспокойств в том отношении, что они были менее частыми, более эгзистенциальными (т.е. неприемлемыми для личности) и в большей степени основывались на умственных образах [Langlois *et al.*, 2000; Lee *et al.*, 2005].

Такой инструмент диагностического обследования, как “Структурированное клиническое собеседование для DSM-5” (Structured Clinical Interview for DSM-5 — SCID; [First *et al.*, 1995]) или “Опросник для психиатрического диагностического обследования” (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire — PDSQ; [Zimmerman and Mattia, 2001]), может предоставить полезные сведения о других трудностях, присутствующих на клиническом или субклиническом уровне. В ходе клинического собеседования очень важно проследить оценки, превышающие порог, заданный в любом инструменте обследования и самооценки. Симптомы, выявленные в инструменте обследования как “присутствующие”, могут быть, на первый взгляд, похожи на другое расстройство, но после опрашивания они могут быть непосредственно связаны с ОКР. Например, “приступы паники” нередко упоминаются людьми, страдающими ОКР, хотя они обычно вызываются ситуационно, а не “ни с того, ни с сего”. Другие примеры диагностического перекрытия психологических расстройств приведены в табл. 2.1. Очень важно установить феноменологию психологического расстройства, поскольку ошибочный диагноз может причинить ущерб и воспрепятствовать доступу к надлежащему лечению [Challacombe and Wroe, 2013].

Таблица 2.1. Главные явления, отличающие ОКР от других психологических расстройств, зачастую диагностируемых ошибочно как ОКР

Расстройство, диагностируемое по системе ICD/DSM	Основные свойства	Аналогичные свойства, но проявляющиеся в контексте ОКР
Паническое расстройство	Сильная тревога, возникающая совершенно неожиданно и проявляющаяся в виде целой совокупности физических симптомов (например, затрудненного дыхания, диссоциации, т.е. потери чувствительности, усиленного сердцебиения, потения, тошноты), которые со страхом связываются с катастрофическими последствиями. Достигает апогея в течение 5–10 минут и случается три раза в неделю в течение одного месяца	Сильная тревога, вероятнее всего, проявляющаяся в виде физических симптомов, но случающаяся в ситуациях, где вызываются обсессии. Например, тревога по поводу “загрязнения” чего-нибудь или обсессии причинения вреда появляется в присутствии ребенка. Серьезное избегание при ОКР может быть очень похожим на агорафобию
Социальная фобия	Особая боязнь социальных ситуаций из опасения человека, что он сделает или скажет что-нибудь неловкое или постыдное (например, покраснеет от смущения или начнет заикаться)	Опасение социальных последствий обсессивного поведения. Например: “Люди подумают, что я сумасшедший, если увидят, как я совершаю свой ритуал”
Генерализированное тревожное расстройство	Излишнее беспокойство о ряде предметов, которые переживаются как неконтролируемые. Преобладает больше половины всего времени на протяжении не менее 6 месяцев	Беспокойство, ограниченное узким рядом предметов обсуждения. Беспокоит содержание обсессии, а не само расстройство
Тревога по поводу здоровья	Излишнее беспокойство и озабоченность по поводу симптомов болезни и стойкое убеждение человека в том, что он болен	Беспокойство сосредоточено на причинах болезни, но не на ее симптомах, а также на рисках заболеть. На самом деле ОКР и тревога о здоровье иногда перекрываются
Депрессивное расстройство	Повторяющиеся негативные мысли человека о том, что он ни на что не годен, во всем виноват и т.д., устойчивое и преобладающее печальное настроение, нарушение сна, концентрации, аппетита. <i>Примечание:</i> субклинические навязчивые мысли могут появляться в контексте депрессии	Повторяющиеся негативные мысли, истолковываемые человеком как означающие, что он плохой человек. <i>Примечание:</i> депрессия обычно сопутствует ОКР

Расстройство, диагностируемое по системе ICD/DSM	Основные свойства	Аналогичные свойства, но проявляющиеся в контексте ОКР
Расстройство приема пищи	Озабоченность и большое значение, придаваемое весу и форме. Избегание определенных продуктов или ограничение режима питания. Может сопровождаться периодической тягой к излишеству или циклом очистки организма	Избегание или ограничение употребления определенных продуктов из-за обсессивных правил. Например, употребление продуктов только из герметичных пакетов с целью избежать заражения, неспособность принимать пищу в присутствии обсессий, отказ от приема пищи как ритуал
Фобия рвоты (иногда ошибочно принимается за ОКР или расстройство приема пищи)	Особый страх человека подхватить болезнь или съесть что-нибудь такое, что может вызвать рвоту. Оценка переживания рвоты как неконтролируемого, тягостного и вызывающего крайнее отвращение. На этом страхе сосредоточено все внимание и поведение человека	Опасения заболеть, не ограничивающиеся рвотой
Шизофрения или психоз, в том числе послеродовой психоз	Совокупность позитивных симптомов (например, бредовые идеи, галлюцинации, расстроенное мышление) и негативных симптомов (например, уход в себя, апатия). Может иметь внезапное и острое начало	Сильная тревога, эмоциональное расстройство и сомнения по поводу безопасности и угрозы, но не расстроенное мышление. Может иметь внезапное и острое начало. Устойчивые убеждения, особенно в тревожном состоянии, но не бредовые идеи. Их формирование требует специального изучения

2.6. Расстройства личности

Иногда оказывается полезно установить, удовлетворяет ли пациент критериям таких распространенных “расстройств личности”, как обсессивно-компульсивное (ОКРЛ — ОСПД), избегающее, параноидное, зависимое и пограничное расстройство личности. Критерии для некоторых расстройств личности, особенно ОКРЛ и избегающего расстройства личности, могут перекрываться с переживанием самого ОКР (см. далее раздел 4.1). Наведение справок

о личности пациента, особенно в контексте получения сведений о развитии его личности, может оказать помощь в прояснении возможной роли устоявшихся черт характера в поддержании данного расстройства.

Несмотря на распространенные убеждения клиницистов в обратном, наличие любых расстройств личности само по себе совсем не мешает когнитивно-поведенческой терапии (КПТ; [Dreessen and Arntz, 1998; Dreessen *et al.*, 1997]). Хотя имеются свидетельства, что даже неточное употребление обозначения коморбидного расстройства личности может оказать невольное влияние на ожидания психотерапевта [Lam *et al.*, 2015]. Более того, теперь имеются некоторые свидетельства, что присутствие основанных на перфекционизме реакций может оказывать положительное влияние на результаты лечения ОКРЛ [Gordon *et al.*, 2015]. Таким образом, цель оценивания расстройств личности состоит в том, чтобы, подведя итоги такого оценивания перед началом лечения, обсудить подобные расстройства вместе с пациентом как потенциальные области для работы с ними, если, конечно, пациент выразит на то желание. Некоторым пациентам подобные расстройства могут указывать на источники и запасы сил, которые они могут привнести в лечение. Например, при ОКРЛ настойчивость, а не упорство, вероятнее всего, поможет пациенту преодолеть трудные периоды лечения.

2.7. Оценивание риска

Некоторые клиницисты излишне тревожатся по поводу вопросов, связанных с риском. И объясняется это тем, что ОКР нередко характеризуется нежелательными навязчивыми мыслями и сомнениями касательно сексуальных, насильственных или иных “неприемлемых” мыслей. Такие мысли переживаются как невыносимые и тягостные, и зачастую они заставляют пациента размышлять над их смысловым значением и бояться, что они могут воздействовать на него, несмотря на то, что он чувствует, что такие мысли не согласуются с его ценностями, т.е. они являются для него эгодистоническими. И тогда пациент может принять соответствующие меры, включая избегание и компульсии, чтобы его мысли “не сбылись”. Однако содержание навязчивых мыслей может вызывать смятение среди некоторых специалистов, недостаточно разбирающихся в ОКР. Ведь они могут посчитать необходимым предпочесть процедуры, предупреждающие, а не провоцирующие риск.

Но по этому поводу авторы публикации [Veale *et al.*, 2009] выразились следующим образом: “Пациенту с диагнозом ОКР может повредить неверное или излишне продолжительное оценивание риска, на что он отреагирует

большими сомнениями и опасениями по поводу возможных последствий его навязчивых мыслей. В лучшем случае это приведет к еще большему эмоциональному расстройству, избеганию, компульсивному поведению и недоверию к медикам, а в худшем случае — к полной декомпенсации пациента или распаду его семьи”. Риск для людей действовать непосредственно по их навязчивым мыслям авторы публикации [Veale *et al.*, 2009] обозначили как “первичный риск”, тогда как косвенные следствия от страдания ОКР — “вторичный риск”. Иногда вторичный риск присутствует и в большинстве оставленных без лечения или недолеченных психологических или физиологических заболеваний и связан со степенью нарушения, эмоционального расстройства и ухудшения качества жизни.

В методических рекомендациях Национального института здравоохранения и усовершенствования клинической практики в Великобритании (NICE; см. стр. 15 в [National Collaborating Centre for Mental Health, 2005]) указано следующее.

“Если медики не уверены по поводу рисков, связанных с навязчивыми мыслями сексуального, агрессивного или связанного со смертью характера, о которых сообщают люди, страдающие ОКР, они должны проконсультироваться у психологов, имеющих специальные знания в области оценивания и лечения ОКР. Жалобы на такие мысли распространены среди людей, страдающих ОКР, в любом возрасте и зачастую ошибочно истолковываются как показатель риска”.

Таким образом, первичный риск, как правило, оказывается очень низким, но трудности могут быть вызваны тем, что он оценен как высокий. После того, как поставлен диагноз ОКР, иногда, может быть, необходимо помочь другим специалистам лучше понять, что люди, страдающие ОКР, не действуют подобно обсессиям (например, душат ребенка или толкают кого-нибудь перед поездом). Важно отметить, что коморбидность все же появляется, и поэтому у человека, страдающего какой-нибудь одной формой ОКР, могут быть проблематичные мысли, никак вообще не связанные с ОКР.

Ниже приведена еще одна методическая рекомендация из института NICE.

“У людей с диагнозом ОКР медики должны оценить риск самоповреждения и самоубийства, особенно если у этих людей диагностирована также депрессия. Как часть оценивания риска следует учитывать влияние компульсивного поведения этих людей на них самих или других людей”.

[NICE guideline CG31, 1.4.1.2, стр.1]

Как упоминалось ранее, риски, возникающие в результате поведения под действием ОКР, или признаки отчаяния, вызванного или переживаемого наряду с данным расстройством, обозначаются термином *вторичный риск*. Такие риски могут быть намного менее очевидными, поскольку они зачастую оказываются непредвиденными последствиями выполнения компульсий, соблюдения правил или озабоченности obsессиями. К примерам вторичного риска относится злоупотребление чистящими средствами до такой степени, что окружающая среда становится токсичной для человека и других ее обитателей; нанесение неподходящих чистящих средств (например, отбеливающего вещества) на кожу взрослого человека или ребенка; а также избегание воды и продуктов из-за опасений заражения. Что же касается навязчивых мыслей о причинении вреда, то к примерам вторичного риска относится уклонение родителей от времяпрепровождения со своими детьми.

К вторичным рискам относится также влияние на тех членов семьи, которые могут быть вовлечены в ритуалы, или поддержка избегающего поведения. Действие obsессивного поведения может быть вызвано конфликтом, повышенной зависимостью или изоляцией от других людей, что, в свою очередь, может усугубить ОКР и депрессию. В связи с этим клиницистам придется внимательно распознать и понять вторичные риски, чтобы принять правильное решение относительно необходимости принять дополнительные меры или еще раз оценить риски либо отдать приоритет лечению.

Некоторые obsессии действительно вызывают страх самоповреждения или самоубийства, и поэтому люди принимают меры, чтобы не действовать сообразно с этими, как, впрочем, и с другими нежелательными навязчивыми мыслями. Однако люди, страдающие ОКР, могут воспользоваться самоповреждением как стратегией, помогающей им справиться с другими навязчивыми мыслями или трудными чувствами.

Депрессия и безнадежность повышает риск самоповреждения и самоубийства. Степень тяжести ОКР, депрессивные симптомы, коморбидность, а также история самоубийства связаны с увеличением суицидальности при ОКР [Angelakis *et al.*, 2015]. В британском обследовании коморбидности 25,7% их всех людей, страдавших ОКР, предпринимали попытки самоубийства, тогда 63,3% пережили суицидальные мысли [Torres *et al.*, 2006]. Аналогично, авторы публикации [Torres *et al.*, 2011] сообщили, что 36% из всех отобранных ими для исследования людей переживали суицидальные мысли в течение своей жизни, 20% собирались покончить с собой, а 10% предпринимали попытки самоубийства.

Уровни употребления алкоголя и наркотиков должны быть установлены в ходе оценивания наряду с любым увеличением риска для самого пациента или других людей в результате его нахождения в расторможенном состоянии. Иногда алкоголь и наркотики употребляются с целью справиться с тревогой. Алкогольная или наркотическая зависимость и обусловленное ею физиологическое нарушение и эмоциональное расстройство могут затруднить участие пациента в КПТ. Авторы публикации [Veale *et al.*, 2009] приводят превосходное обсуждение вопросов выявления и контроля рисков при ОКР.

2.8. Оценивание степени тяжести ОКР клиницистом и по опросникам

Опросники самооценки применяются в дополнение к основному клиническому собеседованию. Они открывают удобный краткий путь к получению целого ряда подробностей о расстройстве пациента и его обследования на предмет конкретных факторов. Формы таких опросников удобно отослать заранее пациенту перед первым его приемом, снабдив их разъяснительным письмом и предложением обсудить их содержание, если возникнут какие-нибудь вопросы. Когда пациент приносит эти опросники на первый сеанс терапии, психотерапевт может сэкономить время на оценивании состояния психического здоровья пациента, особенно если посланные ему опросники включают в себя инструменты обширного обследования и измерения симптомов. По ходу терапии опросники могут использоваться для оценивания главных изменений в результатах лечения от одного сеанса терапии к другому, выявления степени клинических изменений и любых остаточных или не измененных нарушений, а также помочь в выявлении основных закрепляющих факторов.

К числу наиболее полезных инструментов самооценки симптомов психологических расстройств относится “Опросник обсессивно-компульсивного расстройства” (Obsessive-Compulsive Inventory — OCI; [Foa *et al.*, 1998]). Общие убеждения относительно ответственности оцениваются по “Шкале допущений ответственности” (Responsibility Assumptions Scale — RAS), тогда как “Опросник истолкований ответственности” (Responsibility Interpretations Questionnaire — RIQ) служит для анализа особых оценок навязчивых мыслей [Salkovskis *et al.*, 2000]. Следует, однако, иметь в виду, что формы этих инструментов измерения и оценивания психического состояния пациентов приведены в приложения к данной книге.

“Обсессивно-компульсивная шкала Йеля–Брауна” (Y-BOCS; [Goodman *et al.*, 1989]) наиболее широко применяется клиницистами при проведении собеседований с пациентами, и поэтому ее можно с готовностью внедрить в процедуры диагностического оценивания. Несмотря на то, что этой шкале присущи некоторые недостатки как инструмента обширного измерения, она включает в себя опросник симптомов и средства измерения степени тяжести психологического расстройства в ходе собеседования. Имеется также вариант этой шкалы для самооценки. Следует, однако, иметь в виду, что для получения достоверных надежных показателей требуется некоторый опыт работы с ОКР.

2.8.1. Особенности показатели

Такие особенные показатели, как, например, особые убеждения в негативных последствиях, дискомфорт, побуждение к нейтрализации, всегда уместны. Во время лечения они предоставляют важные сведения о том, как изменяются субъективные реакции пациентов, как на сеансах терапии, так и между ее сеансами по мере продвижения курса лечения. Опрашивание на стадии оценивания дает “исходный” показатель. Для некоторых пациентов можно записать *поведенческие побочные продукты* — предметы, сопутствующие обсессивному поведению, указывающие на его степень и легко измеряемые, особенно теми людьми с диагнозом ОКР, которые занимаются излишним мытьем и чисткой. Примерами таких побочных продуктов служат количества мыла, туалетной бумаги или чистящих средств, покупаемых каждую неделю.

2.9. Трудности достижения качественного оценивания в свете наблюдения

Вот характерное суждение психотерапевта: “Моему клиенту кажется, что ответ лежит в поиске причин, по которым у него развилось ОКР. И я нахожу это трудным для получения сведений о его текущем расстройстве”.

Иногда пациент с диагнозом ОКР может стать особенно озабоченным идеей о том, что самый лучший способ разрешить его нынешние затруднения — выявить их истоки. В самом деле, как лечить психологическое расстройство, если неизвестно, как оно началось? Чтобы справиться с подобными идеями, в таких случаях нередко оказывается полезно провести различие между истоками психологического расстройства и теми факторами, которые

его закрепляют. Рассмотрим в качестве примера употребление следующей метафоры.

“Представьте, что вы проснулись в больнице с переломанной ногой, и вы не можете вспомнить, как сломали ее. Чтобы вылечить перелом, совсем не обязательно знать, как он произошел. На самом деле нога обычно заживает сама, а врачи лишь выявляют и устраняют все, что могло бы замедлить нормальный процесс заживания или воспрепятствовать ему. И как только вы встанете на ноги, у вас может возникнуть желание, выяснить, каким образом была сломана нога. Вполне возможно, что вы споткнулись из-за того, что участок ковра неплотно прилегает к лестнице, а следовательно, это может снова случиться вскоре. В таком случае вам придется укрепить ковер”.

Поделившись с пациентом данной метафорой, можно усилить ее воздействие, если применить сократическое опрашивание. Как было описано ранее в разделе 1.8.3 в некоторых случаях существуют общие и стойкие убеждения, которые могли быть факторами предрасположенности пациента к развитию ОКР и которые могут не полностью измениться в ходе лечения. Поэтому на более поздней стадии терапии, может быть, полезно выявить и исправить подобные убеждения.

2.10. Завершение оценивания: ОКР — основное расстройство, что дальше?

Имеющиеся в настоящее время в Великобритании методические рекомендации основываются на постепенном подходе к лечению ОКР, который охватывает терапевтическое вмешательство малой и большой интенсивности. Решение о пригодности пациента к терапевтическому вмешательству малой интенсивности основывается на степени тяжести его психологического расстройства. В методических рекомендациях института NICE предлагается следующее: если пациент страдает ОКР от умеренной до сильной степени тяжести, то обосновано, в первую очередь, терапевтическое вмешательство большой интенсивности (подробнее о других методах лечения ОКР на основе КПТ см. в книге *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions* (Вмешательства КПТ малой интенсивности. Оксфордское руководство); [Bennett-Levy *et al.*, 2010]). На наш же взгляд, уместным является описываемое здесь терапевтическое вмешательство повышенной интенсивности там, где это возможно, учитывая, что пациентам доступна хотя бы одна книга или пакет по самосовершенствованию.

Полезно, может быть, установить предварительные цели лечения. Это позволит перенести основное внимание на преимущества прохождения курса терапии и может оказать помощь в переориентировании пациента на перемены после долгого обсуждения его психологического расстройства (подробнее о целях лечения см. далее в разделе 3.4).

2.10.1. Контрольные вопросы по окончании оценивания

Ниже перечислены контрольные вопросы, которые психотерапевту следует задать себе по окончании оценивания.

- Имеется ли у пациента ОКР?
- Какие оценки получены из опросников для оценивания?
- Имеются ли у пациента другие коморбидные расстройства?
- Каковы основные приоритеты и цели лечения?
- Имеются ли какие-нибудь другие факторы, способные помешать проведению КПТ? (Например, может ли пациент регулярно посещать сеансы терапии?)

Библиографические ссылки

- Abramowitz, J. S., & Foa, E. B.** (1998). Worries and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7–8), 695–700.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J.** (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 140–9. идентификатор цифрового объекта (ИЦО): <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.007>.
- Angelakis, I., Gooding, P., TARRIER, N. & Panagioti, M.** (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39, 1–15. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.002>.
- Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrant, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., et al.** (2010). *Oxford Guide to Low Intensity Interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- Challacombe, F. L., & Wroe, A. L.** (2013). A hidden problem: consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive-compulsive disorder. *British Journal of*

General Practice, 63(610), 275–276. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X667376>.

- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G.** (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 876–882. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.876>.
- Dressen, L., & Arntz, A.** (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 483–504. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2898%2900026-6>.
- Dressen, L., Hoekstra, R., & Arntz, A.** (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 503–521. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185%2897%2900027-3>.
- Fireman, B., Koran, L. M., Leventhal, J. L., & Jacobson, A.** (2001). The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1904–1910. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1904>.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W.** (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I disorders (SCID-IP)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N.** (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206–214.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, C. L. et al.** (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011.
- Gordon, O., Salkovskis, P.M., & Bream, V.** (2015). The impact of obsessive compulsive personality disorder on cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 444–459.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L.** (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*. 32, 509–515.

- Lam, D. C., Poplavskaya, E. V., Salkovskis, P. M., Hogg, L. I., & Panting, H.** (2015). An experimental investigation of the impact of personality disorder diagnosis on clinicians: Can we see past the borderline? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(3), 361–373. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465815000351>.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R.** (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 157–173. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2899%2900027-3>.
- Lee, H.-J., Lee, S.-H., Kim, H.-S., Kwon, S.-M., & Telch, M. J.** (2005). A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a nonclinical population: A test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(8), 999–1010. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.017>.
- National Collaborating Centre for Mental Health** (2005): *CG31. NICE Guidance on OCD*. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- Rachman, S., & de Silva, P.** (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2878%2990022-0>.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J.** (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 249–256. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185%2895%2900006-A>.
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R.** (2010). The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., et al.** (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347–372.
- Spitzer, R. L. et al.** (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., et al.** (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence,

comorbidity, impact, and helpseeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978–1985.

Torres, A. R., Ramos- Cerqueira, A. T. A., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., & Miguel, E. C. (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 17–26. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.09m05651blu>.

Veale, D., Freeston, M., Krebs, G., Heyman, I., & Salkovskis, P. (2009). Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 332–343.

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 787–794. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.787>.

Глава 3

КПТ для лечения ОКР

Как было описано ранее, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) может по-разному оказывать влияние на людей, и поэтому когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) требует индивидуализированного и гибкого подхода к лечению ОКР, отражающего потребности пациентов и их контекст. Такой подход лучше всего описывается как “полуидеографический”, поскольку его подробности зависят от индивидуальности пациента, хотя он и опирается на общие принципы. Назначение этой главы состоит не в том, чтобы дать строгое или перспективное описание посеансового протокола лечения ОКР, а в том, чтобы провести читателя через все стадии КПТ для лечения ОКР, которые должны быть осуществлены в заданном порядке. Эти стадии следуют после оценивания, описанного в главе 2, и состоят в следующем.

1. Привлечение пациента к участию в лечении и формулировка его целей.
2. Выбор варианта лечения для активного изменения.
3. Поддержка и опора на стремление пациента к изменению.
4. Выбор стратегий сохранения результатов лечения в долгосрочной перспективе и предотвращения рецидивов, в том числе оказание помощи пациенту в возвращении к нормальной жизни.

На практике привлечение пациента к участию в лечении, нормализация и формулировка целей лечения происходит вместе с оцениванием и продолжает развиваться на протяжении всей терапии. Основное внимание на средней стадии терапии уделяется формулировке целей лечения и оказанию помощи пациенту, страдающему ОКР, в выборе пути к изменению к лучшему психологического состояния пациента, а затем в работе над стратегиями активного изменения с помощью обсуждения и поведенческих экспериментов. После этого следует упрочение, расширение, обобщение и сохранение достигнутых улучшений, а также оказание помощи пациенту, страдающему ОКР, в том, чтобы “самому стать психотерапевтом”.

Мы рассмотрим все эти стадии и элементы терапии на конкретных примерах, взятых из случаев типичных жалоб на ОКР Уолтера (руминация), Лидии

(проверка), Сола (переживания “недостаточной правильности”), Джесси (заражение) и Джейн (религиозные obsессии и компульсии).

3.1. Составляющие терапии

В последующих разделах дается описание основных составляющих когнитивно-поведенческой терапии для лечения ОКР.

3.1.1. Принцип действия терапии

Прежде чем перейти к объяснению особенностей лечения ОКР, следует рассмотреть самый важный принцип действия психологического лечения, выведенный из трудов Салковскиса [Salkovskis, 1996, 1997]. Это довольно простой принцип, хотя применить его на практике сложнее. Особенно важно иметь этот принцип в виду при лечении ОКР, хотя его можно применять и при лечении других психологических расстройств.

Данный принцип начинается со следующей когнитивной предпосылки: люди страдают от тревоги потому, что ситуации кажутся им более опасными, чем есть на самом деле, и в таком их восприятии люди “увязают”. Любое эффективное лечение в том и состоит, чтобы помочь пациенту рассмотреть и употребить альтернативные, менее угрожающие объяснения их расстройства. Если такие альтернативные объяснения окажутся полезными, то после рассмотрения и обсуждения их необходимо согласовать с прошлым опытом пациента [Salkovskis, 2010]. А далее альтернативные объяснения должны пережить будущий опыт пациента, т.е. они должны выдержать проверку на прочность. Такая концептуализация помогает постичь КПТ как сочетание когнитивной и поведенческой терапии. Когнитивная составляющая терапии имеет отношение к формированию альтернативного объяснения (формулировке сообразно теории А или В), опираясь на опыт пациента или исходя из характера его психологического расстройства.

В ходе дальнейшего обсуждения станет ясно, что особенности формулировки и альтернативного объяснения ни подтверждаются, ни опровергаются опытом пациента. Именно тогда и вступают в действие поведенческие эксперименты как способы структурирования и сбора *новых* сведений о достоверности формулировки. Как поясняется далее в разделе 3.7, такие поведенческие эксперименты могут включать в себя не только экспозиционную терапию, но и сбор сведений о других видах психологических воздействий, причастных к поддержанию ОКР у пациента, в том числе избирательного внимания, подавления мыслей и т.д.

Это означает, что качественная терапия состоит, по существу, в том, то двое (а иногда и больше) людей работают вместе над *выяснением того, как действительно обстоит дело*. И как обсуждается далее в разделе 3.2, с этой целью создается атмосфера, в которой два знатока работают в тесном сотрудничестве над возникшим затруднением. При этом психотерапевт является знатоком ОКР, пациент — знатоком своего опыта переживания ОКР. Сочетание этих видов знания и опыта будет способствовать успешному продвижению терапии, а самое главное — позволит пациенту, страдающему ОКР, овладеть ими подобно тому, как похвалы за свои спортивные достижения заслуживает скорее атлет, а не его тренер. Это означает, что психотерапевт не проводит лечение, а скорее ищет возможность устроить дело таким образом, чтобы пациент, страдающий ОКР, смог внести положительные изменения в состояние своего психического здоровья, преодолев тревогу и вернувшись к нормальной жизни.

3.1.2. Порядок проведения терапии

Формально принципы КПТ подразумевают совместный и активный стиль проведения терапии; использование особенной формулировки, ориентированной на достижение целей и сосредоточенной непосредственно на психологическом расстройстве; организацию работы в конкретных временных рамках для выявления, оценивания и реагирования на навязчивые когниции; а также применение различных методик для выявления когнитивных и поведенческих изменений [Beck, 2011]. При этом полезно знать рамки компетенции, установленные Ротом и Пиллингом [Roth and Pilling, 2007], которые включают в себя общие знания, навыки и опыт касательно всех видов психологической терапии, основные знания, навыки и опыт проведения КПТ, конкретные основные методы, применяемые в большинстве форм КПТ, компетенцию в отношении конкретного психологического расстройства и метакомпетенцию. О специальной компетенции в отношении ОКР речь пойдет далее в разделе 4.7.

КПТ для лечения ОКР присущи некоторые отличительные особенности, хотя многие из них применимы и к другим психологическим расстройствам. К числу этих особенностей относится употребление метафоры (см. ниже врезку 3.1), аналогии, умственных образов, а иногда и юмора. Подлинно совместный, исследовательский и экспериментальный стиль терапии служит прочным основанием для применения конкретных стратегий, описываемых в этой главе. Решающее значение имеет назначение и выполнение домашних

заданий, поскольку все, что происходит на сеансе терапии и за его пределами, дает возможность противодействовать ОКР и освободиться от данного расстройства. Домашние задания должны согласовываться на каждом сеансе терапии и *всегда* обсуждаться на последующем сеансе терапии, где подводятся итоги тому, что было усвоено и что это означает. Очевидно, что это подразумевает выявление того факта, что иногда выполнить назначенное домашнее задание оказывается трудно или вообще невозможно. В таком случае будет особенно полезно обсудить произошедшее с пациентом. Подробнее об этом см. в [Kazantzis and L'Abate, 2006].

Врезка 3.1. Употребление метафор. ОКР как хулиган

“Главная задача когнитивной терапии — преобразовать смысловое значение в дальнейшие цели клиента и помочь ему стать на путь более полезного, реалистичного и адаптивного представления о себе и окружающем мире. Следовательно, метафора может стать очень полезным его попутчиком”.

[Stott *et al.*, 2010. *Oxford Guide to Metaphors in CBT*, стр.14]

Авторы публикации [Stott *et al.*, 2010] описывают метафоры как бесценные средства связи перед лицом “невыразимости” понятия. Более того, метафоры обеспечивают “сжатость” выражения, где сложную и обстоятельную идею можно представить в виде метафоры. Помимо этого, метафоры “живо” передают сложившееся положение с помощью характерных образов, которые нетрудно иной раз вспомнить. И, наконец, метафоры дают идеальное основание для применения метода направляемых открытий.

Метафора ОКР как хулигана служит ярким примером всех трех упомянутых выше свойств: живого, яркого и запоминающегося образа, кратко подытоживающего, насколько коварно и ужасно ОКР овладевает человеком. Другие многочисленные метафоры, описываемые в этой книге, а также в упомянутой выше книге *Oxford Guide to Metaphors in CBT*, привносят живые и привлекательные моменты в терапию, и тогда они становятся частью языка взаимопонимания между психотерапевтом и пациентом, страдающим ОКР.

Метафора хулигана

Представьте себе ребенка в школьном возрасте, к которому по дороге в школу пристает хулиган, вымогающий у него деньги, которые родители дали ему на обед. В испуге этот ребенок отдает грабителю свои деньги и убегает от него. На следующий день хулиган снова вымогает у него деньги, продолжая делать это всю неделю. А на следующей неделе хулиган вымогает еще больше денег каждый день. И тогда ребенку приходится красть деньги из кошелька своей матери из страха, что хулиган причинит ему вред. Что бы вы посо-

ветовали ребенку предпринять? Обратиться за помощью, рассказать учителю или, в конечном счете, противодействовать хулигану, перестав отдавать ему деньги. Это внушающая страх перспектива, но хулиганы — известные “пустомели”. Стоит оказать им сопротивление, и они убираются вон. В качестве альтернативы можно, конечно, уступать хулигану, удовлетворяя каждый день все больше его требований.

Это относительно прозрачная метафора, где в роли хулигана выступает ОКР, а все большие суммы вымогаемых денег означают больше времени и усилий, прилагаемых ОКР с целью овладеть человеком вместе с сопутствующим эмоциональным расстройством. Противодействие хулигану подразумевает в данном случае участие пациента в поведенческих экспериментах, где он может удостовериться, что угрозы со стороны ОКР пусты и неправдивы. Такую метафору можно адаптировать, распространив ее на шантажиста, диктатора, насильственного партнера или другого персонажа, имеющего значение для пациента, страдающего ОКР. Ясному изложению данной метафоры стоит уделить время, ведь тогда она послужит краткой путеводной нитью через терапию к обретению пациентом мужества противостоять вселяющему страх неприятелю.

3.1.3. Ведение записей сеансов терапии

Психотерапевты нередко ведут записи сеансов терапии как часть своего наблюдения за пациентом и самоанализа. Побуждая с самого начала пациента, страдающего ОКР, делать аудиозаписи сеансов терапии, можно тем самым содействовать его активному участию в разрешении затруднений вне сеансов терапии, когда он приучится регулярно прослушивать назначенное ему домашнее задание. Большинство людей могут теперь делать аудиозаписи на свои мобильные телефоны, преодолевая многие организационные трудности. Помимо аудиозаписей, стоит побудить пациента вести обычным образом записи основных моментов в течение сеанса терапии. При этом очень важно объяснить пациенту следующие основания для ведения записей сеансов терапии: запись поможет ему вспомнить содержание сеанса терапии, ведь без такой записи он сможет вспомнить лишь 10% из того, что обсуждалось на сеансе терапии; запись дает также пациенту возможность проанализировать содержание сеанса терапии и подвести его итоги в отношении того, чему он научился, с чем он не согласился и что осталось ему неясным. Кроме того, запись позволяет прорабатывать содержание сеанса терапии в менее тревожном состоянии. Ведь если терапия проводится должным образом, то пациент, страдающий ОКР, испытывает повышенные эмоции, что может помешать

ему уловить смысл того, что обсуждается на сеансе терапии. А прослушивание записи после сеанса терапии приведет к вопросам, идеям и будет способствовать дальнейшему продвижению в понимании сущности терапии.

В своем обследовании психотерапевтов и их клиентов, страдавших ОКР и ведших записи сеансов терапии, авторы публикации [Shepherd *et al.*, 2009] обнаружили, что 90% всех клиентов, так или иначе, прослушивают сделанные ими записи между сеансами терапии. Большинство из них сообщили, что они обсуждали сделанные записи со своим психотерапевтом. Как правило, клиенты собирались хранить записи по окончании терапии. Большинство клиентов и психотерапевтов проявили положительное отношение к ведению записей. И клиенты, и психотерапевты одобрительно отнеслись к ведению записей для целей взаимного контроля. Аналогичные преимущества (например, лучшее припоминание сеансов терапии) и недостатки записей (например, практические вопросы и чувство неловкости) были определены пациентами и психотерапевтами. Любопытно, что психотерапевты с большей вероятностью, чем пациенты выразили озабоченность по поводу того, что прослушивание записей вызывает у последних эмоциональное расстройство.

Психотерапевт может предложить пациенту, страдающему ОКР, вести с передней стороны блокнота записи о том, чему он научился на текущем сеансе терапии. На наш взгляд, это полезно делать в виде маркированного списка из 6–10 пунктов. Кроме того, пациент может вести записи любых домашних заданий и результатов их выполнения в отношении того, что было им усвоено. А с задней стороны блокнота он может записать все, что осталось неясным после сеанса терапии или прослушивания его аудиозаписи, либо все, с чем он не согласен. Кроме того, пациент может занести в блокнот свою формулировку и другие важные фрагменты информации, которые могут быть затем использованы в качестве “руководства по личной терапии”, для упрочения достигнутых улучшений и предотвращения рецидивов. Нередко оказывается полезно начинать сеансы терапии с просмотра самых последних записей в блокноте. Это поможет и самому психотерапевту сориентироваться в сложившемся положении дел.

3.1.4. Установка параметров терапии

Очень важно установить, сколько имеется сеансов терапии, те временные рамки, в которых предполагается завершить курс терапии, а также частоту и продолжительность встреч с пациентом. Как правило, курс КПТ для лечения ОКР проводится в течение около 12 сеансов терапии плюс сеансы в период

последующего клинического наблюдения, хотя для более тяжелой формы ОКР или терапии, сосредоточенной на проведении, главным образом, в домашних условиях, могут дополнительно потребоваться “разъяснительные” сеансы. Это помогает оправдать ожидания и сохранить темпы проведения сеансов терапии.

3.2. Выработка общего понимания: формулировка

Одним из первых элементов КПТ для лечения ОКР является выработка формулировки, что должно произойти на первых сеансах терапии. В разделе 1.1 были приведены примеры когнитивно-поведенческой модели ОКР для людей с разными формами данного расстройства: Уолтера (руминация), Лидии (проверка), Сола (переживания “недостаточной правильности”), Джесси (заражение) и Джейн (религиозные obsессии и компульсии). Мы будем в дальнейшем опираться на эти клинические случаи, начиная с того, как вывести формулировку.

Выработанная вами формулировка будет служить вам путеводной нитью, направляя вас через весь процесс работы с вашим пациентом над преодолением его трудностей. По существу, формулировка представляет собой поиск пути к тому, чтобы понять причины, по которым данное расстройство существует здесь и теперь, а в ходе дальнейшей терапии — выяснить также, что могло способствовать его развитию. Кроме того, формулировка наставляет пациента в том, что бесполезно ему делать в настоящий момент, а следовательно, что ему необходимо изменить. При этом существенно не ускорять данный процесс под давлением возможных обстоятельств, особенно если пациент, страдающий ОКР, страстно желает вернуться домой с некоторым советом по поводу того, что ему следует делать. Ясное понимание характера данного расстройства служит краеугольным камнем для изменений. Если оно окажется превратным, то терапия будет проведена недостаточно эффективно.

Процесс выработки качественной формулировки происходит совместно и продолжается на протяжении всей терапии. Иногда оказывается полезно внедрить его, объединив обе области знаний, навыков и опыта. В частности, пациент, страдающий ОКР, является “знатоком” своего жизненного опыта, тогда как психотерапевт хорошо разбирается в психологической модели, чтобы понимать, что именно закрепляет трудности, испытываемые пациентом, играя важную роль в связывании переживаний пациента с теоретической

моделью. Вам как психотерапевту придется поработать совместно с пациентом над выработкой особенной формулировки на основании подобной модели. Сочувственное отношение к пациенту и пытливость существенны для данного процесса, и для этого требуется искреннее желание почувствовать себя на месте пациента, чтобы понять, как он дошел до такого состояния.

При проведении оценивания на первой встрече с пациентом вы уже собрали немало важных данных, имеющих отношение к главным особенностям когнитивно-поведенческой модели. Имейте эти данные в виду, поскольку они помогут вам уточнить наметившуюся формулировку.

Процесс выработки особенной формулировки явно и совместно с пациентом начинается с рассмотрения *недавнего конкретного типичного* примера проявления у него ОКР. Если пациент указывает на наличие у него целого ряда “форм” ОКР, данный процесс следует пройти с помощью дополнительных примеров. И в этом случае необходимо помочь пациенту выявить сходства и отличия между примерами, выяснив, что они могли бы означать. Следует, однако, иметь в виду, что одно из главных затруднений, испытываемых начинающими психотерапевтами при попытке выработать общее понимание, состоит в том, что они отходят от конкретного примера, получая сведения о том, что пациент думает о происходящем вообще, а не о конкретных его воспоминаниях того, что действительно произошло в данной ситуации. Чтобы воспрепятствовать этому, следует часто подводить итоги, напоминая себе как психотерапевту и пациенту как клиенту, страдающему ОКР, о конкретном случае, принимая во внимание перечисленные ниже его характерные особенности как рассматриваемого примера.

- **Недавний.** Пациенту проще вспомнить во всех подробностях, как он себя чувствовал, какие мысли приходили ему на ум и как он реагировал на них. Ведь, как известно, “дьявол кроется в деталях”, и чем проще их вспомнить, тем более вероятно, что вы и ваш пациент совместно выявите важные подробности. Объясните пациенту, что вы хотите услышать от него рассказ, где бы он вспомнил, что действительно произошло, а не его догадки о том, что могло бы произойти.
- **Конкретный.** Зачастую пациенты описывают целый ряд примеров, чтобы дать общее представление о своих obsсессивных трудностях, иногда переходя от одного примера к другому. В связи с этим очень важно, чтобы пациент оставался сосредоточенным на одном конкретном примере, вспомнив важные подробности. И здесь особое значение приобретает подведение итогов и ориентирование пациента на настоящем

его состоянии. Например: “Итак, вчера, когда у вас в 3 часа дня возникла мысль “Это похоже на кровь”, что это означало для вас тогда?”

- **Типичный.** Для выработки формулировки, которая окажет помощь в проведении терапии, крайне важно, чтобы она основывалась на примере, отражающем, как именно пациент чаще всего переживает свое ОКР.

Не менее важно свести все это вместе, а не набрасывать модель отдельно в своих заметках или применять заранее подготовленную модель (рис. 3.1). С этой целью положите лист бумаги на столе между собой и вашим пациентом, а еще лучше — воспользуйтесь белой доской, если она имеется в вашем распоряжении. Составленную в итоге модель пациент может сфотографировать на свой мобильный телефон или перерисовать в свой блокнот либо на отдельный лист бумаги. И здесь решающее значение имеют следующие основные навыки КПТ: не забывать о совместном характере работы с пациентом, применять метод направляемых открытий, быть пытливым, ничего не допускать и постоянно проверять свое понимание состояния пациента



Рис. 3.1. Когнитивно-поведенческая модель поддержания ОКР. Данные взяты из [Paul M. Salkovskis, *Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–83, ИЦО: 10.1016/0005-7967(85)90105-6, 1985, Elsevier Ltd]

по мере продвижения к цели терапии. На протяжении всего этого процесса возможные эмоциональные реакции пациента следует обдумывать сочувственно, как показано в приведенном ниже примере диалога психотерапевта с пациентом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, Уолтер, можете ли вы вспомнить, когда данное расстройство действительно беспокоило вас — может быть, в течение нескольких последних дней? Постарайтесь привести такой пример, который дает ясное представление о том, как это расстройство воздействует на вас и что оно заставляет вас делать.

УОЛТЕР: Да, вчера я смотрел новости, а сегодня утром я отправился сюда и ожидал в приемной. Впрочем, это всегда происходит одинаково.

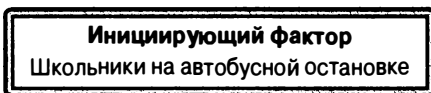
ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я собираюсь попросить вас просто сосредоточиться на каждом конкретном случае по очереди. Возможно, мы рассмотрим два или три разных примера, но я собираюсь попросить вас рассказать о каждом примере по очереди. Итак, с какого из них мы могли бы, на ваш взгляд, начать? Может быть, это тот случай, когда вы чувствовали себя наиболее подавленно или же вам пришлось сделать много такого, чтобы попытаться улучшить свое самочувствие.

УОЛТЕР: Что ж, по дороге сюда я развернул в автобусе экземпляр газеты с крупным заголовком об очередном скандале. И тогда все это началось опять. Я свернул газету и попытался почитать взятую с собой книгу, но ничего не помогло. И прежде чем это до меня дошло, я прошелся в своем уме по многим другим издавна совершенным поступкам, пытаюсь выяснить, что я сделал не так. А затем в автобус вошла женщина, которая села рядом со мной со своим ребенком, и мне пришлось немедленно встать и выйти на следующей остановке. Я почувствовал себя плохо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я попрошу вас теперь остановиться на этом, чтобы мы очень медленно разобрали ваш случай, как бы воспроизводя его в замедленном темпе. Я буду далее нажимать условно кнопку паузы всякий раз, чтобы задать вам дополнительные вопросы. Итак, начнем с того момента, перед которым вы почувствовали тревогу в автобусе. Было ли это до того или же после того, как вы сели в автобус?

УОЛТЕР: Это было тогда, когда я ожидал автобус, и на остановке появилась масса школьников. И тогда я подумал: “О, нет. Только этого мне не хватало!”

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, инициирующим фактором послужили школьники, прибывшие на автобусную остановку. Запишем это.



ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, вы подумали: “О, нет. Только этого мне не хватало!”
Почему это произошло? Почему вас это огорчило?

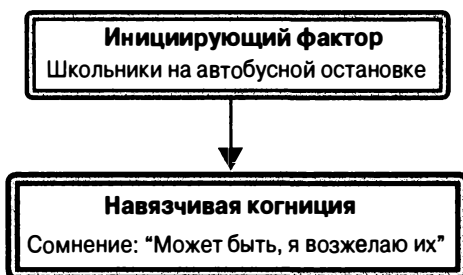
УОЛТЕР: Пожалуй, потому что я знал, что затем последует обычное мучение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, что же вы подумали, когда школьники прибыли на автобусную остановку?

УОЛТЕР: Держись, Уолтер, подалее и не смотри на них.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А почему вам было так важно держаться подалее?

УОЛТЕР: Мне привычно думать, что я могу их возжелать.



ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Значит, именно эта мысль пришла вам в голову, когда вы увидели школьников?

УОЛТЕР: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Запишем это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Насколько вы были в тот момент убеждены, что могли бы возжелать их (оцените по 100-бальной шкале)?

УОЛТЕР: На 80%.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А когда вы в тот момент подумали, что могли бы возжелать их с вероятностью 80%, то как вы тогда же почувствовали себя?

УОЛТЕР: Ужасно, виновато и испуганно.

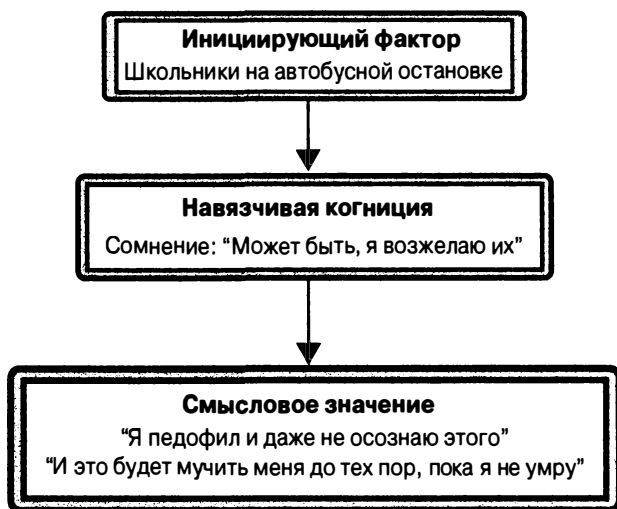
ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Итак, находясь на автобусной остановке, вы были убеждены на 80%, что могли бы возжелать этих детей, поэтому и не удивительно, что вы почувствовали себя от этого ужасно. Что же произошло дальше?

УОЛТЕР: Я отвернулся от них, потому что не мог бы на них смотреть.

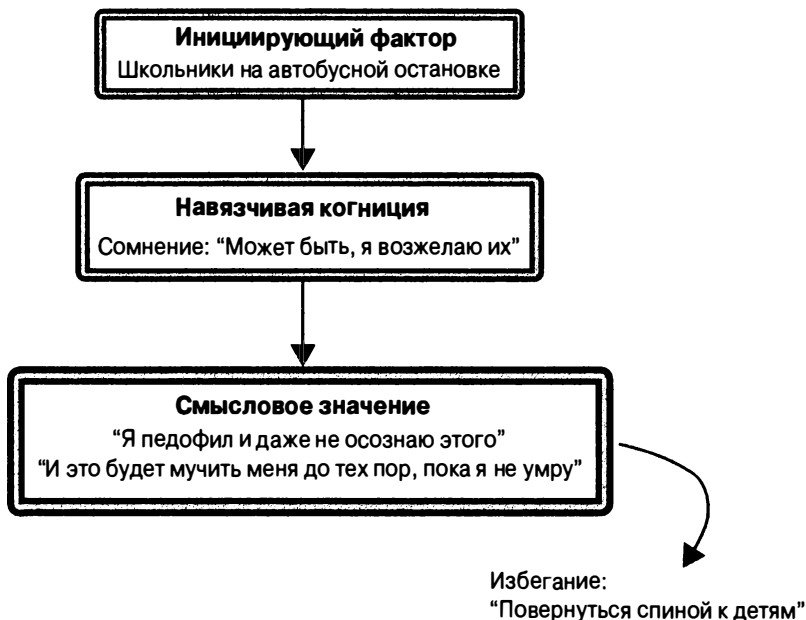
ПСИХОТЕРАПЕВТ: А почему вам было так важно сделать это тотчас?

УОЛТЕР: Потому что, вдруг, я педофил. Я могу быть педофилом, даже не осознавая этого. И это будет мучить меня ежедневно до тех пор, пока я не умру.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Значит, именно к этому выводу вы пришли, как только у вас появилась столь навязчивая мысль? Думать об этом вам огорчительно. И это дается вам с таким трудом. Запишем и это.



ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, совсем не удивительно, что мысль о том, что вы можете быть педофилом, заставила вас отвернуться от детей, даже не осознавая того, что вы делаете. Именно это имело для вас значение в тот момент. Добавим здесь и это.



ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сделали ли вы еще что-нибудь?

УОЛТЕР: К счастью, пришел автобус. Так, что я ждал, пока дети сядут в автобус, прежде чем сесть в него самому. Я всегда жду следующего автобуса, если в данный автобус садится много детей.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, запишем и это. Было ли еще что-нибудь, чего вы старались *не* делать в тот момент?

УОЛТЕР: Да, я постарался сделать все возможное, чтобы направить свой взгляд наружу автобуса.

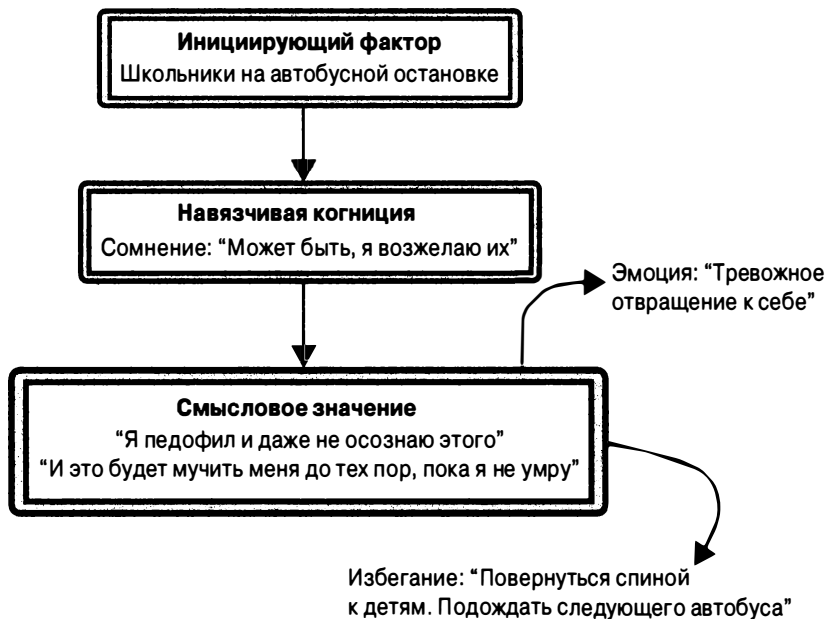
ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как вы чувствовали себя в тот момент?

УОЛТЕР: Ужасно!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это должно было быть ужасным чувством. Насколько это было ужасно? Чувствовали ли вы тревогу?

УОЛТЕР: Да, я почувствовал также отвращение к себе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Запишем, как это повлияло на ваши ощущения.



ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что же случилось дальше?

УОЛТЕР: Я сел на задней площадке автобуса, где было тихо и лежала газета с крупным заголовком о новом расследовании исторического насилия.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И какое это возымело действие?

УОЛТЕР: У меня возникли обычные образы по поводу того, что меня могут насильно доставить в полицию на допрос.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так. Это похоже на еще один иницирующий фактор, после которого следует очередная навязчивая мысль. Добавим и их.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, когда у вас возник образ, какой вывод вы из него сделали?

УОЛТЕР: Мне, пожалуй, было бы невыносимо думать, что со мной могло бы случиться и это. Поэтому я начал обдумывать события из моего прошлого, пытаюсь выяснить, сделал ли я что-нибудь не так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Какая важная причина заставила вас делать это в тот момент?

УОЛТЕР: Мне нужно было убедиться, что я не сделал что-нибудь не так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На что это было бы похоже, если бы вы не проанализировали тщательно свои воспоминания?

УОЛТЕР: Это было бы похоже на мучение без причины. Я не смог бы быть спокойным, всегда ожидая, что ко мне постучатся в дверь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так. Значит, это важно, и поэтому добавим также мысль о том, что вы будете жить, мучаясь до тех пор, пока не сможете убедиться в своей безвинности.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: именно это и заставляет вас тщательно анализировать свои воспоминания. Добавим и это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Обратили ли вы внимание на особые части своего тела там и тогда? Заметили ли вы какие-нибудь признаки возбуждения?



Психотерапевт продолжает тщательно выявлять самые разные особенности модели, соответствующей характеру данного психологического расстройства у пациента. При этом следует заметить, что время от времени в такую модель вводятся нормализующие элементы. Например, такой элемент: “Поэтому и не удивительно, что...”

Не забудьте попросить своего пациента оценить убеждение в смысловом значении, задав ему такой вопрос: “Насколько убедительным [смысловое значение] показалось вам в тот момент?” (рис. 3.2,а; табл. 3.1).

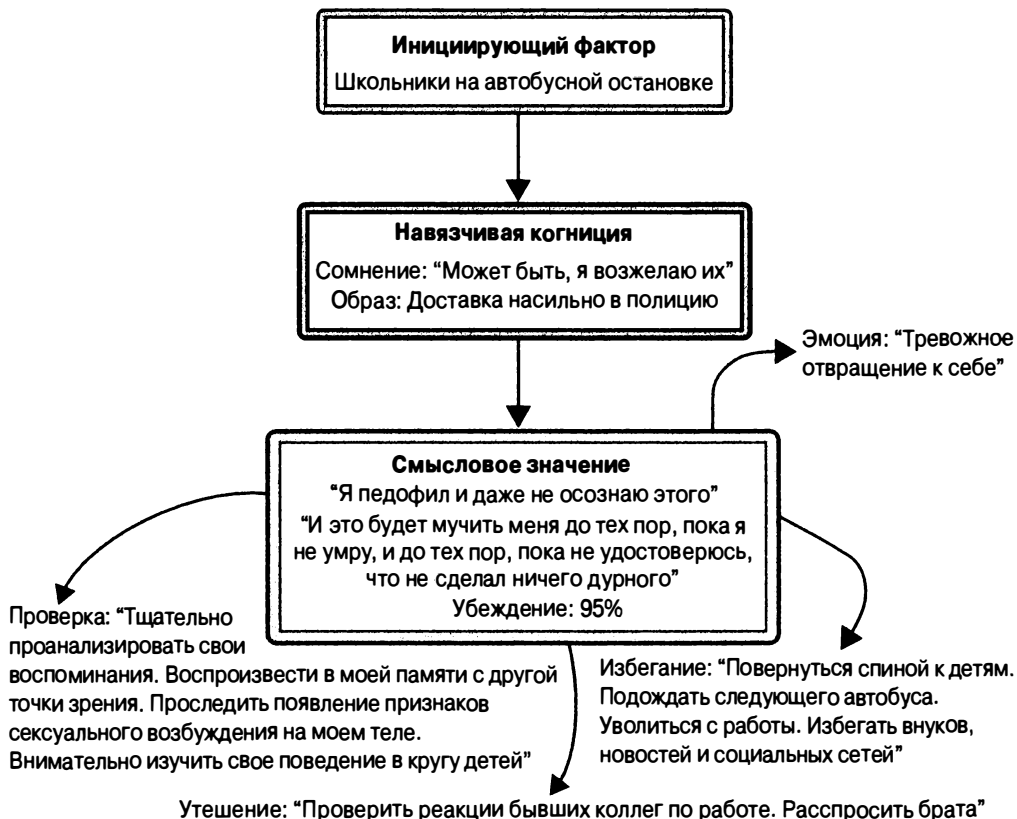


Рис. 3.2,а. Формулировка Уолтера без замкнутых циклов

Таблица 3.1. Полезные вопросы, выявляющие подробности формулировки

Ситуация	Когда данное расстройство беспокоило вас в последний раз? Где вы тогда были, что вы делали в тот момент? Какое настроение было у вас в тот день?
Навязчивая когниция	Что вы заметили в первую очередь? Каким был первый признак беспокойства? (Имеется в виду навязчивая мысль, образ или сомнение, что зачастую вызывается тем, что происходит вокруг человека)
Оценка/смысловое значение/убеждение	Когда вы подумали об этом, что это означало для вас в тот момент? Было ли это самое худшее, что могло бы случиться? Что в этом самого худшего? (Оценка особенно важна и может принести пользу для выявления смысловых значений методом "стрелки вниз")
Реакции/виды поведения в поисках убежища/компульсии/ритуалы	Когда вы подумали об этом, оценив его, то какой была ваша реакция? Что заставило вас действовать? Какое чувство это у вас вызвало? На что вы обратили внимание? Чего вы хотели добиться? Старались ли вы ничего не делать?

Главная цель здесь — донести до пациента, что подобные реакции понятны и на самом деле соответствуют реакции на убеждение, находящееся в центре формулировки. И это можно сделать в ходе подведения итогов.

3.2.1. Решение, ставшее проблематичным

Как только будут выявлены основные оценки угрозы и стратегии поиска убежища, очень важно помочь пациенту, страдающему ОКР, понять, что именно поддерживает его расстройство. Ведь то, что он начинал делать, пытаясь почувствовать себя в безопасности и уменьшить угрозу, на самом деле означало добиваться совершенно *противоположного* результата. Именно по этой причине так важно иметь оценку главной угрозы в самой сердцевине схематически составленной формулировки, поскольку такая оценка показывает *убеждение*, которое приводит в действие реакции и, в свою очередь, подкрепляется ими. Выявление порочных кругов, обусловленных эмоциональными и поведенческими реакциями, играет существенную роль в формировании “лепестков порочного цветка” особой формулировки ОКР, когда на схематическом представлении такой формулировки появляются стрелки, указывающие обратно на убеждение. Если имеется несколько примеров каждого элемента формулировки, тогда следует воспользоваться несколькими “лепестками” (например, для эмоциональных реакций, видов поведения и прочего).

Людей нередко удивляет количество, разнообразие и размах процессов, подкрепляющих в них чувство угрозы, ответственности и опасности. Полезно, может быть, подчеркнуть, что некоторые процессы просто означают автоматическую реакцию (например, тревогу), хотя они происходят намеренно и по выбору пациента (например, избегание и компульсии). Более того, некоторые процессы начинаются как автоматические (например, сосредоточение основного внимания на “угрозе”) и становятся контролируруемыми, намеренно требуя уделять внимание определенным сторонам их поведения или окружения. И все дело здесь в том, что всякий такой процесс служит для поддержания и подкрепления сложившегося убеждения в угрозе.

Имеется общая “формула”, помогающая пациенту выявить “зацикливание” каждой реакции (рис. 3.2,б). В простейшей форме она выражается в виде следующих вопросов: “Итак, когда вы подумали, что навязчивая мысль имела именно это смысловое значение, вы отреагировали таким образом [*указать каким*]. И каким оказалось следствие этого смыслового значения в тот момент? Стала ли навязчивая мысль от этого слабее или сильнее? Можете ли вы

сказать мне еще что-нибудь о том, как это могло бы действовать?” и так далее (табл. 3.2). Полезно и далее включать в подведение итогов сочувственные и нормализующие реакции наряду с такими выражениями, как “Поэтому и не удивительно, что...” или “Это имеет смысл, потому что...”.



Рис. 3.2,б. Формулировка Уолтера с замкнутыми циклами (“лепестками порочного цветка”)

Таблица 3.2. Полезные вопросы с целью направить стрелки обратно на убеждение

Тревога	Когда вы почувствовали тревогу, как тревога повлияла на мысль, что [вы отвечали за то, чтобы предотвратить наступление чего-то плохого]? Когда вы чувствуете тревогу по поводу экзамена, то считаете ли вы его чем-то важным, способным повлиять на вашу жизнь? Чувствуете ли вы большую или меньшую уверенность, что сдадите экзамен?
Ритуалы	Какое влияние оказывает совершение ритуала [указать конкретный ритуал] на ваше убеждение в необходимости совершать его на всякий случай? (Напомнить об отличии от влияния на тревогу)

Невыполнимые критерии/критерии прекращения	Итак, совершаете ли вы ритуал [указать конкретный ритуал] до тех пор, пока не почувствуете, что он совершен правильно? Какое влияние это оказало на ваше убеждение в долгосрочной перспективе?
Отвлечение внимания	Когда вы пытались не думать об этом или отвлечься, что на самом деле произошло?
Поиск утешения	Приносит ли вам поиск утешения ощущение большей или меньшей уверенности [в долгосрочной перспективе]?
Заметное положение/ избирательное внимание	Была ли у вас когда-нибудь новая автомашина или были ли вы когда-нибудь беременны? Что вы при этом заметили? Если вы заметили нечто большее, объясняется ли это тем, что вы стали замечать вокруг больше беременных женщин, автомашин или же стали уделять этому больше внимания?
Избегание	Если вы чувствуете, что не вполне справляетесь с параллельной парковкой автомашины, то какое влияние оказывает избегание на такое убеждение? Какое влияние оказывает избегание на ваше убеждение в том, что произойдет что-нибудь плохое?
Анализ действий в уме (умственная проверка)	Пытались ли вы когда-нибудь вспомнить, сделали ли вы что-нибудь или нет? Что произойдет, если вы обращаетесь к своим воспоминаниям, пытаетесь найти что-нибудь такое, чего не произошло? Что произойдет, если вы поставите перед собой столь невыполнимую задачу?
Утешение	Что означает утешение? Приходилось ли вам когда-нибудь задавать один и тот же вопрос дважды или еще больше? Что вы об этом думаете? Какое влияние это оказывает на ваше убеждение?
Общее	Когда вы начали склоняться к мысли, что [вы отвечаете за то, чтобы предотвратить наступление чего-то плохого], то какое влияние это оказало на такое убеждение? Думали ли вы вообще, что все это могло бы усугубить сложившееся трудное положение?

Метафора “Кто хочет быть миллионером” позволяет доступно объяснить результаты исследований, описанные во врезке 3.2. Участнику телевикторины предлагается выбрать один из четырех ответов, чтобы выиграть крупную сумму денег. Когда участник телевикторины выбирает правильный, на его взгляд, ответ, ведущий спрашивает его: “Вы уверены?” Обычно участник телевикторины выглядит заметно нервничающим в данный момент и колеблется. И тогда ведущий задает уточняющий вопрос: “Это ваш окончательный ответ?”, в результате чего напряжение возрастает. Это наглядный реальный пример умственной проверки и самоутешения, что на самом деле снижает уверенность в себе и повышает тревогу. Иногда участник телевикторины выбирает вариант “позвонить другу”, что почти равнозначно поиску ободрения.

Врезка 3.2. Проверка роста недоверия к памяти

Авторы публикации [Van den Hout and Kindt, 2003] составили план эксперимента для исследования участников, у которых отсутствует диагноз ОКР. Эксперимент включал в себя проверку оживляемой в анимации виртуально духовки. Одну группу участников исследования попросили произвести “надлежащую проверку” (т.е. проверить духовку), а другую группу участников — “ненадлежащую проверку” (т.е. проверить виртуальные лампочки). “Надлежащая проверка” ослабила живость и подробности воспоминаний, подорвав доверие к памяти. Исследователи пришли в итоге к выводу, что недоверие к памяти сохраняется в результате проверки. При ОКР проверка служит для снижения неопределенности, но такая стратегия оказывается малоэффективной.

Авторы публикации [Radomsky *et al.*, 2014] разработали немало изящных исследований для дальнейшего изучения функции проверки при ОКР. Они повторили упомянутый выше эксперимент, но уже с настоящей духовкой, получив в итоге аналогичные результаты. Аналогичное влияние умственной проверки обнаружили авторы публикации [Radomsky and Alcolado, 2010].

Полезно, может быть, спросить пациента, какое влияние такие процессы оказывают на частоту вызывания мыслей, что послужит отправной точкой для формулировки. Вероятнее всего, все они повышают эту частоту. Обведя схематическое представление формулировки этим завершающим кругом, можно лишний раз подчеркнуть, в какую ловушку, расставленную ОКР, попадает пациент. Ваш пациент может заметить, что некоторые поддерживающие ОКР процессы, которые он выявил вместе с вами, оказывают влияние и друг на друга. И в этом случае вы могли бы и далее провести больше линий на схематическом представлении формулировки, приведенном на рис. 3.2,а и б.

3.2.2. Формулировка в свете наблюдения

В этом разделе особенности формулировки рассматриваются в свете наблюдения за действиями психотерапевта.

3.2.2.1. Вопрос для наблюдения: невозможно понять модель, где слишком много стрелок

Формулировка может легко обескуражить психотерапевта, начинающего осваивать лечение ОКР. Когнитивная модель ОКР оказывается такой же, как и любая другая когнитивная модель расстройства настроения или тревожного расстройства, как показано ниже.

- Событие → оценка события → реакция (автоматическая и контролируемая) → последствия реакции

Например, для депрессии когнитивная модель может иметь следующий вид.

- Событие: получение отказа в предоставлении работы → оценка события: мысль “Я полный неудачник” → реакция: автоматическая: тяжесть на сердце и подавленность; контролируемая: укладывание в постель на весь день → последствия реакции: ощущение еще большей неудачи из-за лежания в постели весь день

Например, для панического расстройства когнитивная модель может иметь такой вид.

- Событие: учащенное сердцебиение → оценка события: мысль “Это означает, что у меня сердечный приступ” → реакция: автоматическая: паника; контролируемая: вызов скорой помощи → последствия реакции: большая чуткость к ощущениям в области сердца

А для ОКР когнитивная модель может иметь приведенный ниже вид.

- Мысленное событие: навязчивая мысль → оценка события: такая мысль означает нечто плохое, и с этим нужно что-то делать → реакция: автоматическая: тревога; контролируемая: поведение в поисках убежища, избегание → последствия реакции: большая чуткость к навязчивым мыслям и более твердое убеждение в том, что с такими мыслями нужно что-то делать

3.3. Нормализация

КПТ для лечения ОКР направлена на то, чтобы помочь пациенту, страдающему данным расстройством, прийти к заключению, что навязчивые мысли, какими бы тягостными они ни были, не имеют никакого отношения к дальнейшему действию. Что бы пациент ни делал, пытаясь контролировать, нейтрализовать, подавить или отреагировать на подобные мысли, все это оказывается малоэффективным, лишь повышая частоту навязчивых мыслей и делая их более заметными, вызывая озабоченность и побуждая и дальше прибегать к видам поведения в поисках убежища (ППУ). Основопологающей частью терапии является видоизменение способа, которым пациент истолковывает появление и/или содержание своих навязчивых мыслей. Это часть

общего процесса достижения альтернативного, менее угрожающего представления пациента об его навязчивых мыслях, а также о том, что они могли бы означать.

Нормализация является непрерывным процессом, помогающим пациенту лучше понять, что все дело в самих мыслях, а в том смысловом значении, которое привязывается к мыслям, личной оценке пациентом своих мыслей и убеждениях в отношении мыслей. Нормализация проводится, начиная с оценивания и таких сочувствующих заявлений, как, например: “Поэтому и не удивительно, что вы чувствовали себя неуютно в данной ситуации. Ведь мысль “Я убью своего ребенка” пришла вам на ум в тот момент, когда вы прижимали его к себе. И вы не могли отбросить эту мысль или пренебречь ею, поскольку вами владела ужасная идея, будто эта мысль означала, что вы плохой человек”.

Особые жалобы на ОКР могут потребовать применения особых методик нормализации. Так, если вспомнить о Соле и его переживаниях “недостаточной правильности”, то нормализация в данном случае включает в себя размышление о лично известных ему или других людях, у которых могли бы быть подобные переживания. У игроков в спортивные игры нередко можно заметить привычку готовиться к игре особым образом, когда они надевают сначала правую половину спортивной обуви перед каждым матчем. Если они не сделают этого, что почувствуют “невезение” или недоброе и припишут проигранный матч несоблюдению ритуала. В приведенном ниже примере диалога психотерапевта с пациентом наглядно показано, как происходит нормализация.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Считаете ли вы, что такого рода побуждения возникают и у других людей?

СОЛ: Я так не считаю, хотя и не уверен полностью.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Наличие подобных ощущений — весьма распространенное явление. Так, если бы эта картина висела на стене неровно, одни люди даже не заметили бы этого, другие — заметив, не обеспокоились бы по этому поводу, а третьи — заметив, пожелали бы выпрямить картину и продолжали бы держать ее в поле своего зрения, пока мы беседовали бы с ними. Некоторым из этих людей захотелось бы выпрямить картину настолько, что они сделали бы это, хотя это чужое для них помещение и не их картина. Большинство людей, вероятно, осознают ощущение “недостаточной правильности”, и поэтому они хотят добиться “достаточной

правильности”. У одних людей это выражается в стремлении выровнять предметы или привести их “в порядок”, а у других — сделать что-нибудь в определенном порядке или по определенной процедуре, иначе они почувствуют “недоброе”, если не соблюдут процедуру, хотя ничего плохого на самом деле не произойдет.

Нормализация приносит пользу во многих отношениях. Ее категории, рассматривавшиеся ранее в разделе 2.1, будут полезны для работы с разными людьми на разных стадиях терапии в зависимости от существующего у них понимания характера мыслей и степени развития совместного понимания у психотерапевта и пациента.

3.3.1. Людей огорчают мысли, которые им не нравятся и не согласуются с их ценностями и убеждениями

Кого будет беспокоить богохульные мысли? Вполне возможно, что некоторые люди не обеспокоятся такими мыслями, а, может быть, найдут даже их занимательными? Одна и та же мысль или образ по-разному оценивается разными людьми и сопровождается разной эмоциональной и поведенческой реакцией. Так, религиозного человека может огорчить богохульная мысль, за что он будет молить Бога о прощении, а нерелигиозный человек просто отбросит или пренебрежет такой мыслью, ничего не сделав в ответ на нее, тогда как атеистически настроенный эстрадный юморист найдет такую мысль забавной и введет ее в свое следующее выступление. Из этого можно сделать следующий вывод: навязчивые мысли огорчают и пугают людей, страдающих ОКР, именно потому, что такие мысли представляют наихудшие опасения этих людей, а не отражают их конкретные желания или ценности.

3.3.2. Оценка мысли зависит от контекста: когда “позитивная” мысль может быть огорчительной?

Вспомните какой-нибудь прекрасный праздник или особенно романтический вечер. При каких обстоятельствах подобные воспоминания не переживаются как приятные? Представьте, что вы слушаете надгробную речь на похоронах своего близкого друга, и вас посещают подобные мысли. Как бы вы на них отреагировали? Возможно ли, чтобы такие мысли переживались как нежелательные, неприемлемые и огорчительные?

3.3.3. Распространенность навязчивых мыслей

Результаты исследований показывают, что почти все люди периодически испытывают нежелательные и неприемлемые навязчивые мысли, а их содержание неотличимо у людей, страдающих ОКР и не имеющих данного расстройства (подробнее об этом см. раздел. 1.2; [Rachman and de Silva, 1978; Salkovskis and Harrison, 1984]).

3.3.4. Полезность навязчивых мыслей

Неожиданные навязчивые мысли играют важную роль в разрешении затруднений, коллективном поиске решений и творческих процессах. Большинство людей могут вспомнить моменты, когда им на ум приходила полезная мысль. Они могут, например, вспомнить о дне рождения друга или необходимости купить туалетную бумагу по дороге домой. Повседневные навязчивые мысли не являются заурядными, упорядоченными или контролируруемыми, потому что такие мысли полезны. Если попросить пациента, страдающего ОКР, представить себе внешний мир без неожиданных мыслей, такой мир покажется им странным, скучным и бесчеловечным, где нет никакой творческой инициативы, вдохновения, непосредственности.

3.4. Постановка целей для выбора направления терапии

Работа над достижением поставленных целей является существенным элементом КПТ. Поставленные цели полезно разделить на краткосрочные цели, которых можно объективно достичь за 2–4 сеанса терапии; среднесрочные цели, которых можно, в целом, достичь к концу терапии; а также долгосрочные цели, которых пациенту хотелось бы достичь за несколько последующих лет. Понятно, что некоторые люди, страдающие ОКР, пессимистично смотрят на возможное развитие их расстройства и убеждены, что в лучшем случае они могут надеяться на возможность вести весьма ограниченный образ жизни. Но тогда поставленные ими цели будут излишне ограничены. А людям, давно страдающим ОКР, было бы желательно избавиться от своих обсессивных затруднений, но им, возможно, было бы трудно представить, как в таком случае выглядела бы их жизнь. Если принять во внимание затраты на ОКР, это поможет правильно наметить цели. Полезно, например, обдумать затраты на ОКР в разных областях, включая время, денежные средства, взаимо-

отношения с членами семьи и друзьями, способность иметь эмоциональную и физическую близость, работу или учебу.

Цели постоянно обновляются и пересматриваются по мере продвижения терапии. Так, постановка или пересмотр целей по теории А или В помогает избежать или выявить недостижимые цели (например, не иметь навязчивые мысли) или же такие цели, которые уместны для других, “более податливых” форм ОКР (например, мыть руки по 2 часа в день, но без антисептика). Очень важно, чтобы долгосрочные цели были направлены на окончание терапии и входили в план предотвращения рецидивов (см. далее раздел 3.9.3). Долгосрочные цели особенно важны, поскольку они помогают пациенту перенести свое внимание на причину, по которой он мог бы выдержать дискомфорт и тяготы терапии. Это означает для пациента вернуться к нормальной жизни и прежним мечтам, от которых, как правило, приходится отказываться в результате ОКР. Привлечь пациента к терапии означает помочь ему восстановить смысл его жизни, когда она разрушена. Стремление достичь таких целей во многих случаях придает существенный характер задачам, решаемым в ходе терапии. И это можно наблюдать в виде шагов, предпринимаемых в направлении возврата к нормальной жизни и всему, что это подразумевает. Следует, однако, иметь в виду, что по мере продвижения терапии долгосрочные цели могут и должны формировать краткосрочные цели и решаемые задачи.

3.4.1. Цели в свете наблюдения

В этом разделе особенности постановки целей рассматриваются в свете наблюдения за действиями психотерапевта.

3.4.1.1. Что делать с поставленной целью не иметь навязчивые мысли?

В связи с этим возникают следующие вопросы: приходилось ли вам обсуждать научные работы по изучению навязчивых мыслей или их повсеместности и полезности? Можно ли вообще не иметь никаких мыслей? (см. разделы 1.2 и 3.3). Что мешает вашим пациентам воспринять подобные сведения? Не верят ли они результатам научных исследований? Поможет ли делу самостоятельно проведенное ими обследование? Считают ли они, что их мысли в какой-то мере плохие? Какого рода мысли могли быть у автора романов ужасов? Означают ли навязчивые мысли пациентов о насилии или чудовищных действиях, что они плохие люди? Какого рода мысли у социальных работников или полицейских, работающих в сфере защиты детей от насилия?

Означают ли мысли пациентов о детях, с которыми жестоко обращаются, что они плохие люди? Как только пациенту, страдающему ОКР, удастся изменить смысловое значение посещающих его мыслей, для него уже не важно будет их наличие.

Другая, более полезная цель состоит в том, чтобы изменить отношение к мыслям, т.е. позволить просто быть мыслями. И здесь на помощь может прийти метафора наблюдения за волнами на берегу моря или плывущими на небе облаками для наглядной иллюстрации такой цели.

3.5. Выработка альтернативного понимания по теории А/В

Как только вы составите план мероприятий как путеводную нить для терапии, добившись общего понимания с помощью вашей формулировки, на следующей стадии вам предстоит выяснить, что альтернативное понимание оказывается менее грозным, но заслуживает доверия. В центре порочного цветка находится ключевое смысловое значение, приводящее в действие психологическое расстройство. Это смысловое значение зачастую принимается пациентом как данность, к которой приспосабливается вся его жизнь. В итоге пациент, страдающий ОКР, становится убежденным в том, что произойдет что-нибудь плохое, и на нем лежит ответственность как-то с этим справиться, вызывая тем самым тревогу и ППУ.

3.5.1. Выработка альтернативного объяснения

До сих пор пациент рассматривал, в общем, свое психологическое расстройство как одну из опасностей (назовем это существующее у него представление “теорией А”). Если он считает свое психологическое расстройство опасностью и чувствует ответственность за ее предотвращение, то важно не забывать, что реакции пациента на данное расстройство не такие уж и нелогичные или излишние. Упражнение в схематическом представлении формулировки поможет наглядно продемонстрировать следующее положение: реакции пациента на самом деле служат сохранению его убеждения в опасном состоянии, несмотря на то, что они согласуются с первоначальным истолкованием. Однако без альтернативы этой центральной идее пациенту будет практически невозможно изменить свое поведение. И на самом деле такая попытка является малоэффективной, поскольку она логически приведет, в конечном счете, лишь к ощущению меньшей безопасности и большей безответственности. Прежде альтернативного объяснения (назовем его

“теорией В”) у пациента не должно быть никакого значительного выбора в противодействии своему ОКР. Следовательно, пациенту немного пользы от того, чтобы просто сказать себе прекратить ритуалы или попытаться “взять себя в руки”. Как показывает наш опыт, люди, страдающие ОКР, очень сильно стремятся “взять себя в руки”, но прежде им необходимо узнать, понять и получить помощь в том, как это сделать.

Теория А/В оказывается вполне пригодной в форме, представленной в табл. 3.3.

Таблица 3.3. Краткое изложение теории А/В

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А Оценка убеждения:	Теория В Оценка убеждения:
Какие имеются тому свидетельства? Почему я убежден(а) в этом?	
Каковы последствия? Что мне нужно делать, если это правда?	
Что это говорит обо мне как о личности?	
Чем бы стала моя жизнь, если бы я продолжал(а) действовать подобным образом?	

Следует, однако, иметь в виду, то это совсем не означает, что “теория А неверна, тогда как теория В верна”. Напротив, это лишь две разные точки зрения на то, что происходит с пациентом, и в ходе терапии необходимо выяснить, какая из этих точек зрения имеет больший смысл и согласуется с представлением пациента об его прошлых переживаниях. И к этому следует подходить пытливо, а не догматично. Задача терапии на данной стадии состоит в том, чтобы выяснить, что имеющееся у пациента истолкование ответственности и вреда (теория А) еще не факт, а лишь идея, которую можно изучить, и, в общем, психологическое расстройство может быть осмыслено разными способами. Следовательно, построение и представление пациенту альтернативной “теории В” является точкой опоры для терапии, поскольку оно дает пациенту понять, что его расстройство, может быть, лучше определить как *повышенную чувствительность к опасности, а не как саму опасность*. Хотя истолкование пациентом его расстройства можно понять, принимая во внимание его историю и реакции, выявленные в формулировке.

В теорию В полезно ввести там, где это возможно, объяснение, противоречащее негативным самоотносящимся объяснениям, характерным для ОКР. Например, в теорию В можно ввести такое объяснение: пациентка является

любящей матерью, которая, по понятным причинам, боится причинить вред своему ребенку, и поэтому она сверхчувствительна к подобным мыслям. А в других случаях можно указать, что пациент ценит чистоту, боится Бога и т.д. Альтернативное объяснение (теорию В) необходимо еще проверить, чтобы оно могло затем служить подмостками для исследования всех имеющихся свидетельств, включая более широкий контекст тех улучшений, которые могут быть достигнуты в ходе терапии, а также потерь от изменения привычного поведения. После этого альтернативное объяснение формулируется в виде поведенческих экспериментов, чтобы выяснить, что на самом деле происходит, если пациент поступает иначе, и какая теория может оказаться более пригодной. И, наконец, альтернативное объяснение служит основанием для устойчивых изменений и продвижения к намеченным целям.

Главная идея на данной стадии состоит в том, что ОКР ощущается пациентом как расстройство, несущее настоящую *опасность*, тогда как альтернативное объяснение — в том, что ОКР лучше определяется как расстройство, несущее *беспокойство об опасности*. И это может помочь, если теория В охватывает малоэффективные средства воздействия на тревогу и беспокойство по поводу истолкования данного расстройства как опасности (теория А). Иначе говоря, все усилия пациента решить проблему опасности приводят к усугублению проблемы беспокойства.

В табл. 3.4 приведены два способа осмысления психологического расстройства, доступные для Сола, работающего кофеваром и испытывающего побуждения сделать “все правильно”.

Таблица 3.4. Краткое изложение теории А и менее грозной альтернативной теории В

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А	Теория В
ОКР подсказывает мне, что я должен избавиться от этих побуждений и обрести ощущение “достаточной правильности”, а иначе я не смогу с этим совладать, и люди подумают, что я ненормальный	ОКР — это такое расстройство, которое настраивает человека на побуждения и обретение ощущения “достаточной правильности”, и это вызывает у меня тревогу и заставляет меня беспокоиться о своей возможной ненормальности
Оценка убеждения в начале лечения: 50%	Оценка убеждения в начале лечения: 50%

Пациент, долго веривший в идею опасности, может поначалу отбросить как заурядную мысль, что все дело может быть в чем-то совсем другом. У него могут, например, появиться мысли, что вы стараетесь отделаться от

него или просто утешить его. Скептическое отношение к теории В, конечно, допустимо и понятно, а зачастую психотерапевту даже полезно выразить такое отношение.

Кроме того, полезно, может быть, ввести обсуждение теории А/В в рамки наилучшего описания того затруднения, которое пациенту требуется разрешить. Это может помочь ему избежать попыток “доказать” истинность той или иной теории, а также подчеркнуть идею, что обе теории вместе не могут дать ответ на поставленный вопрос. И это положение станет еще более очевидным, если вывести следствия из каждой теории, ответив, например, на такой вопрос: “Что мне делать, если это правда?”

3.5.2. Выявления свидетельств в пользу теории А и В

На первой стадии проверки теории А/В собираются свидетельства в пользу каждой из этих теорий. Обе эти теории представляют собой соперничающие, а, возможно, и диаметрально противоположные идеи, поэтому в результате поиска свидетельств для подтверждения каждой из них нередко выясняется, что подлинных свидетельств в пользу теории А не существует. При поиске свидетельств очень важно побудить пациента, страдающего ОКР, быть как можно более беспристрастным. Особое внимание следует обратить на двойные стандарты или принятие неоднозначных свидетельств. К источникам подобных свидетельств относится все, что случилось с пациентом и другими людьми, мнения людей, знающих пациента, поведение других людей вообще, а также сведения из прошлого пациента, в том числе его образ жизни до появления у него ОКР.

Другими примерами сомнительных свидетельств являются неоднозначные и косвенные свидетельства. В частности, одновременное наступление двух событий еще не означает, что одно событие послужило причиной для другого события. Имеются ли другие случаи, когда пациент думал о чрезвычайных происшествиях, и они не произошли? Думал когда-нибудь пациент, что его брат выиграет в лотерею? Произошло ли это событие? А если не оно не произошло, то почему? (См. описание “несуразного мышления” и слияния мысли и действия в разделе 1.4.4 и подразделе 1.8.1.7 соответственно.) Рассматривая свидетельства вместе с пациентом, побудите его мысленно представить ситуацию в зале суда, где к допустимым свидетельствам применяются те же самые высокие нормы. Например, Сол не сумел сформировать настоящее свидетельство в пользу своей теории А (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Выявления свидетельств в пользу теории А/В

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А	Теория В
ОКР подсказывает мне, что я должен избавиться от этих побуждений и обрести ощущение “достаточной правильности”, а иначе я не смогу с этим совладать, и люди подумают, что я ненормальный	ОКР — это такое расстройство, которое настраивает человека на побуждения и обретение ощущения “достаточной правильности”, и это вызывает у меня тревогу и заставляет меня беспокоиться о своей возможной ненормальности
Оценка убеждения вначале лечения: 50%	Оценка убеждения вначале лечения: 50%

Какое имеется тому свидетельство? Почему я в этом убежден?	
Никакого	Как только я начал реагировать на эти побуждения, то заметил их еще больше. И тогда я почувствовал еще большую тревогу, и все стало еще хуже
	Я всегда был склонен к тому, чтобы все у меня было “правильно”

В связи с тем, что теория А долго оставалась убедительной для многих людей, страдающих ОКР, у них нередко возникает ощущение, что имеются конкретные свидетельства в ее пользу, и поэтому психотерапевту придется изучить такие свидетельства, выяснив, насколько они действительно подтверждают теорию. При этом очень важно получить от пациента оценки его убеждений в теории А/В в самом начале сеанса терапии, прежде чем перейти к подробному обсуждению обеих теорий. Вполне возможно, что первоначальная оценка убеждения в теории В окажется у пациента очень низкой (на уровне 0%), в отличие от высокой оценки убеждения в теории А. Это может само по себе пригодиться в дальнейшем, например, при исследовании свидетельств, которые, как правило, отсутствуют или неоднозначны в пользу теории А и обильны в пользу теории В. Психотерапевт может спросить пациента об этом следующим образом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как интересно, что ваше убеждение в теории А настолько твердое, несмотря на любые “убедительные” свидетельства. Чем еще, на ваш взгляд, можно было бы это объяснить?”

Это заставит пациента пересмотреть свое убеждение в том, что тревога является ключевым фактором, поддерживающим его психологическое рас-

стройством и делающим его беспокойства еще более правдоподобными (см. подраздел 1.8.1.2). Например, Лидии, проверявшей водопроводные краны, замки и все сообщения электронной почты, казалось, что у нее имеется достаточно “убедительное” свидетельство в пользу истинности теории А. И тогда психотерапевт обсудил вместе с Лидией то свидетельство, которое она привела в пользу теории А (см. приведенный ниже диалог и табл. 3.6).

Таблица 3.6. Проверка свидетельства в пользу теории А

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А	Теория В
Случится беда, если я не буду достаточно внимательна	По вполне понятным причинам я стала весьма чуткой к мысли о беде, и поэтому уделяю слишком много времени попыткам предотвратить ее
Оценка в начале сеанса терапии: 100%	Оценка в начале сеанса терапии: 0%

Какое имеется тому свидетельство? ... Почему я в этом убеждена?	

Я действительно чувствую большую ответственность за порученное мне дело (мне приходилось ухаживать за бабушкой, когда моя мама уходила на работу)	
Однажды я затопила ванную, оставив воду капать из крана	

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я понимаю, что у вас было много обязанностей в детстве, и это сильная черта вашего характера. Но не думаете ли вы, что это свидетельствует о том, что вы в большей степени предрасположены к бедствиям или более чутки к беспокойству по поводу того, что может случиться что-нибудь плохое?

ЛИДИЯ: Ну, это, наверное, могло бы как-то объяснить состояние большей чуткости. Я хочу сказать, что на плечи большинства детей не взваливается столь тяжелая ноша, и если они совершают ошибки, то в этом нет ничего страшного.

Лидии и ее психотерапевту удалось внести поправки в свидетельство на данной стадии (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Пересмотр свидетельств в пользу обеих теорий

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А	Теория В
Случится беда, если я не буду достаточно внимательна	По вполне понятным причинам я стала весьма чуткой к мысли о беде, и поэтому уделяю слишком много времени попыткам предотвратить ее
Оценка в начале сеанса терапии: 100%	Оценка в начале сеанса терапии: 0%
Какое имеется тому свидетельство? Почему я в этом убеждена?	
Я действительно чувствую большую ответственность за порученное мне дело (мне приходилось ухаживать за бабушкой, когда моя мама уходила на работу)	Наличие большей ответственности в детстве заставило меня быть начеку в отношении опасности и чувствовать, что моя обязанность — предотвратить ее
Однажды я затопила ванную, оставив воду капать из крана	То, что это случилось и имело серьезные последствия, еще не означает, что я, в общем, беспечна
Тревога очень сильно ощущается в данный момент!	

Нередко здесь оказывается полезно рассмотреть эволюционные и исторические сведения, и как это привело к развитию конкретных убеждений и уязвимостей. Полезно также быть начеку в отношении таких обуславливающих факторов, как стресс, повышенная ответственность и взгляды на угрозу, ответственность, знания и навыки, которые были почерпнуты из раннего и последующего опыта. К этому можно отнести размышление о значении таких позитивных, на первый взгляд, событий, как рождение ребенка или повышение по службе, или же таких негативных событий, как потери и убытки. Дальнейшее и более подробное рассмотрение этих вопросов может быть согласовано с пациентом в качестве домашнего задания, а ближе к концу терапии оно должно стать частью подведения итогов (см. далее раздел 3.9.3).

3.5.2.1. Осмысление последствий каждой теории

Как только вы обсудите со своим пациентом каждую теорию А и В и проверите их отличия, из чего станет ясно, что они соперничают друг с другом (лишь одна из них истинна), на следующей стадии вам придется рассмотреть последствия каждой теории для того, что пациенту необходимо делать изо дня в день, что это свидетельствует о нем как о личности и что это говорит

о его будущем. В табл. 3.8 и 3.9 приведены последствия каждой теории для Сола и Лидии соответственно.

Таблица 3.8. Последствия каждой теории для Сола

Что мне нужно делать, если это правда?	
Подсчитать, упорядочить, повторить	Пренебречь побуждениями
Стараться не вызывать побуждения, избегать обязанностей на работе, стараться по возможности не выходить из дому	Переносить неприятное чувство
	Не подсчитывать, не упорядочивать и т.д.
	Мириться со своей жизнью, не уклоняться от обязанностей на работе и не избегать людей
	Выяснить, что происходит, когда у меня не возникает ощущение "достаточной правильности"
Что это говорит обо мне как о личности?	
Я другой, странный, ненормальный	Я в порядке
Что это говорит о будущем?	
Мне придется вести ограниченный, напряженный образ жизни	Я свободен и раскован

Таблица 3.9. Последствия каждой теории для Лидии

Что мне нужно делать, если это правда? (Последствия того, я поверила в эту идею)	
Проверять больше и лучше	Не проверять
Заставить Майка проверить еще	Не привлекать никого больше к проверке
Найти в Интернете больше сведений об исследованиях того, что может пойти не так	Перестать искать во всем опасность
Делать меньше "ответственных" дел (например, оставить свою работу, если я совершу ошибку)	Доверять себе!
Оставаться все время дома	
Ни с кем не общаться	
Во что превратится моя жизнь, если продолжу действовать подобным образом? (Более долгосрочные последствия того, я поверила в эту идею)	
Станет скверно!	Станет лучше! И для Майка тоже!

Данный момент в терапии дает возможность выявить, каким образом у пациента развились виды ППУ, став все более произвольными, а иногда и недопустимыми. Пациенту очень важно поразмышлять над тем, что теория А не ставит никаких пределов требованиям ОКР вследствие того, что определение данного расстройства ничем не ограничено (например: “Случится беда, если я не буду достаточно внимательна”). В связи с этим пациенту следует задать такие вопросы: “Насколько эти конкретные проверки надлежащие?”, “Почему этого мытья рук достаточно?”, “Если теория А действительно истинна, то зачем на этом останавливаться?”, “Почему бы не сказать другим людям делать то же самое?” Ответы на эти вопросы должны привести пациента к заключению, что полное доверие теории А приводит к чрезмерно ограниченному образу жизни самого пациента и окружающих его людей. И это может быть довольно увлекательная часть сеанса терапии по мере того, как будут придуманы все более нелепые сценарии (например, приход на работу в обеззараживающем костюме). А в других случаях это позволит выявить у пациента, страдающего ОКР, уныние и сожаление, как только он увидит, насколько крайним и ограниченным уже является его поведение и насколько со временем возросла степень тяжести его расстройства.

При рассмотрении последствий теории В проще всего, по-видимому, сказать пациенту: “Пренебрегайте беспокойствами, воспринимайте их просто как беспокойства, а мысли — как мысли”. При этом полезно будет напомнить пациенту природу навязчивых мыслей: сами они являются просто мыслями, а не фактами или предвестиями, т.е. всего лишь мысленными событиями. Наглядное представление порочного цветка особенно формулировки послужит напоминанием, что целью терапии является именно смысловое значение, привязываемое к мысли.

3.5.3. Оценки убеждений по теории А/В

Как только вы завершите проверку теории А/В, попросите своего пациента оценить его убеждения в каждой из этих теорий. Теории А и В взаимоисключающие, но поначалу у пациента могут быть некоторые убеждения в каждой из них, поэтому обе теории следует снова оценить на последующих сеансах терапии. И там, где происходят (или не происходят) изменения, обсудите со своим пациентом, что, собственно, происходит.

3.5.4. Цели терапии

Если цели терапии же согласованы, их можно пересмотреть на данной стадии, чтобы проверить идеи из теории А (т.е. избавление от навязчивых

мыслей) и воплотить теперь другие идеи, улучшающие качество жизни пациента в отсутствие ОКР. По мере продвижения курса лечения краткосрочные цели будут постепенно приобретать характер среднесрочных и долгосрочных целей, как только пациент станет возвращаться к нормальной деятельности, что помогает придать больший смысл поведенческим экспериментам.

3.5.5. Теория А/В в свете наблюдения

Положение дел на данной стадии психотерапевт может выразить следующим образом: “Мой клиент говорит, что обе теории его беспокоят. Так, если его дом может сгореть, то ему имеет смысл беспокоиться”.

Теория В представляет собой идею о том, что все дело в излишнем беспокойстве. Разумеется, беспокойство — дело серьезное и существенное, но это не то же самое, что и фактическая опасность. Более того, объяснения в обеих теориях А и В не могут быть одновременно верны, и тогда возникает вопрос, какое из них верное? Для ответа на этот вопрос полезно сразу же разобрать теорию А/В следующим образом: теория А означает опасность, а теория В — тревогу и беспокойство. Действительно ли все дело в опасности или же в беспокойстве о возможной опасности? Обе эти теории взаимоисключающие и для обращения с ними применяются противоположные методы, поэтому так важно сделать все правильно.

3.6. Достижение активного изменения

Тот факт, что пациент, страдающий ОКР, обращается за помощью к психотерапевту, указывает на то, что он признает необходимость оказания ему помощи в совладании с его обсессивным расстройством. И психотерапевты играют важную роль в создании окружающей обстановки, в которой пациент чувствует, что его понимают. Если мы преуспели в пытливости и сотрудничестве с пациентом, то у нас появится выработанная нами особенная формулировка. Подытожив представление пациента об его обсессивном расстройстве (теории А) и выработав альтернативное представление, в котором его обсессивное расстройство переосмысливается как “расстройство, несущее беспокойство” (теория В), мы сталкиваемся далее с проблемой оказания помощи пациенту в достижении и *выборе* пути к изменению. Теория А/В дает общее основание для осмысления, а следовательно, и реагирования по-новому на особый образ мыслей и характер поведения пациента при ОКР. И этот процесс основывается на следующем принципе: люди, страдающие ОКР, убеждены, по понятным причинам, что их страхи и действия для со-

владания с этими страхами оправданны. Из данного процесса следует, что пациенту, страдающему ОКР, необходимо сделать следующий шаг, выбрав противостояние своим страхам вместо того, чтобы забиться в угол, льстить себя тщетными надеждами, принуждаться или подчиняться, винить себя, но не выбрать возможность избавиться от ОКР.

Выбор противостояния своим страхам с намерением не возвращаться к ним имеет совершенно иной и замечательный эффект. Он переносит внимание пациента на теорию В, когда тот начинает осмысливать следующую идею: “Мое затруднение в беспокойстве об этом”. И как только будет принято решение сделать такой выбор, оно вообще не покажется пациенту таким уж и плохим, как ожидалось с точки зрения тревоги и дискомфорта. Противостояние своим страхам действует просто и замечательно, но при условии, что пациент не держит в уме мысль, что он мог бы вернуться впоследствии к таким ритуалам, как мытье, проверка, нейтрализация, молитва.

Ниже приведена метафора, описывающая начало активного лечения ОКР, когда пациенту предлагается представить себя на корабле.

“Если вы пытаетесь воспользоваться аварийным люком (т.е. внушаете себе, например, такую мысль: “Я могу помыть руки позже” или “Я могу попросить у Бога прощения позднее”), то на самом деле вы открываете аварийный люк ниже ватерлинии! И тогда вода (т.е. ваши страхи по поводу ОКР) хлынет внутрь корабля, если вы отправитесь в плавание (т.е. станете противостоять своим страхам, связанным с ОКР) с открытым аварийным люком. В итоге вы утонете в своих страхах, вызываемых ОКР”.

Если пациент, страдающий ОКР, собирается вернуться к обсессивному способу совладания со своими мыслями, он будет и далее претерпевать тревогу, дискомфорт и эмоциональное расстройство от такого противостояния, не извлекая никакой выгоды из стремления избавиться от ОКР.

Выполняя свою роль психотерапевта, вам иногда необходимо сказать пациенту, что противостоять компульсиям в как можно большей степени вполне допустимо. Ведь это все же лучше, чем сдаться сразу, хотя такое противостояние принесет лишь умеренные и временные улучшения. В данном случае “сделка с дьяволом” все еще имеет место, и это означает, что компульсивное поведение по-прежнему основывается на допущениях, что компульсии действительно нужны для предотвращения вреда и ответственности. Главная идея состоит в следующем: когда вы можете это сделать, оно действительно действует, и когда вы приступаете, сделать это легче, чем вам кажется.

Свое состояние в данном случае один пациент с диагнозом ОКР описал таким образом.

“Я выяснил, что намного лучше чувствовать себя весь день изможденным вследствие противостояния моему ОКР, чем из-за того, что я весь день поддавался своему ОКР. Я обнаружил, что, в конечном счете, я изнуряюсь меньше, противостоя ему. И я вижу, что мог бы таким путем вернуться к нормальной жизни, вместо того чтобы оставаться и дальше рабом своего расстройства, даже не надеясь на возобновление контроля над своей жизнью”.

3.6.1. Вхождение в положение пациента

Чтобы по-настоящему понять ОКР, почувствовать и проявить искреннее сочувствие к пациенту, вам, возможно, придется представить себя на некоторое время в шкуре пациента. Иными словами, *почувствовать*, что значит столкнуться с альтернативным представлением. И хотя жить сообразно с теорией В вполне логично, в действительности это кажется рискованным, а порой и пугающим делом. И вам очень важно признаться своему пациенту, что и вас это напугало бы, если бы вы оказались на его месте. Психообразование в отношении тревоги может содействовать данному процессу, хотя в контексте нормализации пациенту важно сказать: “И не беспокойтесь, что с вашим умом не все в порядке, он делает то, что и должен делать” (см. ниже врезку 3.3).

Врезка 3.3. Психообразование в отношении “ложной тревоги” в мозгу

Человеческий мозг является результатом эволюции в течение миллионов лет. Мы обладаем многими сильно развитыми способностями, позволяющими нам вести ныне утонченный образ жизни. Можно считать, что человеческий мозг причастен к окружающей нас архитектуре, созданию Интернета и многих чудесных произведений искусства, музыки и литературы. Наш мозг можно условно разделить на “старый мозг” (более примитивную часть нашего мозга, существующую с самых давних времен) и “новый мозг” (относительно недавно развившиеся способности; например, способность к мысленному представлению и рассуждению).

В нашем мозгу имеется система обнаружения угрозы, которая называется амигдалой или миндалевидным телом и является составной частью нашего “старого мозга”. Эта система “предупреждения угрозы” находится постоянно на чеку в отношении потенциальных угроз, и если она обнаружит что-нибудь

такое, что могло бы представлять опасность, он вызовет ответную реакцию “борьбы или бегства”, и зачастую прежде, чем мы даже осознаем какую-нибудь опасность. И в этом есть свой смысл, поскольку приоритетом человеческого мозга является содействие выживанию. Благодаря такой системе предупреждения угрозы мы остаемся в безопасности, поскольку она заставляет нас действовать очень быстро, и зачастую еще до того, как мыслящая часть мозга (“новый мозг”) заметит опасность.

Когда система предупреждения угрозы в нашем мозгу обнаруживает любого рода опасность, то оказывается, что мы действуем очень быстро, даже не думая. И это имеет свой смысл. Так, если мы собираемся перейти оживленную дорогу, которая кажется свободной от транспорта в обоих направлениях, но затем слышим звук сирены, то обычно отступаем автоматически на тротуар. Вполне возможно, что у нас было достаточно времени, чтобы перейти дорогу, и мы могли бы, посмотрев в обоих направлениях, выяснить, насколько безопасно это было бы сделать. Но прежде чем вступит в действие “мыслительная” часть нашего мозга, произойдет наша автоматическая реакция отступить назад на тротуар. Система предупреждения угрозы в нашем мозгу запрограммирована на то, чтобы заставить нас действовать по принципу “береженого Бог бережет”. С эволюционной точки зрения в этом есть свой смысл. Ведь если примитивный человек слышал шорох в кустах, для него имело больший смысл всегда истолковывать это как угрозу (например, всегда реагировать так, как будто в кустах прячется хищник, даже если это может быть всего лишь звук птицы или порыв ветра), чтобы вовремя спастись бегством, если это был действительно хищник. С точки зрения выживания, спасаясь бегством, человек ничего особенного не теряет, по какой бы причине он не израсходовал на это свою энергию. Однако последствия такого поступка оказываются намного более серьезными, если мы допустим, что находимся в безопасности, когда это совсем не так. Таким образом, мы как вид развивались с системой предупреждения угрозы, которая настроена на срабатывание в ответ на любые потенциально угрожающие стимулы, что и заставляет нас действовать по принципу “береженого Бог бережет”.

Иногда система предупреждения угрозы в нашем мозгу может оказаться излишне чувствительной, а следовательно, она будет действовать неэффективно подобно дыму, предупреждающему, что хлеб в тостере пригорел, или охранной сигнализации автомобиля, которая срабатывает, когда кто-нибудь проходит мимо него. Следовательно, нам, возможно, придется перенастроить свою систему предупреждения угрозы таким образом, чтобы она перестала издавать сигналы “ложной тревоги”. ОКР заставляет нас становиться излишне чувствительными к особым видам угроз, на чем бы ни были сосредоточены наши навязчивые мысли (например, на педофилии, заражении или

загрязнении). И вполне возможно, что для запуска в действие нашей системы предупреждения угрозы потребуется совсем немного (например, человеку с навязчивыми мыслями о том, что он педофил, достаточно оказаться в кругу детей, чтобы почувствовать опасность). И в этом случае наша система предупреждения угрозы может вызвать у нас ответную реакцию “борьбы или бегства”, чтобы мы *почувствовали* необходимость избежать опасности и соответственно действовать. Со временем мы можем развить в себе хорошо отрететированные реакции на подобные сигналы “ложной тревоги”. Благодаря этому в нас укрепляется ощущение необходимости обезопасить себя каким-то образом, и нам уже труднее идти на риск. Отрицательно действующее переживание тревоги само становится сильным подкрепляющим стимулом.

Сила воображения

Способности нашего нового мозга к воображению дают нам замечательный простор для творчества и увлечений в жизни. Однако способности нашего нового мозга к воображению и мышлению могут иногда быть похищены системой предупреждения угрозы, действующей в нашем старом мозгу.

Чтобы наглядно показать силу воображения, просто рассмотрим, что происходит в нашем организме, когда мы смотрим кулинарную телепередачу. Вид приготовляемой пищи на экране телевизора раздражает наши слюнные железы и органы пищеварения, и поэтому наш организм реагирует так, как будто мы принимаем пищу, хотя и знаем, что лишь смотрим телевизор, а в перспективе нас ничего особенно возбуждающего аппетит не ожидает. Аналогично, если мы смотрим фильм ужасов, то можем почувствовать нервозность, а, может быть, даже чье-то присутствие за дверями или занавеской в ванной! И хотя мы знаем, что всего лишь смотрим фильм, находясь дома в полной безопасности, мы не можем не почувствовать, как опасность будто бы скрывается в углу. Подобным образом, если мы читаем эротическую литературу, рассматриваем эротические фотографии или смотрим сексуальные сцены по телевизору, то можем почувствовать сексуальное возбуждение в нашем теле. И в этом случае мы хорошо знаем, что мы всего лишь увлечены сексом, но наше тело все равно подготавливает нас к нему.

Все эти примеры наглядно показывают сильное влияние способности мозга к воображению на реакции нашего организма. Достаточно подумать о пище, опасности или сексе, чтобы в нашем организме активизировались соответствующие реакции, а если мысленно представить себе что-нибудь угрожающее, то активизируется реакция на угрозу. И это очень важно иметь виду при ОКР, поскольку это помогает нам лучше понять, что одного лишь наличия навязчивых когниций (например, сомнений по поводу закрытой двери,

образов микробов или навязчивых мыслей о сексуальном контакте с ребенком) оказывается достаточно, чтобы активизировать систему предупреждения угрозы в нашем мозгу и соответствующие эмоциональные реакции. И как только она активизируется, мы готовы отреагировать по принципу “береженого Бог бережет” (например, вернуться и проверить, закрыта ли дверь, продолжать мыть руки до тех пор, пока не появится ощущение, что они чистые, избегать любого контакта с детьми).

Все это очень важно иметь в виду, берясь лечить ОКР. Истолкование навязчивых мыслей как сигналов “ложной тревоги” поможет пациенту отказаться от бесполезных реакций, а также смягчить ощущение угрозы, связанное с навязчивыми мыслями. По существу, истолкование навязчивых мыслей не более чем обычных мыслей является главной особенностью данного процесса. Ясно, что это может оказаться трудным делом, когда активизируется реакция организма на угрозу. Это все равно, что остаться в здании, когда сработает пожарная сигнализация. Но это легче сделать, если знать, что тревога ложная. Таким образом, реагировать на навязчивые мысли следует так, как будто все они являются сигналами ложной тревоги. Эти идеи вытекают из работы Пола Гилберта и его коллег по сострадательной терапии [Gilbert, 2010].

К этим идеям мы можем вернуться на стадии активного изменения. Наше ошибочное истолкование происходящего приводит к “ложной тревоге”, которая может возыметь эффект подкрепления реакции на теорию А. Трудность следования теории В состоит в истолковании навязчивых мыслей так, как будто они имеют другое смысловое значение, чтобы они не вызывали “ложную тревогу”.

Мы можем пойти еще дальше, прибегнув к метафоре горных путей. Реакция на теорию А развилась в условиях тревожного умонастроения. В ходе терапии мы развиваем альтернативное представление (теорию В) в условиях нетревожного умонастроения, как показано на приведенном ниже рисунке.



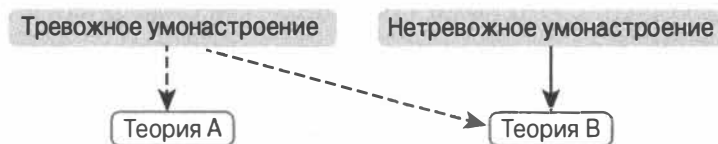
Это поможет нам объяснить, почему теория А кажется уместной реакцией, когда мы тревожимся, и почему имеет смысл обсуждать теорию В во время беседы пациента с психотерапевтом в его лечебном кабинете даже тогда, когда имеется намного меньше доверия к теории А. Хотя это, может быть, трудно сделать в условиях тревоги. Таким образом, самое трудное в тера-

пии — действовать согласно с теорией В, находясь в условиях тревоги, т.е. начать прокладывать “новый путь”.

Поведенческие эксперименты на сеансах терапии могут сыграть решающую роль в том, чтобы помочь пациенту стать на этот незнакомый ему путь. Ведь это легче сделать вместе, чем ожидать, что в первый раз пациент самостоятельно встанет на такой путь, как показано на приведенном ниже рисунке.



По мере прокладывания нового пути старый путь к теории А становится все более заброшенным и разрушенным. И со временем новый путь становится преобладающим, а идти по нему — с каждым разом все легче, как показано на приведенном ниже рисунке.



Полезно также наглядно показать, в чем состоит трудность “усидеть на двух стульях”, когда пациент хочет опробовать теорию В, но все еще придерживается идеи и поведения, как будто теория А верна, как показано на приведенном ниже рисунке. Это означает, что в поведенческих экспериментах уровень тревоги остается у пациента высоким.



Если это происходит, то пациент продолжает идти по пути к теории А, который совсем не разрушается. В итоге пациент не полностью отдает себе отчет в происходящем, если он все же придерживается теории В, а ОКР продолжает вызывать у него тревогу, как и прежде.

Если данное расстройство присутствует у пациента долгое время (годами, а, может быть, и десятками лет), то ему будет еще труднее размышлять над тем, чтобы отбросить свое представление о расстройстве по теории А. Представьте на некоторое время, как бы вы себя чувствовали, если бы ваше

собственное представление о реальности было подорвано. Несмотря на то, что представление о данном расстройстве по теории В может принести чувство освобождения и облегчения, оно может также принести чувство замешательства (например: “Если бы только я обнаружил это раньше”), потери (например: “Я столько потерял”) и самокритики (например: “Я сам виноват, что оказался в такой беде”). Очень важно признать подобные чувства, если они имеются, и еще раз отметить, что пациент старался сделать все, что только мог, исходя из своего понимания в тот момент. Побудите своего пациента рассмотреть то, что ему хотелось бы сделать, исходя из этого нового представления о данном расстройстве.

3.6.1.1. Повышение мотивации к изменению

Тот факт, что пациент, страдающий ОКР, обращается к терапии, указывает на его желание некоторых изменений. Модели стадий изменений (см., например, в [Prochaska and DiClemente, 1982]) могут оказать нам помощь в понимании трудностей, с которыми приходится иметь дело на разных стадиях изменений. На стадии размышления, когда отсутствует осознание возникшего затруднения, пациент, страдающий ОКР, может не признавать ОКР проблематичным расстройством и действительно рассматривать свои компульсии существенными или хотя бы “полезными”. На данной стадии он вряд ли обратится к терапии, если только его не побудят к этому опасения близкого ему человека. В таком случае его можно оценить как имеющего “слабое или отсутствующее представление” (по терминологии руководства *DSM-5*) о своем психологическом расстройстве.

Процесс выработки общего понимания данного расстройства в формулировке, охватывающей опыт пациента и наглядно показывающей проблематичность поиска верного решения, сам по себе является вмешательством. Такое понимание поможет пациенту перейти к стадии “размышления”, где он осознает необходимость изменений, хотя он может быть не уверен в готовности предпринять подобный шаг. Важная роль психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту перейти к стадии “подготовки к изменениям”, где он решится на изменения и подготовится перейти к стадии “действия”, где он будет активно экспериментировать со своим образом жизни сообразно с теорией В. Далее рассматривается ряд стратегий, которые могут оказать помощь пациенту, все еще сомневающемуся в “выборе изменений”.

3.6.2. Никаких гарантий

Выработав альтернативное объяснение (теорию В) причин, по которым ОКР остается у пациента, мы можем сформировать остаток терапии как период совместной работы с пациентом над тем, чтобы проверить, дает ли теория В заслуживающее доверия объяснение переживаний пациента, включая взвешивание преимуществ и недостатков каждой теории с помощью метафоры страхования. В приведенном ниже диалоге психотерапевта и пациента наглядно показано, как это делается.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как долго вы жили сообразно с теорией А?

СОЛ: Около 7 лет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И насколько удобной данная теория была для вас все это время? На что из произошедшего со временем вы обратили внимание?

СОЛ: Ну, поначалу все шло хорошо, но потом стало хуже. В итоге я стал выполнять работу, которая мне не очень нравилась, просто потому, что это означало, что мне удавалось немного легче справиться с ОКР. Я даже стремлюсь теперь удержаться на этой работе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Мелкие способы справиться с недугом стали с годами более крупными, требовательными и отнимающими немало времени, не так ли?

СОЛ: Пожалуй.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, привел ли к каким-нибудь улучшениям в состоянии ОКР образ вашей жизни сообразно с теорией А за последние 7 лет?

СОЛ: Нет, но ничего пагубного при этом не случилось. Я считаю, что мне приходилось прилагать все больше усилий, чтобы ничего не вышло неверно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне бы хотелось, чтобы мы провели вместе с вами эксперимент по проверке теории В. Итак, вы вели свой образ жизни сообразно с теорией А, и все это время вам казалось единственно разумным защитить себя. Однако теория В дает также объяснение всему, что вы делали до сих пор. Вам удалось прожить сообразно с теорией А семь лет, а что вы думаете по поводу того, чтобы проверить теорию В на протяжении нескольких следующих недель?

СОЛ: Я не знаю. Мне кажется это рискованным. Что это будет подразумевать?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, если просмотреть на лист, где сравниваются теории А и В, это, по существу, будет подразумевать жизнь сообразно с теорией В на протяжении нескольких следующих недель [указывает пациенту на ту часть листа сравнения теории А/В, где написано: “Что нужно мне сделать, чтобы жить сообразно с теорией В?”]

СОЛ: Я понимаю то, что вы говорите, но мне кажется, что я буду искушать судьбу. Мне бы хотелось, чтобы вы могли гарантировать, что ничего плохого не случится, но ведь вы не можете дать мне такую гарантию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы правы. Я не могу гарантировать, что ничего плохого не случится. Но если вы будете и дальше жить сообразно с теорией А, то я могу вам гарантировать, что ваша жизнь станет более или менее ограниченной, а ОКР еще крепче овладеет вашей жизнью. [Примечание: тон психотерапевта должен выражать озабоченность, а не быть наставительным.]

СОЛ: Я не думаю, что смог бы это вынести.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А я от вас этого и не требую. Именно поэтому вы обратились за помощью. Если вы желаете поэкспериментировать со своим образом жизни сообразно теории В, то какие потенциальные выгоды это могло бы вам принести?

СОЛ: Ну, мне просто было бы намного легче продолжать жить дальше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Совершенно верно. И что это означало бы для вашего будущего? [указывает пациенту на ту часть листа сравнения теории А и В, где написано: “Какой прогноз на будущее дает мне теория В?”]

СОЛ: Да, это рисует мне лучшее будущее, чем теория А. Но я не смог бы перенести, если бы что-то пошло не так. Ведь это была бы моя вина.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это действительно кажется рискованным, и не могу дать вам никаких гарантий. А что бы вы сказали, если бы я предложил вам заключить договор страхования, гарантирующий, что ваш дом никогда не будет ограблен или поврежден и ничего вообще не случится с близкими вам людьми?

СОЛ: Я бы заключил его! А в чем здесь подвох?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Премииальные 10 тысяч в месяц.

СОЛ: Ну, это смешно!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, но в этом договоре предлагается чрезвычайно высокий уровень страхового покрытия, и поэтому затраты должны быть большими.

СОЛ: Но ведь никто не смог бы себе такого позволить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Разумеется, я не могу предложить вам такой договор страхования. Ведь никто не может дать вам такие гарантии. В договорах страхования предлагается лишь частичное возмещение нанесенного ущерба, чтобы помочь подписавшему его справиться с последствиями, когда случится что-то плохое, а не гарантии, что ничего плохого не случится.

СОЛ: Пожалуй, так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Аналогичным образом, никто не может вам гарантировать, что ничего плохого не случится, если вы опробуете теорию В. Ведь и образ жизни сообразно с теорией А никак этого не гарантирует.

СОЛ: Но менее вероятно, что это случится.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, так и кажется. Но это дастся вам ценой больших затрат вроде чрезмерного договора страхования. Вы правы в том, что в жизни может случиться что-то плохое, и ничто нас от этого не застрахует. Но в вашем случае произошло следующее: стараясь как можно ближе подобраться к тому, что давало бы вам гарантию, вы постоянно пытались обезопасить себя до такой степени, что ваша жизнь стала для вас ничтожной. Вы пытались справиться с данным расстройством по-своему в течение семи лет, но все, по-видимому, стало еще хуже. А как насчет того, чтобы поэкспериментировать с этим в течение нескольких последующих недель? По окончании этих нескольких недель вы можете сами решить, желаете ли вы вернуться к тому, чтобы делать все по-своему, т.е. жить сообразно с теорией А. Что вы на это скажете?

3.6.3. Преимущества и недостатки изменений

Побудите пациента обратиться к процессу явного рассмотрения затрат и выгод от изменений в сравнении с их отсутствием. В качестве примера преимущества и недостатки изменений для кофевара Сола, у которого раньше все было, как полагается, приведены в табл. 3.10.

Таблица 3.10. Четырехсторонний анализ преимуществ и недостатков изменений и неизменности состояния

Преимущества неизменности состояния	Недостатки неизменности состояния
Такое состояние кажется знакомым и “безопасным”	Тревога и стресс продолжается Друзей раздражает Семья беспокоится На повторение действий тратится время Ничего не успеваю
Преимущества изменений	Недостатки изменений
Я мог бы начать вести нормальный образ жизни, избавившись от ОКР	Тревога
Тревога должна пройти	Не знаю, на что это будет похоже. Ничего неизвестно
Я смогу лучше исполнять свои обязанности на работе	
Я мог бы попроситься на другую работу или на курсы повышения квалификации	
Я смогу больше видеться с друзьями	

Начните данное упражнение вместе с пациентом на сеансе терапии, попросив пациента продолжить его в качестве домашнего задания. При просмотре домашнего задания на следующем сеансе терапии полезно указать пациенту на цели терапии, чтобы помочь ему рассмотреть любые дополнительные затраты на неизменность его состояния или выгоды от изменений, которые он еще не выявил. Кроме того, обратите особое внимание на “преимущества неизменности состояния” и “недостатки изменений”, поскольку некоторые идеи могут быть подвергнуты сомнению. И здесь вы можете, например, выразить недоумение по поводу той идеи, что пациент чувствует себя в безопасности благодаря компульсиям, поскольку это редко кому удается. Вероятнее всего, он постоянно чувствует, что беда стучится в его дверь.

Здесь может пригодиться метафора “выкапывания себя из ямы”. Так, если вы попали в яму, не пытайтесь копать дальше (т.е. продолжать ППУ), выбрать другую лопату (другое ППУ) или просить товарища копать вместе с вами (искать утешения или убежища у других людей). Вместо этого выберите из ямы сами.

3.6.4. Начало поведенческих экспериментов, включающих воздействие и столкновение

Несмотря на относительно небольшой объем этого раздела книги, он имеет существенное значение во всех случаях для включения в курс терапии активных поведенческих экспериментов, позволяющих не только подтвердить теорию В, но и помочь пациенту исправить те области его жизни, которые были поражены ОКР. Идеальный способ перейти на данную решающую стадию столкновения со страхами, воздерживаясь от компульсивного поведения (т.е. проводя поведенческие эксперименты, включающие экспозиционную терапию с подавлением реакции — ЭТПР) состоит в том, чтобы разобрать формулировку теории В (порочный цветок) и привлечь пациента к обсуждению ее последствий, а также того, как ему следует преодолевать ОКР. Из подобного обсуждения, вероятнее всего, будет сделан такой вывод: “противоборствовать хулигану”, “выяснить, что на самом деле происходит” и т.д. Такой вывод психотерапевт подкрепляет указанием на то, что если он и собирается что-то сделать, то ему придется сделать это особым образом, чтобы поддержать пациента и в максимальной степени расширить имеющиеся у него знания, согласовав “правила его участия” в экспериментах. Эти правила могут быть разными, но обычно они включают в себя следующие идеи.

- Что бы мы ни делали, мы будем делать совместно.
- Вы [т.е. пациент, страдающий ОКР] будете постоянно держать под контролем все, что происходит.
- Отрицательный ответ всегда приемлем, но мне требуется разрешение на попытку убедить вас, когда я считаю, что это, вероятно, будет полезно.
- Я вообще не буду просить вас сделать что-нибудь очень рискованное. Но вам будет часто казаться, что я предлагаю именно это. И в этот момент вы должны вспомнить о теории В.
- Я вообще не буду просить вас сделать что-нибудь такое, чего бы я не сделал сам.
- На ранних стадиях терапии я буду с вами, по возможности делая все необходимое вместе с вами. А в дальнейшем мое участие постепенно уменьшится, чтобы вы сами отвечали за все.
- Я буду поддерживать вас в состоянии дискомфорта, но не утешать вас по поводу причиненного им вреда.

- Когда мы будем делать что-то вместе с вами, я буду оставаться с вами до тех пор, пока какое-нибудь эмоциональное расстройство, дискомфорт или тревога не начнет значительно ослабевать.

Выбор ранних заданий и порядка, в котором должны разрешаться затруднения, в значительной степени зависит от уверенности пациента, степени, до которой каждая особенность расстройства мешает его разрешению, степени, до которой данная особенность расстройства проявляется в обычном окружении пациента, и, конечно, от его готовности выполнять задание. Короче говоря, такой выбор должен быть согласован с пациентом, страдающим ОКР, но при этом психотерапевт должен попросить пациента “взять на себя инициативу”. Как правило, поведенческие эксперименты должны начинаться с такого задания, которое вызовет у пациента умеренный дискомфорт. Выбранная цель таких экспериментов должна соответствовать жизненному укладу и целям пациента, чтобы достигнутый успех был самозакрепляющимся.

Поведенческие эксперименты составляют главное домашнее задание. Принимая во внимание особенно тяжелый характер ОКР, очень важно следить за исполнительностью пациента в отношении домашних заданий. Обращайте внимание на избегание, неполную правдивость в отношении домашних заданий или полное прекращение лечения. Этого можно избежать, добиваясь согласия пациента, а не просто давая ему домашнее задание. При этом психотерапевт должен пояснить пациенту: “Всякий раз, когда домашнее задание кажется вам трудным, мы можем узнать больше о данном расстройстве и его воздействии на вас. Поэтому очень важно, чтобы вы как можно более усердно выполнили все согласованное нами домашнее задание. Но если вы не в состоянии с ним справиться, то постарайтесь подробно описать в своих заметках, что, собственно, произошло, чтобы мы смогли лучше справиться с подобными затруднениями, когда они появятся в будущем. Зачастую возникающие затруднения оказываются разными особенностями той obsessions, в которой мы еще не разобрались”.

Пациент, страдающий ОКР, должен контролировать порядок появления подобных трудностей, руководствуясь важными принципами, которые обеспечат наилучшие их последствия. И эти принципы таковы.

1. Всегда искать возможности делать противоположное тому, чего требует от вас ОКР. Старайтесь, если можете, делать это почти все время.
2. Никогда не делайте ничего из того, что вы намереваетесь отменить. Это просто означает, что вы ожидаете такого момента, а ОКР остается на своем месте.

3. Если после того, как вы сделаете что-нибудь и обнаружите, что начинаете чувствовать свою подавленность, и у вас нет иного выхода, как отменить сделанное, ищите поддержки в своем решении у своего психотерапевта или близких вам людей, прося их помощи и утешения, признаваясь в чувствах тревоги и дискомфорта и сосредоточиваясь на них, а не ища ободрения.
4. Если вы обнаружите, что подавлены и отмените что-то (т.е. займетесь видами ППУ), подождите немного, а затем повторите это (т.е. проведите еще один поведенческий эксперимент, чтобы противостоять своему расстройству). Лучше всего повторить это, но еще больше (т.е. провести поведенческий эксперимент, направленный против ОКР).
5. Не забывайте, что смысл все это делать состоит в том, чтобы вернуться к нормальной жизни.

3.7. Изменения: процесс сбора свидетельств, открытия или выяснения действительных причин

Несмотря на то, что процесс обретения общего понимания и выработки альтернативной, менее угрожающей теории (В вместо А) сам по себе является эффективным терапевтическим процессом, лечение вряд ли продвинется или достигнет успеха без самого непосредственного действия со стороны пациента, страдающего ОКР. И такая перспектива может оказаться пугающей, поэтому в этом разделе поясняется, как еще больше привлечь пациента к данному процессу, добившись от него готовности подвергнуть теорию В тщательной проверке. Здесь описывается процесс изменения убеждений, приводящий к изменению тревоги. Такое изменение появляется в ходе обсуждения, употребления метафоры, а зачастую — в ходе поведенческих экспериментов.

Хорошо организованный поведенческий эксперимент является неизменно эффективным методом изменения убеждений и может проводиться в самых широких пределах: от демонстраций внимания, подавления мыслей, влияния проверки и т.д. на сеансе терапии до глубокой и интенсивной экспозиционной терапии (например, в виде эффектных поведенческих экспериментов, начиная с туалета и продолжая бутербродами, выбрасыванием запасных ключей в кусты и т.д.). *Самое главное — поведенческие эксперименты предназначены для того, чтобы помочь пациенту лучше узнать, как факти-*

чески действует имеющееся у него ОКР. В равной мере обсуждение в форме метода направляемых открытий и употребление метафоры на всех стадиях лечения обеспечивает постоянную возможность подвергнуть сомнению оценку угрозы и составить менее угрожающее альтернативное убеждение.

Оценивание и формулировка инициируют данный процесс, как только пациент начнет осмысливать идею о существовании другой точки зрения на его расстройство. Формулировка и теория А/В упрочивают данный процесс, а совместная с пациентом работа над выбором в пользу изменений подготавливает почву для активного изменения. Как только упрочится идея о нормальности навязчивых мыслей, следующий шаг состоит в том, чтобы освободиться от них. При противостоянии ОКР тревога возможна, но она пройдет. Изменения могут показаться пациенту рискованными, а их последствия — неопределенными, но чтобы преодолеть данное расстройство, ему придется отнестись терпимо к неопределенности.

Многие психотерапевты находят данную стадию трудной, поскольку пациенты могут испытывать значительное эмоциональное расстройство в результате того, что они подвергаются воздействию наихудших своих опасений. Однако люди, страдающие ОКР, обычно готовы переносить высокие уровни эмоционального расстройства, если они убеждены в эффективности лечения. Решительность в сочетании с пониманием характера эмоционального расстройства у пациента помогает создать прецедент для доверия и взаимоотношений, ориентированных на решение задач терапии. Исправить неспособность установить доверительный и структурированный подход на данной стадии в дальнейшем будет очень трудно.

3.7.1. Выявление наиболее подходящей теории

В этом разделе поясняется, как определить затруднение, которое требуется разрешить, и как выявить наиболее подходящую теорию в ходе поведенческих экспериментов.

3.7.1.1 Поведенческие эксперименты

Основополагающей частью процесса “выяснения, как действительно устроен мир” является построение теории и фактическое выполнение действий иначе, чем повелевает ОКР, как поясняется ниже во врезке 3.4.

Врезка 3.4. Чем экспозиционная терапия с подавлением реакции отличается от поведенческих экспериментов?

В поведенческой терапии применяется экспозиционная терапия с подавлением реакции (ЭТПР). При такой терапии пациент, страдающий ОКР, подвергается систематически повторяющемуся продолжительному воздействию со стороны внушающих ему опасения ситуаций, чтобы вызвать obsessивный страх. Воздействие может проводиться в естественных условиях (*in vivo*) или в воображении пациента и может включать в себя воздействие навязчивых мыслей или мыслей о катастрофических последствиях. При этом пациент не занимается никакими компульсиями и узнает, что воздействующая на него ситуация неопасна, а его тревога самопроизвольно утихает. Сеансы ЭТПР могут проводиться по-разному; например, два раза в неделю по 90–120 мин. [Abramowitz *et al.*, 2003], чтобы допустить продолжительное воздействие и угасание тревоги. Если пациент, страдающий ОКР, не занимается компульсиями, то привыкания к тревоге не происходит. Современная методика ЭТПР включает в себя также обсуждение терпимости к риску и неопределенности [Abramowitz *et al.*, 2005]. Несмотря на то, что пациенты постепенно подвергаются воздействию своих страхов, нет ничего удивительного в том, что люди уклоняются или бросают лечение из-за характера такого переживания, вызывающего у них отвращение, а также трудностей реализации протокола лечения тех людей, у которых преобладают мысленные ритуалы [Whittal *et al.*, 2008]. Основания для воздействия можно объяснить следующим образом.

“Обычно некоторая тревога появляется в том случае, когда вы начинаете такого рода работу. На самом деле это очень важная часть лечения, поскольку люди часто думают, что тревога останется и станет невыносимой. Одно из самых ценных знаний, которые вы приобрели в ходе лечения, состоит в том, что тревога не нарастает до невыносимого уровня и зачастую утихает быстрее, чем вы могли бы ожидать. Иногда тревога начинает снижаться в течение 20 мин., а чаще всего — в течение получаса или одного часа. Еще одно важное обстоятельство, которое вы обнаружите, заключается в следующем: после того, как вы подвергнетесь воздействию два или три раза, степень первоначального дискомфорта у вас постепенно уменьшится. И это лучше всего свидетельствует о действенности терапии. Со временем вы обнаружите, что сможете подвергать себя воздействию подобным образом, вообще не ощущая никакого дискомфорта”.

(См. рис. 3.3–3.5 далее в этой главе.)

Поведенческие эксперименты определяются как:

“... запланированные экспериментальные действия основанные на экспериментировании или наблюдении, которое проводится пациентами,

как на сеансах когнитивной терапии, так и в промежутках между ними. Их замысел проистекает непосредственно из когнитивной формулировки психологического расстройства и основного их назначения получить новые сведения, которые могут оказать помощь:

в проверке достоверности имеющихся у пациента убеждений о самих себе, других людях и устройстве внешнего мира;

составлении и/или проверке новых более адаптивных убеждений;

содействии развитию и установлению подлинности когнитивной формулировки”.

[Bennett-Levy *et al.*, 2004. *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*, стр. 8]

Главное отличие состоит в том, что ЭТПР подразумевает продолжительное систематическое воздействие, приводящее к привыканию к тревоге и ее угасанию. А поведенческие эксперименты предназначаются для проверки и изменения убеждений, подразумевая вызывание тревоги и терпимость к ней.

Рекомендуемая литература: глава “Exposure-based treatment for OCD” (Лечение ОКР путем воздействия) в книге *Oxford Handbook of Obsessive-Spectrum Disorders*, под редакцией Гейла Стекетти (Gail Steketee).

Ниже перечислены основные положения, которые следует иметь в виду, планируя поведенческие эксперименты.

- Убедиться в наличии ясного основания, связанного с формулировкой и теорией А/В.
- Придумать поведенческий эксперимент, имеющий значение и уместный для пациента.
- Не требовать от пациента невозможного, иначе это нарушает атмосферу взаимопонимания и доверия.
- Отказаться от составления иерархии, поскольку это ограничивает эксперимент и отнимает время.
- Обратит внимание на поведение ОКР, нарушающее воздействие поведенческого эксперимента (например, прикасаться к “зараженным” предметам только одной рукой, “отслеживать” заражение или загрязнение, незаметно искать утешения, перекладывать ответственность на психотерапевта).
- Перейти к планированию и проведению поведенческих экспериментов только пациентом, страдающим ОКР.

- Пережевать поведенческие эксперименты с другими методами внесения изменений, в том числе с проверкой сомнений методом направляемых открытий, проведением обследований, составлением континуумов и круговых диаграмм.
- Организовать поведенческие эксперименты таким образом, чтобы каждый из них мог приводить к следующему эксперименту, отвечая на вопрос: что еще необходимо сделать, чтобы выяснить?

3.7.2. Представление поведенческих экспериментов

Обсуждение поведенческих экспериментов полезно, может быть, начать в контексте теории А/В, особенно их последствий. В приведенном ниже диалоге психотерапевта с пациентом с этой целью употребляется метафора ошибочной логики, с которой полезно начать обсуждение способов, позволяющих выяснить, “как в действительности обстоит дело”, когда пациент не соблюдает правила ОКР.

ЛИДИЯ: Но ведь имеет смысл проверить, и ничего плохого не случилось с тех пор, когда я начала это делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Представьте, что вы едете в поезде, курсирующем между Лондоном и Эдинбургом. В коридоре вам встречается человек, рвущий бумагу на клочки и выбрасывающий их на железнодорожные пути. Вы спрашиваете его:

— Что вы делаете?

— Я делаю это для того, чтобы отогнать слонов от железнодорожных путей.

На это вы замечаете, что на путях нет никаких слонов. А он отвечает:

— Точно.

ЛИДИЯ: [Смеется]

Разумеется, этот человек был убежден, что если он сделает что-то конкретное, то ничего плохого не случится. Именно поэтому он выбрасывал клочки бумаги на железнодорожные пути. Это обстоятельство подкрепило его убеждение, что такое поведение было необходимым. Однако психотерапевт и пациент обычно соглашались с тем, что отсутствие клочков бумаги на железнодорожных путях не приведет к появлению на них слонов. Человек, выбрасывавший клочки бумаги на железнодорожные пути, был вовлечен

в некоторое ошибочное рассуждение, но его действия казались ему необходимыми, чтобы не допустить наступление чего-то плохого.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, что же, Лидия, нужно этому человеку сделать, чтобы выйти из затруднительного положения?

ЛИДИЯ: Ну, он должен, наверное, перестать выбрасывать клочки бумаги на железнодорожные пути.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И какой он сделает из этого вывод?

ЛИДИЯ: Ему не следовало этого делать, и он мог бы заняться чем-нибудь другим.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И как он мог бы себя чувствовать поначалу?

ЛИДИЯ: Я уверена, что очень тревожно. Но это не должно продолжаться вечно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, зачем я рассказал вам эту историю?

Это вариант убеждения, выражаемого метафорой “ученика строителя”, описанной во врезке 3.5. Для многих людей метафора ученика строителя оказывается предпочтительной, поскольку она менее “забавная” и допускает более глубокое исследование методом направляемых открытий.

Врезка 3.5. Ученик строителя

В первый рабочий день молодого ученика на строительной площадке строители решили подшутить над ним. Они велели ему поддерживать стену, которую они только что возвели, поскольку она может легко упасть, если он не поддержит ее. И ему бы лучше постараться выполнить свою работу качественно, иначе им придется восстанавливать стену, а еще хуже, если кто-нибудь получит повреждение. Представить себе это было настолько ужасно, что ученик “поддерживал” стену целыми часами. Но со временем он начал удивляться, почему ему никогда не приходилось видеть, как кто-нибудь поддерживал стену, и у него стало закрадываться подозрение, что это была шутка. Он очень осторожно отнял свои руки от стены и обнаружил, что она осталась стоять. Но он все же продолжал оглядываться через плечо, сомневаясь, стоит ли еще стена. Как же он узнал, что стена стояла прочно и не собиралась падать? Вероятно, задал ей хороший удар или толчок?

Разбор этой метафоры вместе с пациентом, страдающим ОКР, с целью выяснить, что пациент делает для поддержания стены (т.е. виды его ППУ) и что он должен сделать, чтобы толкнуть стену, дает возможность понять, почему имеет смысл проводить поведенческие эксперименты, предоставляющие ясные сведения о том, что происходит.

3.7.3. Построение теории В и опровержение теории А

Некоторые оценки угроз могут быть подвергнуты сомнению непосредственно. Так, кто-нибудь может быть убежден, что если он посмотрит на самолет в небе и подумает, что он упадет и разобьется, то это непременно произойдет. Это пример несуразного мышления и слияния мысли и действия. Для опровержения подобной теории А поведенческий эксперимент может оказаться весьма эффективным. Опасения по поводу заражения или загрязнения могут быть подвергнуты сомнению посредством прямого соприкосновения с источниками заражения или загрязнения и конкретных прогнозов начала и развития заболевания. Так, если пациент пожмет кому-нибудь руку, то в течение 24 часов у него может развиться грипп, он будет прикован к постели в течение 5 дней и заразит всех членов своей семьи. Если же этого не случится, то данный эксперимент предоставит убедительное свидетельство против теории А.

Некоторые опасения по поводу заражения или загрязнения неопровержимы. Так, если нахождение в здании со свинцовыми окнами означает, что в какой-то момент в будущем пациент будет страдать болезнями мозга, связанными с заражением свинцом, то по этому поводу нельзя сделать никаких прогнозов, которые можно было бы проверить (о терпимости к некоторой степени неопределенности см. далее в разделе 3.7.15). В таком случае можно составить прогнозы о том, как долго будет продолжаться тревога.

Многие люди неохотно изменяют характер своей реакции на обсессивные страхи, если только они не получают от терапевта убедительную гарантию, что катастрофы, ответственности за которую они боятся, не произойдет. На ранней стадии терапии основное внимание сосредоточено не на самом бедствии, вероятность которого в любом случае кажется обычно очень малой, хотя и это ужасно, а на катастрофическом влиянии ОКР. В качестве примера ниже приведен еще один диалог психотерапевта Лидией, которая выполняла проверку, чтобы предотвратить наступление чего-то плохого.

ЛИДИЯ: Я понимаю, что выработанное нами объяснение могло бы быть правильным. Но если я сокращу или даже откажусь от проверки двери, можете ли вы гарантировать мне, что мой дом не будет ограблен?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет, конечно, нет. Однако я могу дать вам другую, полную гарантию. В частности, я гарантирую, что если вы продолжите проверять дверь своего дома так, как вы делаете это теперь, то будете и дальше страдать ОКР очень долго, а, может быть, и всю оставшуюся жизнь.

Ниже приведен еще один диалог психотерапевта с Лидией на ту же тему.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если бы вы могли убедиться, что исцелитесь от своего обсессивного расстройства, раздав все, что имеется в вашем доме, то сделали бы вы это?

ЛИДИЯ: (колеблется) Ну, я, наверное, могу купить все это снова, хотя я уже потратила столько денег, чтобы совладать со своим расстройством всевозможными способами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Самое, пожалуй, хорошее заключается в том, что вам не придется ничего раздавать, чтобы достичь этого. Вам нужно лишь быть готовой пойти на такой же риск, как и всем остальным людям.

Аналогичный подход к мотивации пациента состоит в следующих вопросах: “Сколько вы заплатили бы за то, чтобы избавиться от своего обсессивного расстройства?” и “Сколько вы платите за то, чтобы убедиться, что вы чисты, уверены и т.д.?” (Подробнее о представлении изменений в качестве выбора см. ранее в разделе 3.6).

3.7.4. Постановка поведенческого эксперимента

После совместного обсуждения и обдумывания поведенческого эксперимента можно надеяться, что, пациент, страдающий ОКР, будет готов к выявлению конкретной трудности. И как только вы согласуете с ним дальнейшие действия, сделайте весьма конкретные прогнозы относительно того, что произойдет в ходе поведенческого эксперимента, а после него запишите, что фактически произошло и что он показал (табл. 3.11).

Таблица 3.11. Запись результатов поведенческого эксперимента

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло?	Какие сделаны выводы?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
		Сбылись ли прогнозы?	Что можно сказать об этом эксперименте?	

Когда речь идет о проверке, как в случае с Лидией, боявшейся, что ее дом будет ограблен или сгорит, поведенческие эксперименты для проверки происхождения оказываются довольно простыми (табл. 3.12).

Таблица 3.12. Запись результатов поведенческого эксперимента по противостоянию проверке

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Выйти из дому без проверки и вернуться домой через 1 час	Дом сгорит (80%). Я буду чувствовать себя ужасно и не смогу совладать с этим (90%)	Дом не сгорел	Это могла быть удача, а могла и не быть. Мне нужно сделать это еще раз. Поначалу я действительно очень тревожилась, но это довольно быстро прошло. Через полчаса я даже думала о чем-то другом	С теорией В. Когда я чувствовала меньшую тревогу, мне казалось намного менее убедительным, что произойдет что-нибудь плохое

Для подтверждения личных свидетельств, собранных во время поведенческих экспериментов, могут быть очень полезны научные работы (см., например, врезку 3.2 и [van den Hout and Kindt, 2003]). Это можно также внедрить в поведенческие эксперименты, побуждая других людей неоднократно проверять влияние на метапамять.

Для Сола, противоборствовавшего попыткам достичь ощущения “достаточной правильности”, психотерапевт употребил в приведенном ниже диалоге особую метафору “езды по правой стороне дороги”, чтобы наглядно показать ему следующую идею: несмотря на то, что изменения вызывают ощущение “неправильности”, это всего лишь ощущение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Предлагаю вам подумать о вождении автомашины. Представьте, что вы едете по левой стороне дороги на автомашине, где руль находится с правой стороны. И в этот моменты вы слышали из новостей, что с завтрашнего дня все участники дорожного движения должны ездить по правой, а не левой стороне дороги. Приходилось ли вам когда-нибудь ездить по правой стороне дороги?

СОЛ: Да, несколько раз в отпуске. Это очень странное чувство, и я всегда сильно нервничал по этому поводу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно, особенно поначалу это кажется неправильным и немного напрягает. Так, если бы мы перешли на езду по правой стороне дороги, то что бы, на ваш взгляд, произошло?

СОЛ: Поначалу участники дорожного движения нервничали бы, но мне кажется, все бы к этому привыкли.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И я так считаю. А не получилось бы так же, если бы вы начали делать все по-другому?

СОЛ: Мне кажется, что поначалу я бы чувствовал, то нервничаю, но затем я бы привык.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы убеждены в этом?

СОЛ: Не знаю. Если бы все мы начали ездить по правой стороне дороги, то как быть с дорожными знаками и развилками дорог и всем остальным в том же роде?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно подмечено! Чтобы разобраться в этом, потребуется время, в связи с чем, вероятно, возникнет путаница. Но вернемся к вашему расстройству. Что в нем равнозначно разбирательству с дорожными знаками?

СОЛ: Мне кажется, что делать все по-другому. Ведь что бы я ни делал, не может не испытывать влияния данного расстройства.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. И чтобы даже обратить внимание на что-то, требуется некоторое время, но как только вы решите делать что-то по-другому, вы уже будете знать, что вам нужно делать. Если вернуться к переходу на езду по правой стороне дороги, то, заметив дорожный знак, который не изменился, станем ли мы тотчас ехать снова по левой стороне дороги?

СОЛ: Нет, в этом не было бы никакого смысла. Я понял, что как только я решу делать что-то по-другому, мне придется поступать именно так во всем.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А если вернуться к моему вопросу, то убеждены ли вы, что привыкнете к этому?

СОЛ: Я не уверен, точнее — убежден наполовину. Есть во мне что-то, заставляющее меня думать, что этого не стоит делать. Я могу обычно справиться, и только в необычный день я могу фактически попасть в неприятности.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, должна быть веская причина для желания попробовать. Если бы правительство сказало нам, что мы переходим на езду по правой стороне дороги без всякой на то конкретной причины, без каких-то экономических и реальных выгод, что бы тогда, на ваш взгляд, произошло?

СОЛ: Это вызвало бы возмущение, протесты и все такое прочее. Ведь такой переход стоил бы огромных денег и создал бы массу неудобств без всяких на то причин.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Так, стоит ли напоминать, во что данное расстройство обойдется вам?

Сол и психотерапевт осуществляют далее постановку поведенческого эксперимента, где бы он выполнял что-то, вызывающее у него ощущение “неправильности” (табл. 3.13).

Таблица 3.13. Запись результатов поведенческого эксперимента по противостоянию ощущениям “недостаточной правильности”

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Выйти из дому и делать все в противоположность ОКР: закрыть входную дверь, толкнув ее за собой, пройти вправо по дорожке и открыть ворота левой рукой. Не считать и не повторять	Я буду в полной тревоге весь день с 08:30 до 18:00 (оценка убеждения: 95%). Я не смогу вести беседу со своими друзьями, запинаясь или вообще молча, и они оставят меня, одарив меня неодобрительными взглядами (оценка убеждения: 95%)	Я был в тревоге на 90% в течение 20 мин. по дороге на станцию. Я побежал за своим поездом, и в тот момент, когда я успел сесть в него, я был в тревоге уже на 50%. Когда я встретился со своими друзьями через 30 мин., то был в тревоге на 55%, после обеда — на 20%, а к тому времени, когда вернулся домой — лишь на 5–10%. Я все же побеседовал со своими друзьями и в нескольких случаях даже заставил их улыбнуться своими рассказами о грубых посетителях кафе. И хотя мне порой было неловко, никто не оставил меня и не одарил меня неодобрительными взглядами	Я обнаружил, что мне было очень трудно вынести побуждение поступить с дверью, дорожкой и воротами как обычно. Я действительно чувствовал тревогу, хотя и не настолько, чтобы бояться. Я смог перенести это чувство, и оно прошло. Мне было хорошо с моими друзьями	С теорией В. Данное расстройство настроено на побуждения и обретение ощущения “достаточной правильности”, что и вызывает у меня тревогу. Мне удалось справиться с этим, и никто не сказал мне, что я какой-то странный, а значит, теория А не годится

Джейн, у которой имелись беспокойства религиозного характера, была весьма озабочена “плохими” мыслями, которые появлялись у нее в прошлом. У нее были трудные времена, когда ей было 19 лет, и она могла бы вспомнить, как религиозные сподвижники травили и порицали ее за это. Джейн несколько раз обсуждала вместе с психотерапевтом характер всех видов ее мыслей и их нормализацию. У Джейн было немало убеждений о важности мыслей и их появлении, и с помощью “Опросника истолкований ответственности” (Responsibility Interpretations Questionnaire — RIQ; [Salkovskis *et al.*, 2000]; см. приложение 6 к данной книге) удалось выявить главные убеждения, питавшие тревогу и вину Джейн по поводу навязчивых мыслей. Опровергнуть теорию А, что она будет проклята, невозможно. Ей потребовалось время на обдумывание поведенческого эксперимента. Ведь она чувствовала большую вину за противоборство своему религиозному ОКР или даже возможность назвать это ОКР. И это привело к обстоятельному обсуждению природы религии и назначения ее исповедания. В итоге Джейн удалось поразмышлять над тем, что именно делает человека добрым, а также над значением “живой праведности”, которую она, как ей казалось, пыталась достичь в своей религии, а не безупречное прохождение каждого момента времени в молитве. Она согласилась провести поведенческий эксперимент, стараясь не молиться (табл. 3.14).

Таблица 3.14. Запись результатов поведенческого эксперимента по противостоянию беспокойствам религиозного характера

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Не ходить в церковь и не молиться неделю	Я почувствую свою вину. Вина будет невыносимой	Поначалу я почувствовала свою вину, но не отреагировала. Через 3 дня я почувствовала себя лучше. У меня появилось больше времени, сделать что-нибудь для других	Мне не нужно ходить в церковь все время, чтобы быть добрым человеком	С теорией В

3.7.5. Поведенческие эксперименты в свете наблюдения

По поводу поведенческих экспериментов психотерапевт может выразиться следующим образом: “Моя пациентка боится, что истолкование ее расстройства как ОКР может быть богохульством”.

В этом случае следует проверить теорию А/В: правильно сформулированный вопрос играет ключевую роль в том, заинтересовать клиента в изменениях. Пациента в этом состоянии можно сравнить с людьми, которые убеждены, что они действительно умрут от заражения или загрязнения.

В связи с религией у психотерапевта может возникнуть следующая мысль: “Я ничего не знаю об исламе, сикхизме, христианстве и прочих религиях” или же такая мысль: “Я настолько ревностный мусульманин, сикх, христианин и проч., что недостаточно готов справиться с этой формой ОКР”.

В этой связи, возможно, будет полезно предложить психотерапевту поразмыслить над его системой убеждений и ее ролью в данном конкретном вопросе, задав ему следующие вопросы: какие опасения имеются у него по поводу работы с конкретным психологическим расстройством и в чем их причина? Чем данная форма ОКР, на его взгляд, отличается от других форм данного расстройства? Полезно, может быть, также выявить у психотерапевта бесполезные убеждения и перенести внимание терапии на соответствующие процессы. И, наконец, полезно, как правило, обращаться за помощью к другим людям, являющимся представителями духовенства, или к членам семьи пациента, ревностно соблюдающим религиозные обряды. И хотя это даст психотерапевту возможность лучше понять пациента, поговорить непосредственно с религиозными авторитетами удастся очень редко. Ведь все дело в беспокойстве пациента по поводу религии, а не в том, что он фактически чувствует себя “неполноценным” в религиозном смысле. Никто, пожалуй, не направит человека, страдающего ОКР по поводу сексуального насилия над детьми, к специалисту по насилию в отношении детей!

В связи с проведением поведенческих экспериментов у психотерапевта может также возникнуть следующий вопрос: “Как мне проводить религиозные эксперименты против ОКР?”

Воздержание от соблюдения религиозных обрядов направлено против ОКР. Не всегда бывает возможность выполнить нечто, противоположное ОКР, например, выявить богохульные мысли и терпимо отнестись к ним. Однако противоборствовать ОКР можно настолько, насколько способен на это пациент.

Кроме того, у психотерапевта могут возникнуть следующие вопросы: “Моя клиентка считает, что ей трудно сделать что-нибудь такое, что может,

как ей кажется, повредить ее ребенку. Не лучше ли тогда лечить ее после рождения ребенка? Имеет ли для нее смысл избегать работы, если она может подхватить что-нибудь в период беременности?”

Такие вопросы сходны в своих последствиях, а значит, лечить ОКР в период беременности в какой-то степени опасно или трудно. И в этом случае инспектор, наблюдающий за ходом терапии, может ясно выразить свое мнение по данному поводу. Имеются свидетельства, что оставленная без лечения тревога представляет продолжительные риски для еще не рожденного ребенка, повышает риск депрессии и тревоги у матери после родов и, очевидно, неприятна и тяжела сама по себе [Heron *et al.*, 2004]. В связи с этим очень важно устранить ОКР на ранней стадии в предродовой период, что избежать негативного влияния на способности пациентка быть родителем. Следовательно, раннее терапевтическое вмешательство, вероятнее всего, принесет пользу, как матери, так и ребенку. И хотя в поведенческие эксперименты могут быть внесены некоторые изменения в период беременности, их все же можно проводить. После рождения ребенка полезно будет обрести ясное представление о характере ОКР и запланировать конкретные пути борьбы с данным расстройством. Полезно, может быть, также рассмотреть любые особые убеждения психотерапевта, мешающие терапевтическому вмешательству в период беременности.

Джесси оказалась способной попытаться провести поведенческий эксперимент после обсуждения с ней особой важности борьбы с ОКР в период беременности и выгод от возможности сделать это еще до рождения ребенка. Ведь рождение ребенка побуждает делать все по-другому (табл. 3.15).

Таблица 3.15. Запись результатов поведенческого эксперимента по противостоянию страхам заражения или загрязнения

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Пользование туалетом на работе	Я заболею и тем самым нанесу вред своему ребенку (оценка убеждения: 90%)	Я не заболела	Я понимаю, что, вероятнее всего, я излишне чувствительна, но, может быть, это была удача	Может быть, с обеими теориями. Необходимо повторить его снова!

Терапия продолжается с помощью последующих поведенческих экспериментов, о чем свидетельствует наблюдение за поведением других матерей после рождения их детей. Джесси составила перечень тех качеств, которые имеют значения для того, чтобы она была хорошей матерью, а затем осознала, что единственной важной стороной столь многогранной задачи является забота о своем ребенке, не причиняя ему вреда.

Уолтер обнаружил, что описанная ниже метафора “непрошеного гостя на вечеринке” помогает ему вспомнить, чтобы он освободился от своих мыслей.

“Представьте, что вы находитесь на приятной вечеринке, пьете, закусываете и беседуете с другими присутствующими на ней людьми. И тут появляется некто, кого вы очень не любите. Вы могли бы наброситься на него и выставить за дверь, вопя и крича на него и пытаясь призвать других к себе на помощь. С одной стороны, это испортило бы всю вечеринку вам и многим другим присутствующим на ней. А с другой стороны, обратив внимание на прибывшего, вы могли бы проигнорировать непрошеного гостя. И даже если он проскользнет мимо вас и останется на некоторое время в поле вашего зрения, продолжайте дальше пить, закусывать и беседовать”.

Аналогичным образом можно пренебречь навязчивыми мыслями, даже если они и блуждают в уме некоторое время. Еще одной широко употребляемой метафорой является поезд, проходящий мимо станции. Если попытаться изучить проходящий мимо поезд во всех подробностях, подсчитать количество пассажирских вагонов, установить его скорость, путь следования и место отправления, то вряд ли удастся это сделать. Вместо этого лучше практиковаться в том, чтобы позволять поезду проходить мимо станции (табл. 3.16).

3.7.6. Зачем кому-то опускать свои руки в унитаз? Назначение и ценность поведенческих экспериментов против ОКР

Цель обращения к лечению людей, обеспокоенных заражением или загрязнением, связана с тем, что они не считают, что ответственны за предотвращение распространения какого-нибудь заболевания с катастрофическими последствиями, а следовательно, они не считают себя обязанными ни мыть свои руки неоднократно, ни избегать касания определенных предметов, при-

нимать особые меры предосторожности и чувствовать тревогу. Чтобы достичь своей цели, им придется активно подвергать сомнению свое убеждение в том, что случится что-нибудь плохое, если они пойдут на риск, сделав все по-другому. У некоторых людей, опасющихся загрязнения, касание рук незнакомых людей может вызвать такое же чувство тревоги, как и касание руками предметов внутри туалета.

Таблица 3.16. Запись результатов поведенческого эксперимента по противостоянию убеждениям в нежелательных мыслях

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Забрать со своих внуков со школы	Я достану их фотографии в обнаженном виде (оценка убеждения: 100%). У меня появится эрекция (оценка убеждения: 80%). Я буду озабочен сомнением весь день и всю ночь (оценка убеждения: 100%), испытываю невыносимую тревогу (оценка убеждения: 100%)	Я не достал их фотографии в обнаженном виде. У меня в голове эпизодически всплывал ряд образов сексуальных сцен, но они, как появлялись, так и исчезали. Эрекции у меня не было. Я был внимательным к своим гениталиям. На самом деле я был слишком занят тем, чтобы помочь внукам сложить свои школьные ранцы, препроводить их домой, дать им перекусить, приготовить им обед и помочь им выполнить домашнее задание, что мне понравилось	Мне понравилось быть со своими внуками. Это нормально и приятно	Я не извращенец. Я любящий дедушка и отец, а также заслуживающий доверия и преданный учитель

Когда, пациент, страдающий ОКР, переживает навязчивые мысли, у него имеются три варианта выбора: поддаться ОКР и заняться соответствующими видами ППУ, пренебречь ОКР и ничего не делать или же противодействовать ОКР и активно подвергать сомнению свое убеждение, т.е. действовать против ОКР. Эти варианты выбора полезно выявить, и здесь метафора явля-

ется наилучшим способом объяснения причин, по которым требуется сделать нечто такое, что фактически оказывается более радикальным, чем большинство людей делают изо дня в день. Аналогия с другой формой тревоги позволяет выявить основания для проведения более “радикальных” экспериментов. Так, если у вас есть товарищ, боящийся высоты, и ему требуется посетить свою бабушку, живущую на шестом этаже многоквартирного дома, то будет ли какая-нибудь ценность в том, чтобы поднять его выше, чем на шестой этаж? Что, если его бабушка переедет в другой более высотный дом? А что, если ваш товарищ переедет в роскошную квартиру на мансардном этаже высотного дома? Будет ли какая-нибудь ценность в том, чтобы поднять человека, боящегося высоты, на вершину “Осколка” (25-этажного небоскреба в Лондоне), и какой он извлечет из этого урок? Будет ли его по-прежнему беспокоить боязнь высоты?

Поведенческие эксперименты против ОКР по-прежнему находятся в области “обычного поведения”, даже если они не реализуют повседневное поведение. Ежегодно сотни тысяч мобильных телефонов, как, впрочем, и ювелирных украшений, ключей и прочих мелких предметов роняются в унитаз. И большинство людей пытаются достать их оттуда.

Иногда оказывается полезно обсудить с пациентом реальность видов ППУ, связав это с тем обстоятельством, что психотерапевт никогда не попросит пациента сделать что-нибудь такое, что он не готов тотчас делать (подробнее о моделировании см. далее в разделе 3.7.7). При этом важно учесть некоторую перспективу возможного риска. Все авторы этой книги отдают себе отчет, что, моделируя поведенческие эксперименты по заражению или загрязнению, они могли бы заработать расстройство желудка или понос. И хотя этого с нами пока еще не происходило, мы признаем, что такое могло бы все же случиться. Впрочем, это, по-видимому, небольшая цена, которую приходится платить за то, чтобы помочь пациенту, страдающему ОКР. А если пациенту придется выбирать между внезапным острым расстройством пищеварения и ОКР в течение нескольких дней и ОКР на всю оставшуюся жизнь, то его выбор будет вполне очевиден. И это уместно обсудить с пациентами, выражающими опасения по поводу осуществления “чрезмерных” видов ППУ.

3.7.7. Моделирование

Это подразумевает, что психотерапевт должен сначала, а иногда и в большей степени, чем пациент, страдающий ОКР, сам выполнить требуемое зада-

ние. Как показывает клинический опыт, моделирование оказывается полезно в двух важных отношениях. Во-первых, это самый ясный способ продемонстрировать те виды поведения, которые требуются во время поведенческих экспериментов, особенно тех, которые часто оказываются необычными (например, ощупывание руками сиденья на унитазе, закрытие дверей, не глядя). И, во-вторых, моделирование на *ранней стадии лечения* сопровождается готовностью пациента к проведению дополнительных экспериментов на сеансах терапии и в качестве домашнего задания. Моделирование должно быть быстро оставлено, как только начнется лечение, поскольку оно может служить эффективной формой утешения.

В том случае, если пациент, боящийся заражения или загрязнения от средств для ванн и туалетных принадлежностей, которые могут быть канцерогенными, психотерапевт вводит воздействие, предлагая пациенту нанести шампунь на тыльную сторону ладони. Сначала психотерапевт наносит большое количество шампуня на тыльную сторону своих ладоней и лицо и облизывает свою руку. А затем пациент наносит небольшое количество шампуня на тыльную сторону своих ладоней и соглашается не мыть их три часа, оценив степень дискомфорта и побуждение помыть руки, периодически возникающее через определенные промежутки времени. На протяжении всего сеанса терапии психотерапевт неоднократно хвалит пациента, обращая его внимание на степень снижения его тревоги и ослабление побуждения помыть руки, которое происходит без всякой нейтрализации навязчивого поведения.

Для людей, подверженных навязчивым проверкам, общая стратегия остается той же самой, но с большим акцентом на их самостоятельные действия. Например, психотерапевт может смоделировать включение утюга не некоторое время, а затем его выключение и выход из помещения без проверки состояния утюга. Затем пациент приглашается сделать то же самое, а психотерапевт не следит за тем, когда утюг выключается. После этого оба выходят из здания на заранее определенный период времени.

Эта сторона лечения продолжается дальше и переносится на домашние задания, назначаемые для пациента, начиная с заданий, практикуемых вместе с психотерапевтом. Поначалу предполагается, что столкновение пациента со своими страхами должно быть “работой, а не увлечением”. На всех сеансах терапии и в домашних заданиях пациент, страдающий ОКР, оценивает степень дискомфорта и побуждений к нейтрализации. Благодаря этому повышается исполнительность пациента и выявляются возникающие трудности.

Во время сеанса терапии психотерапевт обсуждает вместе с пациентом изменения в степени дискомфорта, а также общую тенденцию его снижения от одного сеанса терапии к другому.

Следовательно, решающее значение имеет предотвращение реакции, самостоятельно направляемой на любое избегание или нейтрализацию. Подобные виды поведения могут быть не сразу очевидными обеим сторонам лечебного процесса. В связи с этим людям, страдающим ОКР, полезно задать себе следующие вопросы: “Если бы у меня не было обсессивного расстройства, стал(а) бы я это делать?” (этот вопрос выявляет избегание и нейтрализацию), “Что еще я бы сделал(а), если бы у меня было данное расстройство?” (данный вопрос выявляет избегание). По мере продвижения курса лечения интенсивность самостоятельно проводимых поведенческих экспериментов наращивается как можно быстрее.

Чтобы снизить ответственность в том случае, если что-нибудь пойдет не так, пациент может часто искать утешения у психотерапевта или выполнять домашнее задание буквально так, как ему было велено. Это форма избегания, указывающая на необходимость подвергнуть пациента непосредственному воздействию ответственности, которое включается как составная часть в программу его лечения после обсуждения с пациентом роли беспокойств по поводу ответственности. К этому относится также назначение домашнего задания полностью по инициативе пациента, причем подробности этого задания *не* обсуждаются с психотерапевтом. В этом случае психотерапевт обращается к пациенту со следующими словами: “Мне бы хотелось, чтобы вы спланировали свое домашнее задание на неделю самостоятельно. Это должно быть обычно назначаемое домашнее задание, но я не хочу, чтобы вы рассказывали мне любые подробности того, что вы собираетесь делать. Я лишь хочу, чтобы вы, как обычно, записали, насколько неуютно вы себя чувствовали при проведении ваших экспериментов, а также другие их результаты. Очень важно, чтобы вы поставили свои эксперименты таким образом, чтобы почувствовать себя неуютно, но не прибегать к проверке, избеганию или нейтрализации. Постарайтесь никому не говорить и даже не намекать на то, что вы сделали. На следующем сеансе терапии мы обсудим, как вы себя чувствовали, выполняя свое домашнее задание, но только вы будете нести ответственность за его назначение и выполнение. Итак, не раскрывая мне подробности того, что вы оставите без проверки, можете ли вы в общих чертах описать свое домашнее задание на следующую неделю?”

3.7.8. Поиск утешения

Поиск утешения является заметным свойством ОКР и обычно представляет собой попытку пациента добиться того, чтобы вред не был причинен ни ему, ни другим людям. Такая попытка появляется также в результате разделения или перекладывания ответственности. Предоставляя такое утешение, психотерапевт пытается уменьшить тревогу пациента, страдающего ОКР, но сама попытка обречена на провал. Ведь невозможно доказать, что вред не был и не будет причинен. Например, пациентка сообщила психотерапевту, что она не проверила в своем мусорном ведре наличие каких-нибудь таблеток, и поэтому она спросила психотерапевта, насколько это было правильно? Сообщая об этом психотерапевту, пациентка получила достаточное утешение независимо от его ответа. И у психотерапевта появилась возможность предложить корректирующее действие, чтобы пациентка смогла проверить его реакцию. Повторяющийся, постоянный и стереотипный способ искать утешения сильно напоминает другие формы ритуализации. Чтобы выяснить основания для лечения подобного нарушения, психотерапевт должен спросить пациентку, является ли облегчение, которое она получает от поиска утешения, постоянным или временным, а также сравнить поиск утешения с другими формами нейтрализации.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вас, по-видимому, снова и снова беспокоит теперь боязнь ВИЧ-инфекции. Ожидаете ли вы от меня какой-то особой реакции на это?

ДЖЕССИ: Да, по-видимому, так. Мне нужно лишь знать, что я не подхватываю ВИЧ. И я не вижу ничего плохого в том, чтобы разузнать об этом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На двух последних сеансах терапии мы обсуждали, что от того, что вы моете руки, когда вам кажется, что они загрязнились, ваше расстройство только продолжается. И аналогичные последствия, вероятно, имело обращение ко мне по поводу ваших сомнений и страхов. Прав ли я, считая, что обращение ко мне за утешением кажется вам чем-то иным?

ДЖЕССИ: Ну, мне кажется, что вы должны об этом знать, так почему бы вам не сказать что-нибудь такое, чтобы мне стало легче?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы, правы. Я, очевидно, должен это сделать, если это поможет делу. Что ж, я могу это сделать теперь же. Насколько я должен утешить вас, чтобы вам хватило этого до конца текущего месяца?

ДЖЕССИ: До конца этого месяца?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. У меня есть теперь, по крайней мере, еще два часа. Если я разрешу ваше затруднение до конца месяца, то скажу вам. Сколько вам для этого потребуется?

ДЖЕССИ: Так не годится. Этой помощи хватит мне лишь на несколько минут.

Психотерапевт может далее обсудить с пациентом, насколько поиск утешения препятствует ему противостоять тревоге по поводу его ответственности за причинение вреда, а следовательно, требуется предотвратить реакцию по собственной инициативе пациента [Salkovskis and Westbrook, 1987]. Чтобы расширить возможности препятствовать поиску утешения и напоминания об этом пациенту, полезно привлечь членов его семьи, особенно в том случае, когда пациент испытывает трудности в лечении.

Полезно также обсудить с пациентом и близкими ему людьми, каким образом другие люди могут справляться с эмоциональным расстройством. Если они не ищут навязчиво утешения, так что же они делают? Ответ на этот вопрос следует искать в том, что они делают много такого, что обычно призвано помочь им более эффективно справляться с их эмоциональным расстройством. К этому можно отнести другие важные занятия (работу, садовничество, чтение чего-то захватывающего, выход из дому для общения с другими людьми) и поиск поддержки при эмоциональном расстройстве, делаясь им с другими людьми, но не обсуждая с ними свои страхи по теории В. Привлечение членов семьи к такому обсуждению обычно помогает пациенту с большей готовностью реализовать такую стратегию. Более подробно об этом речь пойдет далее в разделе 4.6.

3.7.9. Поиск убежища в сравнении с поддержанием приближения

Для проверки в идеальном случае требуется, чтобы пациент оставил любое поведение в поисках убежища и ясно увидел, чем характер его действий по теории А и отличается от тех же действий, но по теории В. Так, если вызвать сначала навязчивую мысль с пожеланием смерти другим людям, а затем нейтрализовать ее с помощью мысленного ритуала или молитвы, либо проследить загрязнение, которое в дальнейшем должно быть очищено, то такие действия не будут ничем отличаться от того, что происходит обычно. В подобных случаях едва заметные виды поведения в поисках убежища (ППУ) должны быть исключены. А с другой стороны, появился новый все более нарастающий интерес к понятию, обозначающему виды поведения, поддерживающего приближение (ASB; [P. M. Salkovskis, personal communication, 2007;

Levy & Radomsky, 2014]). Это такие виды поведения, при которых пациент намеревается сосредоточиться на желании умышленно выбрать *приближение и преодоление* внушающих страх стимулов, вместо того чтобы защитить себя от вреда или ответственности за него. Характерным тому примером может служить употребление поначалу латексных перчаток при касании унитаза, которое затем быстро переходит в более непосредственное воздействие стимулов. Роль видов поддерживающего поведения в усилении приближения к стимулам как своего рода подмостков должна быть *явно* определена и тщательно рассмотрена в прогнозах и результатах любого поведенческого эксперимента. Конечная цель отказа от видов поведения в поисках убежища должна быть видна ясно.

3.7.10. Упрочение

Продолжение поведенческих экспериментов является крайне важной частью терапии, и как только они начнутся, их темпы должны постепенно нарастать. Многие люди могут связывать это с ездой на велосипеде, метафора которой описывается ниже.

“Когда вы только учитесь ездить на велосипеде, то можете почувствовать сильный испуг. При этом у вас может появиться мысль, что вы упадете и ушибетесь, а значит, вам потребуется немало мужества, чтобы сесть на велосипед. Когда же вы начнете крутить педали велосипеда, что почувствуете легкое раскачивание и неустойчивость своего положения, поскольку вы все еще можете свалиться с велосипеда. А что произойдет, когда вы начнете крутить педали велосипеда быстрее? Думаете ли вы по-прежнему, что свалитесь с велосипеда?”

Сесть на велосипед и начать ехать на нем — это все равно, что начать жить без ОКР. В частности, ОКР будет внушать вам, что вы упадете и ушибетесь, и поэтому нет никакого смысла делать что-нибудь по-другому. Если вы сядете на велосипед и прокрутите педали пару раз, то можете почувствовать, как вас покачивает из стороны в сторону. Иными словами, ОКР будет и дальше внушать вам, что вы упадете, но вы должны не переставать крутить педали, и тогда вас станет покачивать меньше, вы почувствуете большую уверенность в себе и устойчивость своего положения. А что случится с ОКР, если вы действительно дерзнете противостоять ему? Опробуя способы противодействия ОКР, вы словно крутите педали быстрее и в итоге обнаруживаете, что не падаете и даже получаете удовольствие от езды на велосипеде. И как только вы научитесь ездить на велосипеде, пройдя начальную стадию обучения, это войдет у вас в при-

вычку настолько, что вы будете совершать необходимые для такой езды действия, нисколько об этом не задумываясь”.

(Эта метафора придумана Салковским и развита Дж. Пулом [P. M. Salkovskis, personal communication, 2007])

А вот еще одна метафора: как бы вы обучали солдат в войсках специального назначения? Ведь они должны быть в наилучшей форме, чтобы моментально совладать с чрезвычайными ситуациями. Отправите ли вы их на берег моря, велев им бездельничать, попивая коктейль целый год, или же вы будете настойчиво обучать их совладанию с трудными ситуациями, повторяя в упражнениях то, что им следует делать? Единственный способ совладать с трудными ситуациями в будущем — упражняться в этом теперь. Таким образом, когда солдат призовут к действию, они будут вполне готовы психологически и физически противодействовать подобным ситуациям.

Для противодействия ОКР требуется практический опыт совладания с трудными ситуациями. Поведенческие эксперименты, направленные против ОКР, позволяют пациенту самостоятельно обучиться такому противостоянию в промежутках между сеансами терапии. Эту идею можно выразить иначе следующим образом:

- “Вживайся в роль, пока не войдешь в нее”, т.е. пациент должен сделать, так или иначе, попытку, несмотря на то, что он чувствует тревогу.
- “Попытайся сделать это”.

3.7.11. Где следует подвести черту поведенческим экспериментам?

Назначение поведенческих экспериментов состоит в том, чтобы вызвать те же самые мысли, которые все равно появятся, а также дать пациенту возможность упражняться в установке жить без ОКР или противодействовать ОКР с целью составить свое убеждение согласно теории В (табл. 3.17).

В примерах ситуаций, приведенных в табл. 3.17, совсем не обязательно подбирать на улице фекалии, чтобы вызвать навязчивые мысли о заражении или загрязнении, как, впрочем, и рассматривать фотографии обнаженных детей, чтобы вызвать навязчивые мысли о педофилии. В свое время, когда пациент, страдающий ОКР, преодолеет данное расстройство, как и всякий другой человек — свое затруднение, он сумеет, если потребуется, справиться с очисткой от фекалий, оставленных домашними животными, детьми или болезнями, и не думать больше о том, чтобы увидеть обнаженного ребен-

ка на берегу моря. Назначение поведенческих экспериментов, направленных против ОКР, в том и состоит, чтобы пациент, страдающий ОКР, научился сначала под руководством психотерапевта, а затем и самостоятельно бороться со своим расстройством, в том числе и в совершенно неожиданных в будущем ситуациях с фекалиями и обнаженными детьми.

Таблица 3.17. Примеры ситуаций, где следует подвести черту поведенческим экспериментам

Навязчивая мысль	Оценка угрозы	Как вызвать навязчивые мысли
Повсюду микробы	Я распространю микробы, заражу членов своей семьи, и они умрут	Не мыть руки после касания унитаза Прикасаться к предметам, к которым прикасались другие люди Пить из чашки, которой пользовался кто-то другой
Чувствую ли я влечение в этому ребенку?	Я извращенец, растлитель малолетних	Пройтись мимо школы Зайти в отдел детской литературы книжного магазина Посмотреть фильм с детьми в главных ролях Почитать в газете статью об известном растлителе малолетних

Это же относится и к поведенческим экспериментам по слиянию мысли и действия, когда мысль пациента о чем-то плохом означает, что оно непременно случится. Обычно не принято активно желать кому-нибудь чего-то плохого, хотя это крайне важный поведенческий эксперимент. У всякого найдется что-нибудь такое, от чего он почувствует себя неуютно или ему будет не по себе по причинам культурного характера, личных убеждений или ценностей. Например, люди не высказывают вслух расистские или антирелигиозные мысли вследствие личных ценностей и убеждений относительно равенства и дискриминации. Но если у пациента, страдающего ОКР, имеются навязчивые расистские мысли, то в таких особенных обстоятельствах лечения он должен непременно высказать эти мысли вслух или записать их.

Поведенческие эксперименты, направленные против ОКР, могут дать пациенту весьма явные свидетельства того, что он может вполне жить в обычных обстоятельствах и без ОКР большую часть своей жизни. Они могут так-

же побудить пациента к размышлению о поиске кратчайшего пути к тому, чтобы узнать, как ему вернуться снова к нормальной жизни.

3.7.12. Убеждения психотерапевта в свете наблюдения

В отношении пациентов у психотерапевта может сложиться такое убеждение: “Мне не нравится желать смерти людям, поскольку это кажется мне предосудительным”.

Что конкретно беспокоит вас как психотерапевта? Если это брезгливая неприязнь, то она пройдет, если вы продолжите испытывать ее до тех пор, пока она не перестанет вас беспокоить. Если же вы увлекаетесь несуразными мыслями о том, что может случиться что-нибудь плохое, тогда вам очень важно испытать себя, иначе вы вряд ли сможете чем-то помочь пациенту, страдающему ОКР.

3.7.13. Трудности из-за того, что изменения слишком рискованны

Ясно, что перспектива для пациента поддаться своим видам ППУ может показаться ему мрачной, особенно если учесть представление пациента сообразно теории А, сосредоточенное на опасности, угрозе и его ответственности за нее. Например, Уолтер может бояться, что он с большей вероятностью будет действовать сообразно своим навязчивым мыслям о педофилии, если он перестанет избегать детей или попытается избавиться от подобных мыслей. Аналогично, Джесси может показаться, что она, вероятнее всего, заболит через заражение, если откажется от очистительных ритуалов.

Метафора договора о страховании, описанная ранее в разделе 3.6.2, служит для того, чтобы подвергнуть сомнению идею о том, что теория А, которой пациент придерживается в настоящий момент, непременно обеспечит ему наибольшую, на его взгляд, защиту. В то же время эта метафора привлекает внимание пациента к долгосрочным затратам, связанным с дальнейшим применением существующих стратегий. Другие метафоры могут также помочь пациенту сделать решительный шаг к тому, чтобы приступить к проверке сложившегося положения вещей (например, метафора ученика строителя, описанная во врезке 3.5, или метафора слонов на железнодорожных путях, приведенная в разделе 3.7.2). Олицетворение ОКР в виде хулигана или вымогателя под предлогом защиты может послужить еще одной полезной метафорой, помогающей пациенту осознать, что ОКР укрепило со временем свою власть над ним, начиная делать полезные, на первый взгляд, предпо-

ложения (например, избегать нахождения в кругу детей, дважды проверять, закрыта ли дверь на замок, мыться или чиститься, если имеются сомнения в личной гигиене). И со временем ОКР действительно становится очень похожим на хулигана в своих вымогательствах (например: “Если ты проявишь неосторожность, то окажешься в тюрьме”, “Тебе придется вернуться и проверить, закрыта ли дверь” или “Это будет твоя вина, если ты заболеешь”). Если спросить пациента, какой совет он дал бы детям, которых он опекает, если бы их травмили другие дети, это поможет пациенту установить связь с тем, что ему необходимо сделать, чтобы противостоять ОКР.

3.7.14. Терпимость (до некоторой степени) к тревоге

Важно признать, что экспериментирование с проживанием сообразно с теорией В вызовет большую тревогу в краткосрочной перспективе, хотя ее терпимость окупится в долгосрочной перспективе, т.е. пациенту придется перенести краткосрочные страдания ради исцеления в долгосрочной перспективе. Полезный контекст вносит обсуждение вопросов психообразования, а также исследованных или подвергнутых сомнению убеждений относительно тревоги. Тревога вызывает отвращение, хотя она и не имеет особенно глубокого смыслового значения (подробнее об эмоциональном рассуждении из логической последовательности см. в подразделе 1.8.1.2). Полезно, может быть, также показать наглядно характер угасания тревоги с помощью графиков зависимостей, где время отложено по оси x , а оценки тревоги (от 0% до 100%) — по оси y , как показано на рис. 3.3–3.5 соответственно.

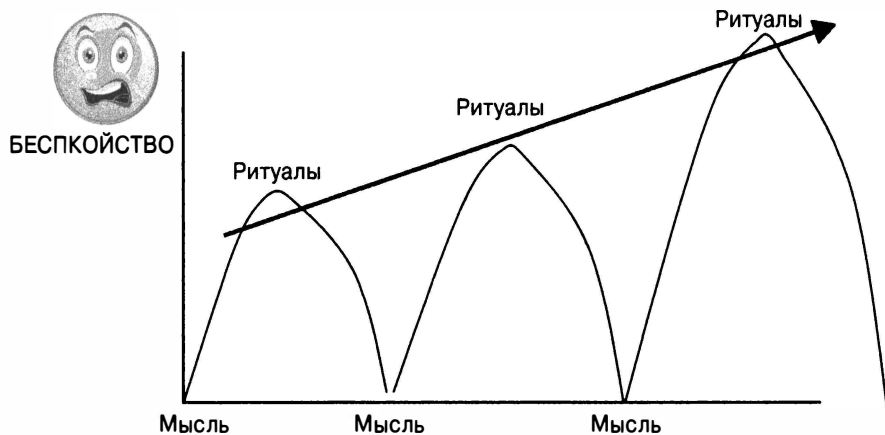


Рис. 3.3. Графики зависимости уровня тревоги: влияние на уровень тревоги, оказываемое реакцией на навязчивые мысли

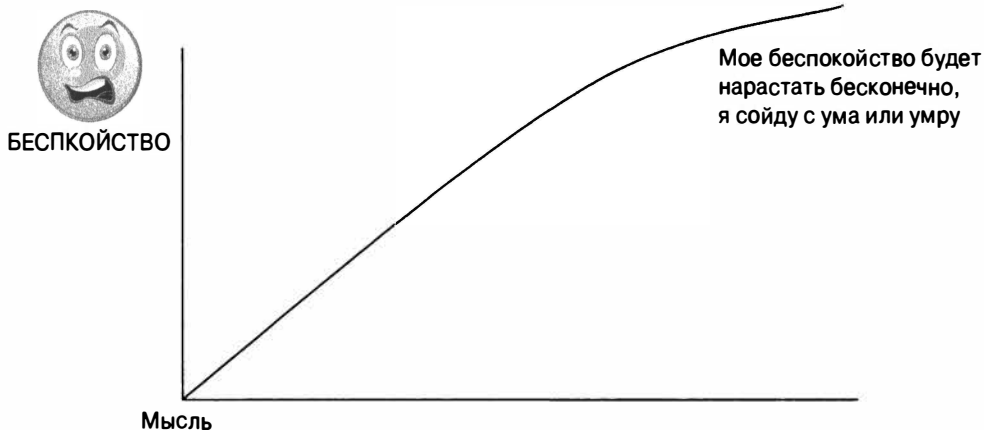


Рис. 3.4. Графики зависимости уровня тревоги: прогноз на будущее в отсутствие реакции на навязчивые мысли



Рис. 3.5. Графики зависимости уровня тревоги: что фактически происходит в отсутствие реакции на навязчивые мысли

Начните с того, чтобы наглядно показать последствия стратегий, применяемых пациентом в настоящий момент. В частности, график, приведенный на рис 3.3, наглядно показывает, что тревога сначала нарастает вслед за навязчивой мыслью, а затем быстро снижается обратно до более переносимого уровня, если прибегнуть к компульсии. Спросите пациента, как долго тревога остается у него на этом уровне. Как правило, она остается на данном уровне вплоть до следующей компульсии. Таким образом, получается график зависимости уровня тревоги, напоминающий по форме американские горки, где тревога достигает своего апогея с появлением навязчивых и прочих мыслей, обусловленных вовлечением пациента в компульсию. Очень важно показать пациенту неуклонный рост максимальных уровней тревоги по мере

появления навязчивых мыслей в долгосрочной перспективе, обратив его внимание на то обстоятельство, что тревога постепенно нарастает по мере того, как данное расстройство остается, а компульсии оказывают все меньшее влияние на снижение тревоги.

Далее попросите пациента наглядно показать на графике, что, на его взгляд, произойдет, если он откажется от привычных для него компульсий. Как правило, пациент строит график, наглядно показывающий ступенчатое нарастание тревоги до уровня 100%, где она сохраняется бесконечно долго, если не прибегнуть к компульсии (см. рис. 3.4).

Это обстоятельство открывает психотерапевту возможность, основываясь на основополагающем труде Джека Рахмана [Likierman and Rachman, 1980], предоставить пациенту сведения о “самопроизвольном угасании” тревоги и побуждении выполнить компульсии. Описанные в этом труде эксперименты обстоятельно продемонстрировали принципы ЭТПР, а именно: если пациент воздерживается от ритуализации, тогда дискомфорт и побуждение к ритуализации со временем убывает (см. рис. 3.5). Объяснение ответной реакции “борьбы или бегства”, возникающей в организме, может также помочь пациенту лучше понять характер физиологической реакции на тревогу, и в особенности то обстоятельство, что организм неспособен поддерживать тревогу на столь высоком уровне долгое время. И если дать тревоге развиваться своим чередом, то ее интенсивность начнет со временем убывать. Такую тенденцию можно наглядно показать на графике, где тревога начинает, в конечном счете, постепенно угасать. На этот график можно также нанести дополнительные линии, чтобы наглядно показать, что именно происходит при каждом конкретном приступе тревоги, если пациент продолжает отказываться от своих компульсий. В долгосрочной перспективе такая тревога уже начнет угасать на более ранней стадии, а для ее спада потребуется меньше времени.

В данный момент полезно, может быть, также показать наглядно, к чему приведет стремление пациента “усидеть на двух стульях”, когда он может в одних случаях действовать согласно теории А (т.е. выполнять компульсии), а в других случаях — согласно теории В (т.е. отказаться от компульсий). На построенном, таким образом, графике можно показать наглядно закономерность быстрого нарастания тревоги, которая остается на высоком уровне в долгосрочной перспективе.

Наглядный показ характера изменения тревоги с помощью графиков дает мощный посыл, что тревога действительно нарастает, хотя и не остается на непереносимом уровне и постепенно угаснет, если пациент сумеет вытерпеть

ее. Графики дают также ряд сильных образов, которые пациент может вызвать в памяти, проводя поведенческие эксперименты, чтобы ему легче было вспомнить, что тревога, в конечном счете, угаснет, если он будет и дальше отказываться от поиска убежища. Полезно, может быть, также исследовать любые идеи о том, что сами симптомы тревоги могут оказаться вредными. Это можно, например, сделать в ходе размышления над причинами, по которым все мы способны чувствовать тревогу (см. ранее врезку 3.3).

Прибегая к аналогии с другими тревожными расстройствами, можно рассмотреть причины, по которым стоит выдерживать некоторую тревогу в поведенческих экспериментах. С этой целью спросите пациента, страдающего ОКР, что бы он сделал, если бы он оказывал помощь товарищу в преодолении страха перед пауками. Ведь его товарищ убежден, что паук запрыгнет ему на лицо. И если бы он увидел паука, это вызвало бы у него приступ тревоги, он убежал бы, а его тревога — улеглась. А когда он увидел бы паука в следующий раз, то просто испугался бы.

Когда у пациента, страдающего ОКР, появится навязчивая мысль, он почувствует тревогу и захочет прибегнуть к видам ППУ или вообще покинуть сложившуюся ситуацию. А когда товарищ пациента остается в ситуации с пауком, хотя и боится его, у него появляется возможность выяснить, во-первых, собирается ли паук причинить ему какой-нибудь вред, а, во-вторых, его тревога ослабнет, если он останется в данной ситуации. Когда у пациента, страдающего ОКР, появляется навязчивая мысль, и он ничего не предпринимает, тогда он получает возможность выяснить, как действительно обстоит дело, изменив свои убеждения.

Кроме того, полезно рассмотреть следующий принцип: всякий способен привыкнуть к тревоге. В ходе поведенческих экспериментов мы можем спрогнозировать, в общем, что тревога возрастет, а конкретно, — насколько это будет плохо и как долго (см. графики уровня тревоги, приведенные на рис. 3.3–3.5). Напомните пациенту, с которым вы работаете, что он живет с тревогой каждый день, а ОКР мешает ему наслаждаться жизнью, зачастую обделяя людей чем-то важным (например, временем, проводимым с семьей, близкими взаимоотношениями, дружбой, возможностью есть, что хочется, свободно перемещаться по своему дому, путешествовать и т.д.). Терпимость (до *некоторой* степени) к тревоге — это та цена, которую стоит заплатить за возможность преодолеть свое расстройство. Иногда пациенту стоит поразмышлять над тем обстоятельством, что он уже платит эту цену, сохраняя в то же время свое расстройство. У многих людей, страдающих ОКР, тревога

и/или дискомфорт нарастает по мере того, как они продолжают совершать свои ритуалы. И, в конечном счете, они становятся более, а не менее тревожными.

Иногда брезгливость оказывается сильной составляющей эмоциональной реакции на противодействие страхам. Некоторые пациенты могут быть в большей степени подвержены чувству брезгливости, переживая его как создающее еще большее отвращение, особенно если то, чего они боятся, относится к вызывающим брезгливость стимулам (например, физиологическим выделениям или шлакам). В этой связи, может быть, важно признать наличие у пациента брезгливости и любых связанных с ней убеждений. Как свидетельствуют результаты исследований, брезгливость угасает таким же образом, как и тревога, хотя для этого может потребоваться больше времени [Adams *et al.*, 2011].

3.7.15. Терпимость (до некоторой степени) к неопределенности

В неопределенности состоит часть нашей жизни, ведь все мы живем с неопределенности по поводу смерти, болезни или того, что произойдет завтра. И все мы приучились или привыкли жить с такой неопределенностью. Но если мы не совсем уверены в чем-то, это еще не означает, что мы не уверены совершенно. Быть уверенным полностью невозможно, и поэтому любая степень определенности не равнозначна совершенной неопределенности. В поведенческих экспериментах мы можем прогнозировать, насколько трудно переносить неопределенность и как долго это может продолжаться. Доверие к себе наделяет возможностью делать то, что необходимо сделать. Представьте, что вам хотелось бы пребывать в постоянной уверенности относительно положительного характера ваших взаимоотношений. Что бы вы для этого сделали? Все время писать или звонить человеку, с которым вы поддерживаете близкие взаимоотношения, лишь для того, чтобы убедиться, что он находится именно там, где сказал? К каким последствиям это приведет? Терпимость к неопределенности является положительным свойством и обратной стороной доверия и уверенности.

3.7.16. Отслеживание чувств безнадежности или беспомощности

Чувство потери может быть характерным особенно для тех пациентов, у которых давно уже имеется обсессивное расстройство, в результате чего они

вели весьма ограниченный образ жизни. А чувство безнадежности может затруднить стремление предпринять попытку опробовать новый подход. Как и в работе с депрессией, в данном случае очень важно признать, что такие чувства связаны с уязвимостью, и поэтому психотерапевту, возможно, придется смоделировать оптимизм, с которым пациент преодолевает свой недуг. Не менее важно подвергнуть сомнению убеждения вроде “слишком уж поздно что-то менять” или “ничем уже не поможешь”. Проверьте достоверность чувств печали и грусти и перенесите основное внимание пациента на его желание изменить свою жизнь к лучшему, начиная с данного момента. Каким могло бы стать его личное будущее через два года? Как могла бы измениться его жизнь, если бы он справился со своим недугом теперь? И в этом случае, поддерживая выбор пациента в пользу изменений, может быть, важно обратиться снова к поставленным ранее целям, особенно тем, которые направлены на возвращение к нормальной жизни.

3.7.17. Активное изменение в свете наблюдения

В этом разделе активное изменение рассматривается в свете наблюдения за действиями психотерапевта.

3.7.17.1. С чего начать?

Выбор первоначальных задач и порядок разрешения затруднений зависит в значительной мере от уверенности пациента в себе, той степени, до которой каждая сторона его психологического расстройства оказывает на него влияние и до которой данная сторона проявляется в обычной для пациента обстановке, а также от его готовности выполнять поставленную задачу. Достигнутый успех должен сам себя подкреплять. В этой связи психотерапевт может выразить такое сомнение в успешности терапии: “Мы провели много поведенческих экспериментов, но пациент по-прежнему ставит высокую оценку своему убеждению в теории А”.

В таком случае психотерапевт должен проверить следующие основные положения терапии.

- Была ли определена оценка угрозы? Имеется ли еще что-нибудь, помимо оценки угрозы? Например, такое убеждение пациента: “Я плохой человек ..., и это означает, что ...”.
- Действительно ли теория А/В имеет смысл, как для психотерапевта, так и для пациента? Если не имеет, необходимо убедиться в ее верности еще раз.

- Прибегает ли пациент к едва заметным или скрытым видам ППУ? Избегает ли он чего-нибудь по-прежнему?
- Поведенческий эксперимент следует провести вместе с пациентом, спрашивая его по ходу дела о происходящем. Особое внимание необходимо обратить на виды ППУ или перекладывание пациентом ответственности на психотерапевта.

3.7.17.2. Почему пациент не выполняет домашние задания?

Психотерапевту следует непременно согласовать с пациентом каждое домашнее задание, а не просто назначать его, как показано в следующем примере.

“Всякий раз, когда вам трудно выполнить домашнее задание, мы можем узнать больше о вашем расстройстве и его воздействии на вас. Поэтому очень важно, чтобы вы постарались сделать все возможное, дабы полностью выполнить согласованное нами домашнее задание. Но если вы не сумеете с ним справиться, тогда будет полезно, чтобы вы сделали подробные заметки о том, что произошло. Это позволит нам лучше справиться с подобными затруднениями, когда они возникнут в будущем. Зачастую возникающие затруднения оказываются всего лишь разными сторонами расстройства, над которыми мы еще не работали”.

Вот, как психотерапевт описывает трудность “усидеть на двух стульях”: “Мой пациент готов принять участие в некоторых экспериментах, где он проверяет теорию В, но, по-видимому, он вступает в то же время “в сделку с ОКР”. Например, он готов подвергнуть себя воздействию заражения или загрязнения в течение дня, но в то же время продолжает многократно прибегать к нейтрализации, когда он оказывается дома”.

В таком случае следует разработать такие поведенческие эксперименты, результаты которых нельзя отменить. В частности, при проведении поведенческого эксперимента по заражению или загрязнению пациент должен непременно прикоснуться к предметам, которые нелегко выбросить (например, мобильные телефоны и очки) или которыми можно заразить или загрязнить все в доме.

А вот еще один пример проведения поведенческих экспериментов на практике: “Мой клиент репетирует все свидетельства в пользу теории В, когда проводит эксперимент”.

В данном случае свидетельства действуют как форма самоутешения. Психотерапевту следует проверить оценки убеждений в пользу теории В,

чтобы удостовериться в этом, а также в убеждениях относительно неопределенности. Кроме того, психотерапевту следует внедрить в поведенческий эксперимент отказ от репетиции свидетельств в пользу теории В.

3.7.18. Где следует остановиться?

По мере продвижения курса лечения и возврата пациента к нормальной жизни возникает целый ряд вопросов. Преодолев свое ОКР почти наполовину, некоторые люди, особенно те, кто были долго и основательно травмированы своим недугом, начинают, по вполне понятным причинам, нервничать по поводу прогресса, достигнутого ими в лечении. Они достигли той точки, где они стали чувствовать себя лучше, чем многие годы прежде, и поэтому дальнейшее продвижение в лечении кажется им “рискованным”. Они считают, что, может быть, следует просто сохранить достигнутые улучшения в состоянии их психического здоровья и ничего больше не делать, чтобы не “раскачивать лодку”. Такое положение дел психотерапевту стоит обсудить с пациентом, рассмотрев его с разных сторон, преследуя цель побудить пациента продолжить лечение до тех пор, пока он не преодолеет ОКР полностью.

И здесь полезными могут оказаться две метафоры. Первой является метафора инфицированной раны, когда психотерапевт предлагает пациенту мысленно представить неприятный глубокий порез на его руке, рана от которого сильно загрязнена и поэтому инфицирована. Это очень похоже на ОКР. Прогресс, достигнутый пациентом в лечении, можно сравнить с очисткой раны от инфекции почти наполовину, от чего пациенту стало лучше, хотя ему было трудно и неприятно это делать. Но неприглядного вида инфекция все еще осталась, и пациент знает, что устранить ее будет нелегко. Стоит ли в таком случае оставить все, как есть, просто перевязав рану и забыв о ней? Почему бы и нет? Что случится, если поступить именно таким образом? Цель в данном случае состоит в том, чтобы пациент пришел к следующему выводу: оставшиеся следы ОКР могут составить основание для его возобновления. Обсуждая такую перспективу вместе с пациентом, следует подчеркнуть, что она совсем не обязательна, но вполне возможна. Зачастую людям, по вполне понятным причинам, приходится решать целый ряд вопросов, связанных с их глубинными страхами, но они с неохотой противодействуют самым худшим из своих опасений. Как показывает наш опыт, это совершенно не обосновано, и поэтому психотерапевт должен побудить пациента направить все усилия на противодействия его глубинным страхам. Иногда пациенту требуется закрепить достигнутые улучшения в состоянии его психического здоровья,

прежде чем преодолевать свои наихудшие опасения. Если подобные вопросы останутся неразрешенными, пациенту придется вернуться к ним в дальнейшем, как только появятся снова некоторые симптомы его недуга, и тогда рекомендуется как можно скорее обсудить с ним, как противодействовать его глубинным страхам. Такое обсуждение стоит связать с долгосрочными целями пациента, спросив его: “Имеются ли какие-нибудь “запретные зоны” на карте вашей жизни, обусловленные наличием у вас ОКР?”

Стремлению “не раскачивать лодку” или другим подобным идеям можно противодействовать, употребив еще одну метафору. Эта метафора предполагает, что “не раскачивать лодку” — это единственный для пациента способ его поведения, когда он находится во власти ОКР. Это все равно, что оказаться в утлом челне далеко в открытом море, постоянно рискуя перевернуться, что закончилось бы плачевно. Однако по мере продвижения терапии пациент научился править лодкой на мелководье, находясь очень близко к берегу и набрав в нее совсем немного воды. Это самый подходящий момент для того, чтобы раскачать лодку как можно сильнее, вплоть до того, что она перевернется. И тогда пациент может полностью выбраться из тонущей лодки на берег, т.е. продолжить жить дальше без лодки, олицетворяющей ОКР.

3.8. Другие дискурсивные методы, содействующие изменению убеждений

В этом разделе речь пойдет о различных дискурсивных методах, позволяющих подвергнуть сомнению и изменить устойчивые убеждения.

3.8.1. Проверка оценок ответственности

Помимо физической проверки, Лидия прибегала к другим способам проверки, чтобы не допустить наступление чего-то плохого. Ниже показано, как она сама объяснила такое поведение.

ЛИДИЯ: Если я услышу шум и знаю, откуда он, я должна непременно разузнать, в чем дело, чтобы убедиться, не попал кто-нибудь в беду. И если я не выясню причину шума, значит, мне это безразлично, а следовательно, я плохой человек. Поэтому я внимательно прислушиваюсь, выхожу из дома и проверяю, исходит ли шум из улицы, а позднее проверяю еще раз, если я все еще не уверена. Что, если это была автомобильная авария, и кто-то в ней пострадал и умер бы, если бы я не оказала вовремя помощь?

Спросив Лидию, насколько вероятно, что случится что-то плохое, психотерапевт может выявить еще один пример общей склонности данной пациентки к завышенной оценке угрозы. Такая оценка означает, что наступление чего-то плохого вполне вероятно (подробнее о том, как вероятность умножается на ужасность последствий, внимание и систематические ошибки в рассуждении, см. в разделе 1.8). На данной стадии полезно обсудить с пациентом его конкретные опасения, как показано в приведенном ниже примере диалога психотерапевта с Лидией.

ЛИДИЯ: Если я услышу какой-нибудь шум, похожий на звук удара, у меня сразу же возникает мысль об автомобильной аварии и необходимости убедиться, не пострадал ли кто-нибудь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, вы живете на оживленной улице?

ЛИДИЯ: Умеренно оживленной.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Случалась ли на ней когда-нибудь авария?

ЛИДИЯ: Нет, насколько я припоминаю. Ведь я живу там уже семь лет.

Этот диалог с Лидией можно продолжить, чтобы рассмотреть, чего ей стоит реагирование на каждый шум подряд. Она могла бы и дальше вести себя в том же духе, но тогда она бы постоянно чувствовала тревогу и усталость, прерванный сон, неспособность сосредоточиться на своей работе или учебе, беспокойство ее мужа, заметившего такое ее поведение. И вполне *возможно*, что однажды один из таких шумов мог бы произойти от автомобильной аварии, и Лидия оказала бы своевременную помощь, хотя это и крайне маловероятно. Если пойти в нашем рассуждении дальше, то почувствовала бы Лидия себя полностью ответственной за реагирование на автомобильную аварию и недопущение смерти людей от их травм? И если бы случилось самое худшее и кто-нибудь умер, была бы в этом ее вина?

В данном случае психотерапевт предложил Лидии составить приведенный ниже перечень людей, которые должны, по ее мнению, нести ответственность за чью-то смерть в автомобильной аварии на улице, где она проживает.

- Я сама.
- Водитель другого автомобиля.
- Сам водитель, попавший в аварию.
- Аварийно-спасательные службы.
- Персонал скорой медицинской помощи.

- Другие люди на улице, которые могли бы остановиться и оказать помощь.
- Правительство, ответственное за то, чтобы движение на дорогах было более безопасным.

После того, как Лидия укажет в данном перечне как можно больше ответственных, на ее взгляд, людей, психотерапевт мог бы попросить ее распределить ответственность между ними по сегментам круговой диаграммы (рис. 3.6), начиная с *нижней части* перечня, а следовательно, оставив ей возможность разделить ответственность в *последнюю очередь*. Это наглядно показало бы Лидии, что даже в самом худшем случае, которого она так боится, она не была бы полностью ответственной за предотвращение чьей-то смерти от автомобильной аварии.



Рис. 3.6. Круговая диаграмма распределения ответственности

Убеждение Лидии в том, что она несет полную ответственность за исход событий, если она могла бы каким-то образом повлиять на него, служит характерным примером категорического мышления. Назначение диаграммы распределения ответственности состоит не в том, чтобы убедить Лидию, что она не несет никакой ответственности, но в том, чтобы привлечь ее внимание к тому обстоятельству, что она лишь одна из тех, кто мог бы (гипотетически) повлиять на исход событий. Если люди чувствуют свою особую ответственность за какие-нибудь события в их прошлом (например, за свое участие тем или иным образом в происшествии), данное упражнение может помочь им тщательно пересмотреть такие события и прийти к выводу, что

они вряд ли могли не оказать совершенно никакого влияния на исход события. Такой пересмотр вызовет больше сомнений, чем уверенности, что они не несли никакой ответственности за исход событий в их прошлом.

3.8.2. Двойные стандарты и советы другим людям

После составления круговой диаграммы Лидия все же пребывала в нерешительности, как следует из приведенного ниже ее диалога с психотерапевтом.

ЛИДИЯ: Я понимаю, что вы имеете в виду, и я знаю, что в этом происшествии вряд была бы моя вина. Но я все же думаю, что если бы у меня была какая-нибудь возможность оказать помощь, мне следовало бы это сделать. Ведь добрый человек должен всегда помогать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Всегда?

ЛИДИЯ: Да, я так думаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можете ли вы вспомнить кого-нибудь, что действительно поступает именно так?

ЛИДИЯ: Я знаю много добрых людей, и я думаю, что они будут всегда помогать другим людям.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, те люди, которые известны вам как добрые, вскакивают с постели, когда услышат шум?

ЛИДИЯ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Возвращаются ли они назад и проверяют разговоры с другими людьми, чтобы убедиться, не обидели ли они их?

ЛИДИЯ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не думаете ли вы, что они должны поступать именно так?

ЛИДИЯ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ну, так почему же вы должны поступать именно так? Почему вы применяете эти строгие нормы поведения к себе, когда не ожидаете их от других “добрых” людей?

Обсуждение может быть продолжено, чтобы исследовать расхождение между нормами поведения Лидии по отношению к другим людям и себе самой, а также найти ответ на такой вопрос: почему она придерживается столь строгих норм поведения? Некоторые из этих норм поведения могут быть

связаны с характерными для ОКР убеждениями, выявленными по “Шкале допущений ответственности” (RAS; см. приложение 5 к этой книге, а также в [Salkovskis *et al.*, 2000]). Например, такое убеждение: “Для меня непрости-тельна даже незначительная небрежность, если она могла каким-то образом повлиять на других людей” или же другие менее характерные убеждения па-циента в себе: “Мне необходимо стараться больше, чем другие”. Каким бы ни был характер таких убеждений, они, вероятнее всего, будут негативными и непоколебимыми. Полезно, может быть, обсудить с данной пациенткой исто-ки таких убеждений, которые могут быть связаны с прежними ее пережива-ниями или конкретным опытом, когда пациентка чувствовала, что не сделала того, что ей следовало бы сделать (подробнее об истоках убеждений в ответ-ственности см. в разделе 1.8).

Из описанного выше обсуждения следует вывод: данное убеждение не-обходимо подвергнуть сомнению, задав такие вопросы: как должен выгля-деть новый вариант этого убеждения? Какой его вариант более справедлив и правдоподобен? И какой вариант данного убеждения имеется у друзей Лидии, которых она считает “добрыми людьми”? Обсуждение этих вопросов возвращает обратно к теории А/В, дополняя и исправляя ее по мере сбора новых данных.

3.8.3. Континуумы

Применение континуумов может быть полезно для того, чтобы подвер-гнуть сомнению дихотомическое мышление. Например, представление о том, что быть менее осторожным означает быть полностью беспечным или без-ответственным. Когда Лидия боролась с идеей пренебречь своими побужде-ниями к проверке, она все еще (по крайней мере, отчасти) была убеждена, что проверка ей нужна, чтобы быть внимательным и ответственным челове-ком. И тогда психотерапевт нарисовал ей континуум, объяснив его назначе-ние в приведенном ниже диалоге.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Это очень похоже на то, что если вы меньше про-веряете, то становитесь менее внимательной. Давайте это обдумаем, нари-совав шкалу вашей “беспечности”. Допустим, что некоторые люди весьма беспечны. Возможно, это известные люди или же те, кого вы сами считае-те беспечными. Укажем их место на линии.

ЛИДИЯ: А как насчет пьяного водителя, который едет слишком быстро мимо школы, когда дети возвращаются после уроков домой?

Пьяный водитель, проезжающий мимо школы	Я сама
Совершенно беспечен	Вся внимание

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, я понимаю вас так, что если вы будете делать что-то меньше, то у вас возникнет такое чувство, будто вы ведете себя в большей степени как пьяный водитель. Но мне любопытно, где вы расположите на этой линии ряд других людей. Как насчет вашего мужа Майка?

ЛИДИЯ: Ну, он, конечно, не ведет себя как пьяный водитель, хотя он и менее внимателен, чем я. Так, может быть, где-нибудь посредине?

Пьяный водитель, проезжающий мимо школы	Муж	Я сама
Совершенно беспечен		Вся внимание

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. А как насчет вашей подруги Гретхен, у которой скоро будет ребенок?

ЛИДИЯ: О, да. Ну, она довольно беспечна, и поэтому ее можно, вероятно, указать где-то между Майком и пьяным водителем.

Пьяный водитель, проезжающий мимо школы	Гретхен	Муж	Я сама
Совершенно беспечен			Вся внимание

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, что вы думаете на данный момент?

Зачастую пациент, глядя на линию континуума, замечает, что его поведение оценивается намного выше среднего и что, изменив свое поведение, он переместится в направлении “нормального” поведения, т.е. именно того, чего он хочет достичь. При этом очень важно подкрепить идею, что быть “достаточно внимательным” вполне допустимо, чтобы получать удовольствие от других сторон жизни. Исследование других качеств людей, которые они считают положительными, также помогает подвергнуть сомнению идею, что бороться с ОКР совсем не означает быть беспечным. И раз уж ущерб, наносимый ОКР, действительно признан, то очень полезно оформить борьбу с ОКР как выбор, сокращающий эмоциональный вред для самого пациента и близких ему людей. Хотя справедливо и обратное: остаться с ОКР означает сделать теперь активный выбор, продолжая вести ограниченный образ жизни, способный вызывать страдания (табл. 3.18).

Таблица 3.18. Сводка того, чему Лидия научилась в рамках теории А/В

Теория А	Теория В
Что полезно запомнить (уроки, извлеченные из обсуждения)	
Узкая направленность	Широкая направленность и более крупная картина
Только мысли о следующей опасности (тушение пожара), из-за чего действиями руководит тревога и чувства	Совсем не стоит <i>постоянно</i> верить в опасность. Если делать меньше, то я смогу стать лучше в других отношениях
Чувства отличаются от свидетельств, особенно в тревожном состоянии!	Я фактически стану лучше замечать опасность
Нет никаких “настоящих” свидетельств, что мне необходимо предпринимать больше мер предосторожности, чем другим людям	Я буду больше верить в себя и больше доверять себе
Чем больше я проверяю и стараюсь удостовериться, что сделала все от меня зависящее, тем больше я чувствую сомнение и беспокойство	Все дело в доверии, а не в определенности
Это означает все или ничего, а я не могу отдать все	Это означает делать все от меня зависящее, т.е. сосредоточиться на чем-то другом, а также на безопасности и вреде

Применение континуумов оказалось полезным и для Джейн, которая убеждена, что она недобрый человек, поскольку она не соблюдает уставы своей религии надлежащим образом и будет проклята. Для Джейн оказалось полезным рассмотреть то, чего она пыталась достичь, стремясь к совершенству в своей религии. Она составила континуум в отношении того, что означает быть добрым христианином, указав на линии этого континуум тех людей, которых она хорошо знала. Джейн была удивлена, когда увидела, что все люди, которых она уважала как христиан, ходили в церковь намного меньше, чем она сама. Она повторила упражнение на континуум с более универсальным нравственным понятием “доброе”, как показано в приведенном ниже ее диалоге с психотерапевтом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так, если эта линия континуума проведена по вертикали от недоброго к доброму человеку, то где вы укажете упомянутых вами друзей?

ДЖЕЙН: Ник окажется прямо вверху, Пол — чуть ниже, а Дэвид — ближе к середине линии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Итак, эти “добрые” люди оказываются на самом деле не совсем добрыми, охватывая лишь часть пределов доброты. А где вы укажете себя?

ДЖЕЙН: Я не так добра, как они. Поэтому я укажу себя ниже их.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кто же тогда “самый добрый” человек из тех, кого вы знаете? Где бы вы указали его?

ДЖЕЙН: Матерь Тереза, Нельсон Мандела или Ганди — все они были добрыми людьми в полной мере.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ладно. Как вы считаете, все ли согласятся с вами, что эти люди всегда были добрыми? Они не прожили и дня, не будучи “добрыми”, или вообще не сделали ничего такого, что могло бы навредить другому человеку?

ДЖЕЙН: Думаю, что могли бы сделать...

Далее психотерапевт продолжил подвергать сомнению идею, что любой человек добрый в полной мере, и с этой целью он переместил точку на линии континуума к пределам, обозначающим идею, что поведение людей переменчиво и даже самый “добрый” человек в мире все же оказывается порой не совсем “добрым”. И благодаря обозначению “недоброго” человека на другом конце линии континуума обсуждение переходит к вопросу, что разделить людей просто на добрых и недобрых фактически невозможно, поскольку эти понятия многогранны.

Континуумы ответственности зачастую наглядно показывают, что люди, страдающие ОКР, стремятся нести ответственность постоянно, что практически невозможно. Они боятся, что быть менее ответственным так же плохо, как быть совершенно безответственным. И даже у весьма ответственных людей (премьер-министров, руководителей атомных станций, сотрудников по вопросам защиты детей) бывают такие дни, когда они расслабляются или становятся раскованными. Из этого можно сделать такой полезный вывод: большинство людей оказываются в пределах, находящихся ближе к середине линии континуума. И хотя большинство людей не предпринимают чрезвычайные меры, они все же далеки от того, чтобы быть совершенно безответственными.

3.8.4. Обследования

Обследования могут оказать помощь в пересмотре или осмыслении того, что значит быть нормальным или обычным человеком для людей, страдаю-

щих ОКР. Тем, кто излишне занят мытьем рук или проверкой многие годы, сведения, полученные из обследования, могут быть полезны для формирования “рекомендации” (но не правила) относительно того, что они могут делать, когда они преодолевают свое обсессивное расстройство. И здесь известную пользу может принести составление короткого перечня уместных и конкретных вопросов. В результате большинства обследований повседневного поведения вроде мытья или проверки обнаруживаются пределы “нормального” поведения. В отношении обследований очень важно, чтобы они не стали формой поиска утешения. Так, если в результате обследования обнаружится, что большинство людей моют свои руки семь раз в день, это может стать формой самоутешения (например: “Я мыл(а) руки семь раз, значит, со мной все в порядке”) или даже другим путем свыкания с теорией А (например: “Если все остальные моют руки семь раз в день, мне бы лучше мыть их для верности десять раз в день”).

Обследования полезны для нормализации. Например, мать, которую постоянно расстраивает ее ребенок, убеждена, что это показывает, какая она плохая мать. Если же опросить ее друзей и коллег, то выяснится, что дети порой расстраивают всех родителей. Так, в случае с Джесси, которая беременна и весьма озабочена по поводу грязи и микробов, было проведено обследование среди других матерей или беременных женщин, которым было предложено ответить на перечисленные ниже вопросы.

1. Когда вы были беременны, избегали ли вы любого конкретного продукта? Почему избегали, а почему не избегали?
2. Избегали ли вы еще чего-нибудь? Почему избегали, а почему не избегали?
3. Позволяли ли вы людям носить обувь в своем доме? Почему позволяли, а почему не позволяли?
4. Избегали ли вы уборки пылесосом? Почему избегали, а почему не избегали?
5. Избегали ли вы касания тех предметов, к которым прикасались другие люди (например, компьютерной клавиатуры)? Почему избегали, а почему не избегали?

Ответы на перечисленные выше вопросы в данном обследовании выявили, что многие женщины, ожидавшие рождения ребенка, действительно избегали конкретного продукта, основываясь на данном им совете (некоторые из них старались, например, не употреблять в еду непастеризованный сыр). Однако их ограничения вряд ли были многочисленны. Обсуждение данного

вопроса помогло бы показать, что ОКР укрепилось и “завоевало новую территорию”. Если бы ответы на упомянутые выше вопросы не выявили никаких других примеров избегания, это могло бы показать, что Джесси ведет себя, вероятно, слишком осторожно и фактически усложняет себе жизнь, делая ее более напряженной. А если бы ответы на указанные выше вопросы выявили незначительное избегание, это помогло бы нормализовать убеждение, что женщины действительно относятся весьма ответственно к состоянию здоровья их будущих детей и некоторые изменения в их поведении вполне обоснованы или даже необходимы. Однако правила ОКР, которым подчиняется Джесси, носят крайний характер, поддерживая в ней постоянное внимание к угрозе и опасности.

3.9. Завершение лечения

Как правило, КПТ для лечения ОКР проводится в виде краткосрочной терапии. Идея конечных потребностей должна быть представлена с самого начала. В связи с этим было бы неплохо прояснить, сколько сеансов терапии будет проведено с пациентом. Пробное лечение ОКР методом КПТ, как правило, основывается на 12 сеансах терапии, а “высокоинтенсивная” терапия определяется в программе IAPT (Improving Access to Psychological Therapies — Улучшение доступа к психологической терапии) как состоящая из курса лечения в течение более 10 часов. Что же касается временных рамок проведения сеансов терапии, то промежутки между ними полезно увеличить ближе к концу терапии, чтобы повысить самостоятельность и уверенность пациента в своей способности внедрить приобретенные им навыки в практику “реальной жизни”.

В период последующего клинического наблюдения полезно провести сеансы терапии для проверки прогресса, достигнутого в лечении ОКР. В рекомендациях Национального института здравоохранения и усовершенствования клинической практики в Великобритании (NICE) предлагается производить осмотр пациента каждые 12 месяцев, а тех, кто испытывает рецидивы, — еще чаще, вместо того чтобы вносить их в список ожидающих очереди на лечение [NICE guideline 31; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005]. Впрочем, неясно, как часто необходимо следовать этой части рекомендаций в регулярной практике.

Завершить курс терапии, возможно, будет нелегко, независимо от того, как пациент справился с этим курсом. И всегда стоит поразмышлять над тем, что может означать завершение курса КПТ для пациента. Как указывалось

ранее, назначение КПТ состоит в том, чтобы обучить пациента ряду навыков, которые он мог бы применять на практике, чтобы принять все вызовы, которые бросит ему жизнь. С теми автоматическими мыслями, с которыми пациент не в состоянии совладать самостоятельно, можно при необходимости справиться непосредственно, проведя исследование и экспериментирование наряду с другими инструментальными средствами когнитивной терапии (например, записями мыслей). Изучение и преодоление автоматических мыслей может быть полезным и для психотерапевта (см. далее раздел 3.9.5).

Пробное лечение указывает на то, что даже при успешном лечении большинство людей, страдающих ОКР, по-прежнему остаются над общей совокупностью населения в отношении симптомов в конце лечения. Поэтому вполне возможно или вероятно, что пациенту придется больше потрудиться самостоятельно или в ходе дальнейшей терапии.

3.9.1. Переход от поведенческих экспериментов к жизни без ОКР

После начала поведенческих экспериментов у пациентов обычно возникает следующий вопрос: как часто следует их продолжать и когда у них начнется “настоящая” жизнь? Стадия поведенческих экспериментов по сбору свидетельств состоит из тщательно проводимого постоянного контроля и прогнозирования каждого изменения, запланированного в поведении. На этой стадии крайне важно также осмыслить и проработать смысловое значение того, что произошло в ходе эксперимента, чтобы закрепить усвоенные знания и привести свидетельства в пользу теории В. Если достигнутый результат приписывается “удаче”, то дальнейшее обсуждение сложившегося положения дел и эксперименты придется проводить до тех пор, пока пациент не убедится в достаточной степени, что ему необходимо подходить к истолкованию своего психологического расстройства сообразно теории В.

В какой-то момент окажется важным выйти за рамки тщательно поставленных экспериментов и сбора данных и обратиться к живой жизни сообразно теории В. Если, по мнению психотерапевта, накопилось достаточно свидетельств, то полезно снова вернуться к вопросу: когда для пациента должна, как он считает, возобновиться или начаться его настоящая жизнь и чего он ожидает от лечения в настоящий момент? Иногда люди отвечают на этот вопрос, что им требуется на всякий случай больше убедиться в истинности теории В. И это может привести далее к полезному обсуждению природы определенности. Не менее важно, может быть, поразмыслить над

тем, сколько времени уже потрачено на стремление к определенности и что жизнь сообразно с теорией А в настоящий момент является решительным и активным выбором пациента.

В некоторых случаях люди находятся в плену своего ОКР настолько долго или охвачены им так глубоко, что потеряли всякое представление о “нормальном” состоянии своего здоровья. Такая потеря может также укрепить в них боязнь, что они “ненормальные”. Обследования могут принести пользу в некоторых случаях, но позаботиться следует и о том, чтобы они не превратились в упражнение на поиск утешения. В таких обследованиях обычно выявляются пределы поведения или подходы к любому данному нарушению. Полезно, может быть, обдумать вариант наставлений, пригодный для самого пациента или его ребенка на тот случай, если бы он пожелал начать все сначала. При этом следует рассмотреть такие вопросы: зачем пациенту нужна такая гибкость в лечении и что он должен делать, если окажется, что он пытается перестраховаться на тот случай, если ОКР незаметно подкрадется снова? Учитывая определенную уязвимость пациента, полезно также обсудить с ним наиболее пригодную для него стратегию систематически принимать что-то менее осторожно, чем “в среднем”. Для многих людей, исцелившихся от ОКР, простое наставление оказывается вполне пригодным. Так, если они сомневаются, является ли их недуг, собственно, ОКР, то, вероятнее, всего так оно и есть. ОКР питает сомнения, бесполезную и недостижимую потребность в определенности, и это следует признать, не только тогда, когда у пациента остается ОКР, но и тогда, когда он все же преодолел данное расстройство.

Ранее упоминалось о проблеме “пустой жизни”, когда человек многие часы, а то и большую часть каждого дня настолько увлечен или сосредоточен на своих обсессивных страхах и видах компульсивного поведения, что после их исключения нередко остается пустота. Именно здесь проявляется особое значение долгосрочных целей терапии. И хотя эти цели в какой-то степени будут направлять ход терапии, особенно поведенческие эксперименты и последующие изменения образа жизни пациента, к концу терапии и после ее завершения необходимо сделать нечто большее. При обсуждении в конце терапии следует предложить пациенту составить план действий по возвращению к нормальной жизни и его планы на будущее, а также обдумать, как реализовать эти планы после сеансов терапии. Очень полезно, может быть, помочь пациенту выявить препятствия и необходимые условия для воплощения этих планов в жизнь.

3.9.2. Пребывание в добром здравии

КПТ обычно проводится в короткие сроки и направлена на развитие у пациента ряда навыков, которыми он сможет, в общем, пользоваться. Следовательно, КПТ можно описать как форму направляемой самопомощи. Этому процессу могут весьма способствовать заметки и записи, которые делаются по ходу терапии, а также план (итоговый документ), составляемый в ключевые моменты терапии. Обдумывая последующие действия, следует, в частности, предусмотреть любые затруднительные ситуации, которые могут оказаться напряженными в будущем, а также меры для разрешения затруднений, которые пациенту следует принять, если обсессивные симптомы появятся снова. В идеальном случае к концу терапии эта часть работы должна стать самостоятельной. Цель состоит в том, чтобы снабдить пациента арсеналом средств для совладания с ОКР, в какой бы форме или ситуации данное расстройство ни проявило себя. И чем больше будет сделано в этом отношении, тем менее вероятно, что нечто подобное вообще произойдет, поскольку некоторые факторы уязвимости (например, убеждения относительно важности мыслей) были уже подвергнуты сомнению.

3.9.3. Планы терапии

Такой план является индивидуализированным итоговым документом, где подытожены самые важные моменты терапии, главные идеи, положенные в основу изменений, а также основные эксперименты или переживания, допустившие эти изменения. Пациентам, может быть, полезно делать заметки в ключевые моменты терапии, составляя план ближе к концу терапии, чтобы проверить, понять и подкрепить главные идеи. Это позволит также подвести важные итоги на тот случай, если пациенту придется снова задействовать свои навыки перед лицом отклонения его психического здоровья от нормы или рецидива психологического расстройства. Поэтому очень важно, чтобы пациент самостоятельно заполнил план терапии, по возможности — своими словами.

Ниже перечислены основные заголовки плана терапии.

- Развитие и понимание психологического расстройства.
 - ◆ Какие исходные факторы, вероятнее всего, способствовали развитию у меня ОКР?
 - ◆ Каким образом развивалось данное расстройство (что происходило в моей жизни)?

- ◆ Какими были навязчивые мысли, образы, побуждения, сомнения и что, на мой взгляд, они означали, когда они меня беспокоили?
- ◆ Какими были исходные идеи о себе и ответственности или каковы действительные причины того, что поддерживало данное расстройство?
- ◆ Какие действия, мысли и предметы, привлекшие мое внимание, поддерживали данное расстройство, как только оно упрочилось? (Нарисуйте, если сможете, порочный цветок особой формулировки.)
- **Изменения.**
 - ◆ *Навязчивые мысли.* Что мне известно о навязчивых мыслях? Кого они посещают и когда они кажутся важными? Что они означали для меня в начале лечения?
 - ◆ *Убеждения о внешнем мире, других людях и себе.* Как я подвергал(а) их сомнению и какой урок я из этого извлек(ла)? (Опишите самые полезные поведенческие эксперименты, метафоры и любые другие способы, с помощью которых вы выявляли и подвергали сомнению свои убеждения.)
 - ◆ Какие варианты этих идей более плодотворны?
- **Затраты на ОКР и выгоды от изменений.**
 - ◆ Что я могу теперь сделать из того, что ОКР мешало мне делать прежде?
 - ◆ Что я могу делать дальше, чтобы вернуться к нормальной жизни, избавившись от ОКР?
 - ◆ Какая из лучших черт моего характера позволяет мне противостоять ОКР?
- **Планирование на будущее.**
 - ◆ Какого рода ситуации покажутся мне трудными в будущем и почему? Что я буду делать?
 - ◆ Какие возможны трудные ситуации?
 - ◆ Как может проявиться ОКР?
 - ◆ Что необходимо мне помнить и делать?

3.9.4. Когда требуется дополнительная работа

Время и финансовые ограничения службы, в которой вы работаете, или другие факты, находящиеся вне вашей власти, могут означать, что вам как психотерапевту приходится с самого начала терапии ограничиваться определенным числом ее сеансов в зависимости от степени тяжести ОКР у пациента или любых других факторов, которые могут означать, что привлечение пациента к лечению и терапия отнимает больше времени, чем дозволено. Ограниченный по времени характер сеансов терапии может пригодиться для мотивации людей проявить серьезные отношения к терапии. Но если для изменения потребуется больше времени, чем ожидалось, то такая перспектива вряд ли улыбнется психотерапевту и пациенту. Разумеется, все психотерапевты надеются, что они достигнут значительных успехов в разрешении затруднений, возникающих перед ними во время терапии. Этот процесс охватывает следующие стадии: выработку ясного представления о форме и характере действия ОКР; готовность допустить и проверить альтернативное представление, что все дело в слишком сильном беспокойстве; а также действие на основании такого знания для получения достаточных сведений, подтверждающих “жизнеспособность” теории В. Вполне возможен целый ряд причин, по которым в одном курсе не удастся выполнить все эти составляющие общего замысла терапии. Но вполне возможно и то, что вы как психотерапевт достаточно поработаете с пациентом над этими оставляющими общего замысла терапии, чтобы донести их до него.

И до какой бы стадии вы ни дошли, полезно всегда проявлять сочувствие и терпение, продолжая укреплять когнитивное представление об ОКР. Уверенность пациента в своих силах, вероятнее всего, усилится благодаря сократическим вопросам (методом направленных открытий) и самостоятельно решаемым задачам, включая формулировку конкретных примеров проявления психологического расстройства и постановку домашних заданий. Если пациенту очень трудно взять на себя подобным образом бразды правления в ходе терапии, то, может быть, полезно поразмыслить над этим вместе с пациентом и включить уместные идеи и части в план терапии. Если этого не удастся сделать, то в сочувственном письме к пациенту можно передать свое сочувствие и понимание тех трудностей, которые могли возникнуть на этот раз, но над которыми можно поразмыслить после окончания терапии.

Поначалу ОКР считалось “трудным для лечения” расстройством, что послужило причиной для усовершенствований поведенческой терапии и КПТ, коренным образом изменивших жизнь многих людей, страдавших ОКР,

и ставших теперь стандартными нормами практики в лечении ОКР. Пример недавних достижений в понимании мысленного загрязнения показывает, что людей, считавшихся ранее “не поддававшимися лечению”, можно вылечить [Coughtrey *et al.*, 2013]. Следовательно, можно вполне обоснованно допустить, что наше представление об ОКР остается частичным и будет совершенствоваться, улучшая тем самым результаты лечения данного расстройства. В терапии не существует понятия “последний шанс”, который всегда дается каждым психотерапевтом несколько иначе и в несколько ином контексте. Если в состоянии психического здоровья пациента произошли незначительные изменения, это будет полезно донести явно до пациента, чтобы побудить его обратиться за дальнейшей помощью в будущем.

Выписка пациента обычно включает в себя написание краткого изложения хода лечения с рекомендациями для будущего лечения, если таковые выявлены, или составление направления на дальнейшее лечение. Это может быть в том случае, если во время терапии проявились другие коморбидные расстройства, в том числе посттравматическое расстройство или социальная фобия, которые теперь требуют отдельного лечения. А, может быть, будет сочтено, что пациент извлечет большую выгоду из КПТ для лечения ОКР в других условиях (например, стационарных или домашних). Вполне возможно, что в ваших конкретных условиях вам будет удобнее и дальше видеться с конкретным пациентом для лечения коморбидных расстройств. С одной стороны, может быть, стоит поразмыслить над подходящим конечным моментом терапии, если у пациента появится много взаимосвязанных вопросов. А с другой стороны, могут быть доступны другие службы, предоставляющие помощь людям с такими основополагающими нарушениями, как низкая самооценка.

3.9.5. Окончание лечения в свете наблюдения

В этом разделе трудности, связанные с окончанием лечения, рассматриваются в свете наблюдения за действиями психотерапевта.

3.9.5.1. “Никому из тех, кого я лечу от ОКР, не становится лучше”

Прежде всего, следует выяснить, насколько такое утверждение правдиво. Проводил ли психотерапевт мини-ревью своих клинических случаев и анализировал ли он каждый из них по “Обсессивно-компульсивной шкале Йеля–Брауна (YBOCS; см. раздел 2.8) и “Исправленному опроснику обсессивно-компульсивного расстройства (OCI-R; см. приложение 4 к данной книге)? И даже если имеется один контр-пример, мы знаем, что данное утвержде-

ние не отражает должным образом настоящее положение дел. В связи с этим психотерапевту следует задать такие вопросы: имеются ли какие-нибудь изменения по всем переменным показателям? Имеется ли какая-то особая форма ОКР, которую вам оказывается трудно лечить? Играет ли это какую-то роль в ваших опасениях по поводу терапии (например, боязнь заражения или загрязнения и т.д.) или убеждений, относительно ОКР, что это на самом деле нарушение мозговой деятельности или не поддающееся лечению заболевание? Какие факторы допускают изменения в ОКР? Имеется ли что-нибудь в вашей настоящей практике, над чем можно было бы поработать для усиления этих факторов? Структурированные рекомендации по дальнейшему развитию психотерапевта как специалиста приведены далее в разделе 4.7.

Если имеется очень мало изменений в симптомах ОКР или же они вообще отсутствуют, то извлек ли пациент какую-нибудь выгоду из переживания сочувственного понимания? Сложилось ли у него какое-то представление об альтернативной перспективе лечения данного расстройства или понимание, что другие люди с аналогичными опасениями преодолели их? Ответы на все эти вопросы могут посеять зерна для плодотворной в будущем работы, которая приведет к более заметным изменениям в убеждениях и поведении.

3.9.5.2. "Мои клиенты способны преуспеть в лечении, но пока еще ничего не изменилось, а мы уже провели 12 сеансов. Думаю, что мне придется провести еще 12 сеансов"

В таком случае необходимо исследовать восприятие пациентом изменений, задав психотерапевту следующие вопросы: имеется ли у пациента такое же самое представление об изменениях? Что мешало до сих пор любым изменениям? Что заставляет вас и вашего пациента чувствовать, что изменения в настоящее время возможны? Какие имеются конкретные препятствия к началу поведенческих изменений? КПТ является формой самопомощи. Какой наиболее вероятный порядок действий, позволит пациенту воспользоваться данной терапией как таковой: продолжит ли он терапию или оставит ее?

Имеются ли какие-нибудь признаки изменений, не охваченные применяемыми вами критериями оценивания? Так, у пациента может быть весьма закоренелое расстройство, и, тем не менее, он может быть способен на большее, чем в начале терапии. Каким образом такое состояние пациента отражается в особенных оценках убеждений пациента? Если отсутствуют поддающиеся измерению изменения, то имеются ли какие-нибудь изменения в открытости пациента к обсуждению имеющегося у него затруднения или же изменения в его общем представлении об ОКР?

Если психотерапевт собирается провести дальнейшие сеансы терапии, то, может быть, полезно будет предложить их пациенту малыми очередями (например, группами из трех сеансов), ясно установить основания и ожидания пациента от каждой очереди. Неотъемлемой частью обсуждения на каждой стадии подведения итогов этих очередей должно стать окончание такого курса лечения.

Рекомендуемая литература

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2011). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Библиографические ссылки

- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E.** (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 394–398.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D.** (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 140–147.
- Adams, T. G., Willems, J. L., & Bridges, A. J.** (2011). Contamination aversion and repeated exposure to disgusting stimuli. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(2), 157–165.
- Beck, J.** (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D.** (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Coughtrey, A. E., Shafran, R., Lee, M. & Rachman, S.** (2013). The treatment of mental contamination: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(2), 221–231.
- Gilbert, P.** (2010). *Compassion Focused Therapy*. London: Routledge.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. & ALSPAC Study Team.** (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and

the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65–73.

- Kazantzis, N. & L'Abate, L.** (eds) (2006). *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy: Research, Practice, and Prevention*. New York, Springer Science + Business Media.
- Levy, H. C. & Radomsky, A. S.** (2014). Safety behaviour enhances the acceptability of exposure. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1), 83–92.
- Likierman, H. & Rachman, S.** (1980). Spontaneous decay of compulsive urges: Cumulative effects. *Behaviour Research and Therapy*, 18(5), 387–394.
- National Collaborating Centre for Mental Health** (2005): *CG31. NICE Guidance on OCD*. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C.** (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276–288.
- Rachman, S. & de Silva, P.** (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248.
- Radomsky, A. S. & Alcolado, G. M.** (2010). Don't even think about checking: Mental checking causes memory distrust. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 345–351.
- Radomsky, A. S., Dugas, M. J., Alcolado, G. M., & Lavoie, S.L.** (2014). When more is less: Doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 30–39.
- Roth, A.D. & Pilling, S.** (2007) *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders*. London: Department of Health.
- Salkovskis, P. M.** (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In: P. M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (стр. 48–74). New York, NY: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M.** (2010). Cognitive behavioural therapy. In: M. Barker, A. Vossler, & D. Langdridge (eds.) *Understanding Counselling and Psychotherapy*. Milton Keynes, SAGE Publications/Open University.
- Salkovskis, P. M. & Harrison, J.** (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549–552.

- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D.** (1987). Obsessive-compulsive disorder: Clinical strategies for improving behavioural treatments. In: H. Dent (ed.), *Clinical Psychology: Research and Developments* (стр. 200–213). New York, NY: Croom Helm.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C. et al.** (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347–372.
- Shepherd, L., Salkovskis, P. M., & Morris, M.** (2009). Recording therapy sessions: An evaluation of patient and therapist reported behaviours, attitudes and preferences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 141–150. идентификатор цифрового объекта (ИЦО): <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465809005190>.
- Steketee, G.** (ed.) (2012). *Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P., Lavender, A., & Cartwright-Hatton, S.** (2010). *Oxford Guide to Metaphors in CBT*. Oxford: Oxford University Press.
- van den Hout, M. & Kindt, M.** (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 301–316.
- Whittal, M. L., Robichaud, M., et al.** (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1003–1014.

Глава 4

Дополнение к основам

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) может появляться вместе с другими психологическими расстройствами, что представляет определенную трудность для его лечения. В этой главе обсуждается целый ряд примеров других сопутствующих расстройств, в том числе обсессивно-компульсивного расстройства личности (ОКРЛ) с особым акцентом на перфекционизм, посттравматического расстройства (ПТСР) и мысленного загрязнения, а также работы с чувствами вины, стыда и самокритики. После этого будет рассмотрено удобство применения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для лечения ОКР, включая обсуждение вопросов интенсивного лечения, предоставления услуг через Интернет и групповой терапии. И, наконец, мы обсудим вопросы, касающиеся дальнейшего профессионального развития психотерапевта и наблюдающего за ним инспектора, уделив особое внимание компетенции и метакомпетенции в отношении лечения непосредственно ОКР.

Существует бесчисленное множество неизвестных и вечно изменяющемся уравнении, описывающем пациента, страдающего ОКР, как “трудного” и более или менее эффективное его лечение. Эти неизвестные могут оставаться постоянными, включая прилежное внимание психотерапевта к общему пониманию данного расстройства, которое направляет нацеленное терапевтическое вмешательство. Психотерапевт должен умело совершенствовать “стандартное” лечение, чтобы работать с жалобами более “трудных” пациентов на ОКР. В этой главе, посвященной в основном коморбидным расстройствам, красной нитью проходит основная мысль “не выплескивать ребенка из корыта вместе с водой”. Это означает, что лечение, описанное в главе 3, следует по-прежнему проводить, но адаптировав его формулировку с учетом других важных вопросов, согласованных на стадии оценивания. Все уместные элементы очень важно включить в лечение пациентов, испытывающих особые трудности, а также пользоваться дополнительными, а не альтернативными формулировками и методами для содействия изменениям перед лицом возникающих трудностей. И как всегда, самое главное — развитие общего понимания во время лечения.

4.1. Обсессивно-компульсивное расстройство личности

Обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКРЛ) представляет собой носящую хронический характер озабоченность по поводу организованности, перфекционизма и мысленного и межличностного контроля за счет гибкости, открытости и эффективности. Среди выбранных из сообщества людей наблюдается относительно высокий показатель распространенности ОКРЛ, составляющий 1–2% [Torgersen *et al.*, 2001], тогда как среди людей, отобранных для клинических исследований, он достигает 26% [Ansell *et al.*, 2010]. Однако категорический диагноз данного расстройства не лишен противоречий (более подробно этот вопрос обсуждается в [Fineberg *et al.*, 2014]).

Несмотря на наличие очевидного терминологического сходства ОКРЛ с ОКР, такое сходство может казаться лишь поверхностным. Диагноз ОКРЛ остается таким, как он сформулирован в руководстве *DSM-5* [American Psychiatric Association, 2013], включая целый ряд возможных характеристик вроде излишней сосредоточенности на подробностях, необоснованного перфекционизма, недостаточной гибкости в принятии решений и нравственных вопросах, накопительском поведении, чрезмерной работы за счет другой жизненной деятельности и скупости.

Главное отличие ОКРЛ от ОКР проявляется в том обстоятельстве, что тревога и дискомфорт совсем не обязательно являются свойствам диагноза ОКРЛ. Тем не менее, было обнаружено, что ОКРЛ сопутствует ОКР, хотя большинство (75–80%) людей, страдающих ОКР, не удовлетворяют диагностическим критериям ОКРЛ (см., например, в [Mancebo *et al.*, 2005]). В результате исследований был обнаружен сходный показатель распространенности ОКРЛ среди людей с паническим расстройством, и поэтому особая взаимосвязь между ОКР и ОКРЛ маловероятна [Albert *et al.*, 2004]. Жесткий и негибкий образ жизни может быть характерным для тех людей, которые страдают ОКР, хотя при данном расстройстве подобные поведенческие реакции с большей вероятностью означают стремление предотвратить наступление чего-то плохого, а не фактическое желание сделать что-то установленным образом.

Люди, страдающие ОКРЛ, не склонны иметь огорчительные навязчивые мысли. Их мысли и побуждения, вероятнее всего, считаются уместными и правильными (т.е. “эгодистоническими”, а не “эгосинтоническими”). Авторы публикации [Coles *et al.*, 2008] обследовали, в частности, людей, имевших симптомы ОКР и ОКРЛ, сравнив их с людьми, страдавшими только ОКР.

Вероятность коморбидных тревожных расстройств, симптомов накопительства и неполноты сообщавшихся симптомов в группе людей, имевших симптомы ОКР и ОКРЛ, оказалась большей, т.е. клиническая картина в этой группе получилась более сложной. Но из этого еще не следует, что лечение коморбидных расстройств будет всегда менее результативным. Исследуя распространенность ОКРЛ в специализированной клинике тревожных расстройств, авторы публикации [Gordon *et al.*, 2013a] обнаружили, что диагноз коморбидного ОКРЛ был связан с большей степенью депрессии, более высокой самооценкой степени тяжести ОКР, наряду с более заметными симптомами сомнения, упорядоченности и накопительства по сравнению с теми людьми, у которых не было обнаружено ОКРЛ. Однако те люди, у которых было коморбидное ОКР и ОКРЛ, продемонстрировали более заметные достижения в лечении с точки зрения степени тяжести ОКР, проверки и упорядоченности, чем те люди, у которых не было обнаружено ОКРЛ. При первоначальном оценивании у отдельных людей, страдавших ОКР и ОКРЛ, были выявлены повышенные уровни проверки, упорядоченности и общей степени тяжести ОКР. Однако после лечения их оценки состояния своего психического здоровья оказались сходными с оценками людей, у которых не было обнаружено ОКРЛ [Gordon *et al.*, 2016].

Работая с пациентом, страдающим ОКР и ОКРЛ, лучше всего начать с того, чтобы спросить его о свойствах диагноза каждого из этих двух расстройств, поскольку для разных свойств, возможно, придется составить совершенно разные планы лечения. Например, накопительское поведение (имущества, денег или же того и другого) требует рассмотрения убеждений, связанных с накопительством, а также исследования позитивных эмоций, связанных с приобретением или сохранением имущества [Frost *et al.*, 2015]. Если пациент не склонен к накопительству имущества, но все же признает свой перфекционизм, то для сосредоточения основного внимания на перфекционизме придется, как всегда, прибегнуть к ориентированному на формулировку подходу и эмпирически обоснованным терапевтическим вмешательствам.

Примечание по поводу накопительства: несмотря на то, что накопительство считается составной частью ОКР [Pertusa *et al.*, 2010; Seaman *et al.*, 2010], в общем, было обнаружено, что оно отличается по целому ряду феноменологических и выходных переменных показателей, а следовательно, ему было отведено новое положение самостоятельного расстройства в руководстве *DSM-5* (подробнее об этом см. в [Mataix-Cols *et al.*, 2010; [Rachman *et al.*, 2009]; [Pertusa *et al.*, 2008]). “Накопительство, связанное с угрозой” [Seaman *et*

al., 2010], вероятно, проявляется там, где ОКР перекрывается с накопительством. Авторы публикации [Gordon *et al.*, 2013b] исследовали убеждения у отдельных людей с симптомами накопительства и наличием или отсутствием ОКР. Те люди, которые страдали накопительством и ОКР, сообщили о более твердых убеждениях в избегании вреда по отношению к их имуществу в сравнении с теми людьми, которые страдали накопительством, но без ОКР.

Характерным примером накопительства, связанного с угрозой, может служить человек, подобранный на улице осколок стекла, принеся его домой для надлежащей утилизации, чтобы никто не пострадал (из чувства преувеличенной ответственности за предотвращение вреда другим людям). При этом стекло накопится и займет место в доме этого человека, хотя стекло не связывается с убеждениями об его полезности или привлекательности (такие убеждения характерны для патологического накопительства). Если нарисовать порочный цветок особенной формулировки, это поможет наглядно показать, то забота о стекле (систематическая ошибка внимания) и его хранение (поведение в поисках убежища — ППУ) поддерживают убеждение, связанное с угрозой. Авторы публикации [Gordon *et al.*, 2013b] считают, что полученные ими результаты исследований указывают на наличие “пагубной взаимосвязи” между накопительством и ОКР. Если же накопительство не связано с угрозой и оценки ОКР по отдельным опросникам оказываются низкими, то после подробного оценивания должно следовать лечение согласно рекомендациям для исцеления от накопительства (см., например, в [Steketee and Frost, 2013]).

4.1.1. ОКР и перфекционизм

В материалах об ОКР, публикуемых в средствах массовой информации, основное внимание нередко уделяется педантичности и негибкости. Так, истории о знаменитостях построены на том, что они настаивают ровно на четырех кубиках льда, которые они берут для своих коктейлей из холодильника. Но в действительности связь ОКР с перфекционизмом, вероятнее всего, включает в себя парализующее промедление, иначе называемое прокрастинацией.

Перфекционизм был признан Рабочей группой по изучению когнитивных моделей ОКР (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group — OCCWG) в 1997 году важным когнитивным свойством ОКР. В нескольких исследованиях была показана взаимосвязь между перфекционизмом и ОКР. А поскольку специалисты в данной области утверждают, что перфекционизм препятству-

ет ответной реакции на лечение, то он должен быть особой целью лечения (см., например, клинический обзор в [Egan *et al.*, 2011]).

Авторы публикации [Shafran *et al.*, 2002] сделали критический обзор различных определений перфекционизма и предложили следующее его клиническое определение.

“Чрезмерная зависимость от самооценки непреклонного соблюдения принятых в одностороннем порядке норм особой требовательности к себе хотя бы в одной из весьма существенных областей, несмотря на неблагоприятные последствия”.

[Shafran *et al.*, 2002, стр. 778]

Авторы публикации [Shafran *et al.*, 2010] разработали когнитивно-поведенческую модель перфекционизма, где самоуважение сильно зависит от стремления и достижения, результатом чего являются жесткие и высокие нормы. Исполнительность оценивается с помощью категорического мышления. В том случае, если достигнут успех, нормы в следующий раз пересматриваются в сторону повышения. Если же исполнительность была оценена как недостаточно хорошая, то человек, склонный к перфекционизму, поддает себя сильной критике и устанавливает еще более высокие нормы своего поведения. А иначе человек занимается избеганием и промедлением.

Принципиальный момент в лечении клинического перфекционизма состоит в том, что оно не направлено на снижение норм. Авторы публикации [Egan *et al.*, 2014] заметили следующее: если люди, склонные к перфекционизму, думают, что лечение будет направлено на снижение их норм поведения, то они вряд ли примут в нем участие. Вместо этого очень важно подчеркнуть, что КПТ для лечения перфекционизма направлена на расширение основания для самооценки в сторону, противоположную от стремления и достижения, а также на выбор других путей соблюдения норм.

В частности, авторы публикации [Egan *et al.*, 2014] предположили, что ОКР совсем не обязательно состоит в чрезмерно *высоких* нормах поведения, несмотря на присутствие перфекционизма в его определении. Данное расстройство, скорее, характеризуется *произвольными* нормами поведения, которые оказываются излишне жесткими. Однако многие методики, применяемые для преодоления клинического перфекционизма, оказываются все же пригодными для совладания с ОКР и перфекционизмом. Примерами тому служат выявление “ошибок мышления”, анализ преимуществ и недостатков, применение континуума для преодоления категорического мышления, а так-

же поведенческие эксперименты, проводимые с целью подвергнуть убеждения сомнению.

Промедление проявляется при клиническом перфекционизме в том, что человек избегает конкретных задач из боязни, что он не решит их достаточно хорошо, исходя из высоких норм. При клиническом перфекционизме люди склонны колебаться между приступами сильного стремления и достижения и избегания и промедления [Egan *et al.*, 2014]. А при ОКР люди часто избегают почти полностью определенной деятельности, если они установили высокие и/или особые нормы для решения задачи с целью предотвратить наступление чего-то плохого. Например, человек, установивший очень высокие нормы в отношении своей чистоты, может принимать ванную по 8 часов и начинать все с самого начала, если он не сделает все “как следует” в течение этого процесса. В итоге он может вообще избегать приема ванны, неделями не мыться, чтобы не подвергать себя тяжелому испытанию при совершении подобного ритуала.

Примерами того, как вступают в противоречие ОКР, ОКРЛ и перфекционизм, служат следующая оценка явной угрозы: “Если я не сделаю это как следует, то случится что-нибудь плохое”, вера в критерии “достаточной правильности” для решения задачи, избегание и промедление вследствие непреодолимого характера особых норм, установленных для решения задачи — и все это приводит к повышенным уровням тревоги. Ниже приведен наглядный тому пример из того, что случилось с Мари.

Мари в свои 30 с лишним лет не работает из-за своей тревоги. И хотя Мари может все еще вернуться на свою работу, она находится под дисциплинарным контролем из-за постоянных опозданий. Она работает в сфере информационных технологий и, главным образом, в одиночку. Но когда ей приходится работать в команде, то у нее возникают трудности, поскольку она неохотно поручает задания и полностью переделывает работу других членов команды.

Мари раздосадована и подавлена тем, что ей трудно выйти из дома. И в связи с этим она весьма пессимистично смотрит на перспективу возвращения на работу, что, в свою очередь, заставляет ее думать, что ее жизнь “застыла”, и у нее никогда не будет взаимоотношений, семьи и своего дома.

Ее опоздания объясняются тем, что когда она выходит из дому, ее захватывают “идеальные” решения. Вот как она сама описывает свое положение.

“Когда я в ванной, то должна умыться свое лицо особым образом, чтобы оно непременно стало совершенно чистым, и я смогла бы на-

ложить на него идеальный макияж. Я умываюсь специальными средствами, пользующимися наилучшей репутацией. Свое лицо я мою до тех пор, пока не почувствую, что оно чистое, а затем проверяю его в увеличительное зеркало, чтобы убедиться, не пропущено ли мной что-нибудь. Как только лицо станет совершенно чистым, я накладываю макияж, и для этого кожа на моем лице должна быть совершенно ровной, а макияж глаз и помада — полностью симметричными. И если я не уверена в этом, мне придется начать все с самого начала. На это обычно уходит около часа. Нельзя сказать, что я выгляжу безобразно без макияжа. Но раз уж я собираюсь что-то делать, то должна сделать это надлежащим образом.

Мне нужно выбрать подходящий наряд, т.е. идеальную на сегодняшний день одежду в зависимости от того, что я собираюсь делать и где я буду. На это может уйти немало времени, и если мне не удастся выбрать себе наряд с первого раза, тогда я погружаюсь в сомнения, подойдет ли мне этот наряд, достаточно ли удобно мне будет в нем, буду ли я выглядеть в нем достаточно привлекательно или совершенно буднично. И если я не буду выглядеть хорошо, мне будет неуютно и тревожно весь день.

Когда я работала, то вставала каждый день в 5 часов утра, чтобы у меня было достаточно времени, хотя это давалось мне нелегко, поскольку мне трудно было проснуться из-за того, что я сильно уставала. И когда я все же вставала, то по-прежнему была поглощена каждой мельчайшей подробностью, собираясь на работу. Я всегда выхожу из дома поздно в большой панике, а на работу я приезжаю позже всех остальных. На самом деле, выбегая из дому в последнюю минуту, я выгляжу бестолково, поскольку я становлюсь вспотевшей и растрепанной к тому времени, когда приезжаю в свою контору. В конечном счете, я начала звонить на работу, чтобы отпроситься, поскольку я не могла справиться с длинным процессом снаряжения на работу. Мне было легче продолжить этот процесс, чем выносить напряжение быть готовой и все равно опаздывать”.

Потребность Мари делать все идеально фактически привела к тому, что случилось одно из наихудших ее опасений: она не могла вообще выполнять свою работу. И это оказало серьезное влияние на ее настроение, а то, в свою очередь, на ее мотивацию и навело ее на невеселые размышления о том, как плоха была ее жизнь. Ее собственные усилия вовремя встать и выходить

из дому были подчинены “старанию сделать это идеально”, что еще больше усложняло дело, как следует из приведенного ниже пояснения Мари.

“Дело в том, что теперь, находясь дома, я чувствую себя несчастной, поскольку я не могу поверить, что не работаю. И поэтому я стараюсь проводить каждый день с наибольшей пользой. Я пытаюсь выходить из дому и делать что-нибудь стоящее каждый день, но это дается мне все труднее. Я просматриваю объявления о выставках и лекциях и планирую их посетить, но хожу на них редко. Сначала я увлекаюсь выбором наилучшего места, куда можно пойти, а, в конечном счете, я пытаюсь принять решение в последнюю минуту. Я провожу вечность в поисках наилучшего маршрута на общественном транспорте до того места, куда мне нужно добраться, чтобы этот маршрут был кратчайшим и самым эффективным. И всякий раз я застаю на проверке, то и дело, обновляя страницу веб-сайта, чтобы убедиться, не появятся ли какие-нибудь затруднения в последний момент. Затем я проверяю прогноз погоды, чтобы знать, что мне взять с собой. Я стараюсь продумать все возможные сценарии, чтобы надеть дождевик, нанести на кожу солнцезащитный крем, взять лишнюю сумку... Если я собираюсь встретиться с другими людьми, то беспокоюсь, какой маршрут они выберут и не задержатся ли они. Но всякий раз именно я опаздываю на встречу с друзьями, над чем они подтрунивают. И хотя я стараюсь подыгрывать им, но все равно чувствую себя разбитой и униженной. Проще не строить вообще никаких планов, чем рисковать тем, что все пойдет не так. Я действительно теряю своих друзей и даже чувствую, что выпала из основного русла жизни и отстала от нее. Но чем упорнее я стараюсь делать все правильно, тем труднее мне становится”.

Правила перфекциониста оказываются всестороннее влияние на его жизнь, и в каждое его решение вкрадываются сомнения, как следует из приведенного ниже пояснения Мари.

“Даже такие простые вещи, как посещение супермаркета, стали для меня невозможными. Я составляю список того, что необходимо купить, но и на этом застаю, пытаюсь разбить список на категории, чтобы не забыть ничего из того, что мне могло бы понадобиться. Я отвлекаюсь от составления списка на поиск рецептов блюд, которые я собираюсь приготовить на этой неделе, чтобы уложиться в свой скромный бюджет и принимать действительно здоровую пищу. И обычно выписывание всего этого отнимает у меня столько времени, что супермаркет уже закрывается, и мне приходится идти за покупками в местный магазин, где продукты дороже и менее доступны для здорового питания. И снова оказывается, что я делаю совсем не то, что мне действительно нужно делать. Мне нужно поменять свою автомашину, но это так трудно, что я не могу принять решение. И мне приходится откладывать решение о приобретении автомашины, поскольку я

сильно увязаю в изучении всех подробностей. Обнаружив свою неспособность изучить этот вопрос “как следует”, я откладываю его, а между тем моя машина требует ремонта, а значит, я потрачу больше денег”.

В качестве удобной отправной точки для работы с Мари следует признать, что она относится к категории людей с высокими нормами поведения, стремится преуспеть в своей жизни и не видит ничего плохого в самих высоких нормах. И там, где Мари оказалась загнанной в тупик своим излишним усердием, “само решение стало проблемой”. Рассмотрев достоинства и недостатки двух вариантов: оставить все как есть или внести изменения, можно наглядно показать, как дорого ей обходится промедление (табл. 4.1). Кроме того, анализ перечня “ошибок мышления” (типичных искажений в мышлении вроде чрезмерного обобщения, персонализации, преуменьшения и преувеличения) поможет показать, что мышление Мари по большей части представляет собой “скороспелое”, категоричное мышление по поводу того, что должно быть сделано как следует, и катастрофического положения в связи отсутствием работы. И это понятно, поскольку она подавлена и встревожена, хотя и не означает, что подобные мысли правдивы. Авторы публикации [Egan *et al.*, 2014] проанализировали классические “ошибки мышления”, привели конкретные примеры того, как они способствуют перфекционизму, а также предоставили тезисный материал по преодолению такого мышления.

Таблица 4.1. Теория А/В

Теория А	Теория В
Все дело в том, что я должна делать все идеально, а иначе я все испорчу, и это будет иметь для меня катастрофические последствия: потерю работы, разочарование моих друзей и членов моей семьи	Все дело в том, что у меня возникает мысль, что я должна делать все идеально, чтобы ничего не испортить, но в итоге “само решение стало проблемой”, и это вызвало у меня немалый стресс и тревогу
Убеждение в начале лечения: 50%	Убеждение в начале лечения: 50%
Какое имеется тому свидетельство?	
Почему я в этом убеждена?	
Многие люди добиваются успеха, имея высокие нормы поведения	Чем более тщательно я пыталась что-то делать, тем более недостижимым становился результат
	Я стала избегать работы и встреч с друзьями, поскольку я не могу пережить попытку подчиниться своим перфекционистским правилам, от чего мне стало хуже

Каковы последствия?**Что мне делать, если это правда?**

Сделать все правильно с самого начала, чтобы удачно завершить день, включая то, что мне носить, как мне выглядеть, как совершать наиболее эффективные путешествия, быть продуктивной каждый день, поддерживать дом в организованном порядке и чистоте и постоянно все прятать, спать столько, сколько нужно, есть здоровую пищу

Работать над тем, чтобы быть менее критичной, остерегаться выборочного внимания к тому, от чего я несчастлива, лучше осознавать свои успехи

Остерегаться двойных стандартов (недостижимо высоких для меня норм, нетребовательных норм для других людей)

Остерегаться "чрезмерного обобщения", исходя лишь из одного разочарования или затруднения

Остерегаться катастрофизации

Не брать на себя полную ответственность за ошибки в работе

Пользоваться континуумом, если я занимаюсь категоричным мышлением

Пересмотреть свои правила снаряжения на работу и выхода из дома, как справиться со своей работой, как принимать решения и т.д., чтобы быть более гибкой

Поэкспериментировать с тем, чтобы сделать что-нибудь иначе и посмотреть, что при этом произойдет

Терпеть для начала ощущение тревоги и неудобство

Делать больше доставляющего радость и расслабление, чтобы поднять свое настроение

О чем это говорит мне как человеку?

Теперь я неудачница

Я интересный, способный и дружелюбный к людям человек

Какой станет моя жизнь, если я буду и дальше действовать подобным образом?	
Что мне сулит будущее, если я не оставлю свой перфекционизм?	Что мне сулит будущее, если я оставлю свой перфекционизм?
Меня уволят за опоздание или прогул	Я увижусь с моими друзьями и приятно проведу с ними время
Я буду более подавленной и тревожной	Я фактически выйду на работу, справлюсь с ней, и хотя я могу совершить нелепые ошибки, их, вероятно, будет не больше и не меньше, чем у кого-нибудь другого
Мои друзья будут мириться со мной какое-то время, но затем наши отношения станут напряженными	Я пойду на свидание
У меня никогда не будет партнера	Я увижусь с членами моей семьи и скажу им, что происходит в моей жизни
Я буду стараться не видеться с членами моей семьи, поскольку мне так стыдно	Разрешая данное затруднение, я буду испытывать меньший стресс

Порочный цветок особенной формулировки (рис. 4.1) подкрепляет представление о том, что медлительное поведение обуславливает оценку угрозы наступления чего-то плохого, если Мари не примет идеальное решение.

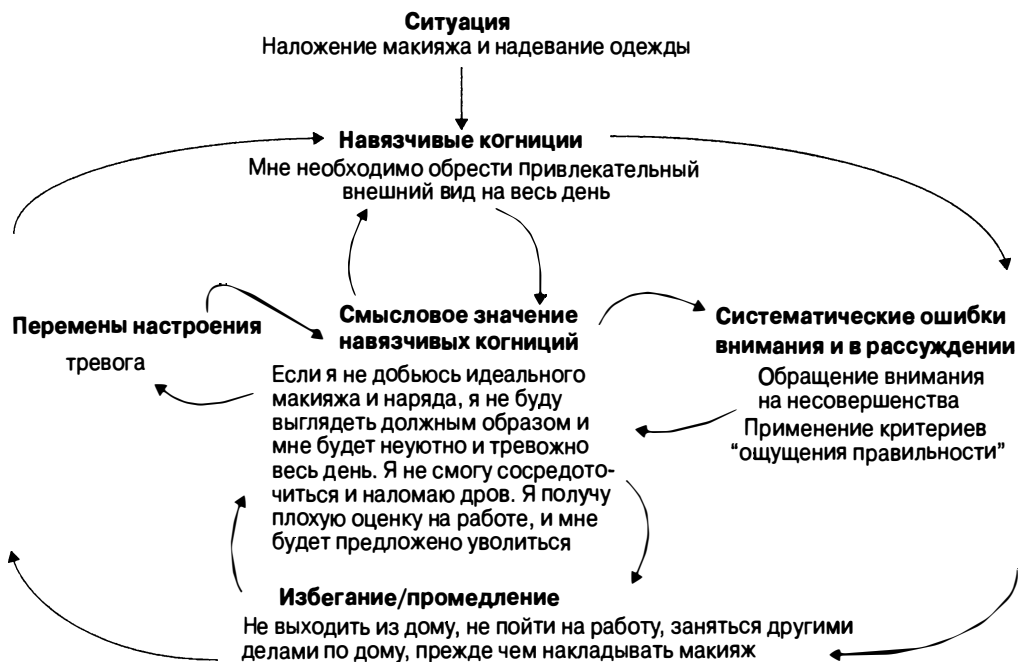


Рис. 4.1. Порочный цветок особенной формулировки перфекционизма Мари

Перфекционистские идеи могут возникнуть из ранних переживаний нахождения под принуждением во время учебы или занятий спортом [Egan *et al.*, 2014]. Такие идеи были, вероятно, подкреплены успехами в этих областях жизни. И это обычно приводит к завышенной оценке самоуважения на основании достигнутого и “сделанного правильно”. Убеждения человека в том, что он неудачник или никчемный человек, возможно, придется подвергнуть сомнению. Правила и допущения, возникающие при перфекционизме, являются совершенно ясной целью лечения этого недуга.

Для Мари очевидно, что ее правила не действуют. Поиск альтернатив этим правилам следует тому же самому образцу, что и усомнение в любых неоправданных, твердых и негативных убеждениях. При этом полезно задать перечисленные ниже вопросы.

- Если бы вы начали все с самого начала, руководствовались бы вы этими же правилами? А если нет, то почему?
- Хотели бы вы, чтобы эти правила были и у других людей? У кого, на ваш взгляд, имеется хороший вариант таких правил?
- Имеются ли у кого-нибудь из тех, кого вы знаете, высокие нормы поведения? Расслабляют ли они их вообще? Знаете ли вы кого-нибудь, имеющего высокие нормы поведения в одних отношениях, но действительно расслабляющегося в других отношениях? Благодаря чему это оказывается возможным?

Ключевая для Мари ситуация состояла в том, чтобы выйти из дому и попытаться разорвать порочный и расширяющийся круг снаряжения на работу. С этой целью она решила вставать *позже*, чем обычно и собираться на работу в течение более короткого периода времени, накладывая макияж за несколько минут и выбирая намеренно “неидеальный” наряд (табл. 4.2).

Мари начала пользоваться материалами для самопомощи, чтобы преодолеть мысли, близкие к промедлению, дидактическими карточками и памятками, помогающими ей вспомнить о необходимости промедления, листами ежедневного планирования, анализом задач и регистрацией мыслей для преодоления самокритичных мыслей. Отличные раздаточные материалы для самопомощи приведены в публикациях [Egan *et al.*, 2014] и [Shafran *et al.*, 2010].

Таблица 4.2. Запись результатов поведенческого эксперимента по преодолению перфекционизма

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Установить будильник на 7:00	Я не смогу собраться за это время	Мне удалось собраться к 8:15	Давая себе больше времени, я могла делать все медленнее. А если делать все быстрее, то можно быстрее собраться	Это показывает, как "само решение стало проблемой" в теории А, поэтому оно лучше согласуется с теорией В
Встать через 10 мин. пребывания в постели				
Принять душ за 10 мин.				
Наложить макияж за 5 мин.				
Одеться за 5 мин. в наряд, который кажется не вполне подходящим				
Позавтракать за 10 мин.				
Помыть посуду за 10 мин.				
Почистить зубы за 2 мин.				
Надеть туфли и взять сумку за 5 мин.				
Выйти из дому в 8:00				

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Ношение не вполне подходящего наряда	Я буду чувствовать себя неуютно весь день — 100%	Я почувствовала себя очень неуютно, когда вышла из дому — 95%, и я заплакала (огорчение — 80%). Такое чувство продолжалось у меня 20 мин., после чего я начала уделять больше внимания происходящему вокруг себя, и только на 20% я чувствовала себя неуютно, хотя и не огорчилась вовсе. В течение всего дня у меня периодически появлялась минута “неловкости” — 10%, но при этом я не чувствовала огорчение или тревогу	Я все же почувствовала себя не совсем уютно, выйдя из дому, хотя это чувство фактически прошло. Я занялась тем, что мне необходимо было сделать, и это помогло мне, поскольку я забыла о данном чувстве	Согласуется с теорией В. Я не прибегла к своим обычным ритуалам и “ощущению правильно-сти”, собираясь на работу, и со мной на самом деле было все в порядке весь день

4.1.2. Слишком много слов, но слишком мало дел в свете наблюдения

В этой связи психотерапевт может пожаловаться на малую эффективность терапии следующим образом.

“Мой пациент проводит большую часть времени на сеансах терапии в подробном описании своего расстройства. Мы уделили слишком много времени рассмотрению отдельных примеров за счет упражнений пациента в преодолении его расстройства”.

В таком случае следует провести поведенческие эксперименты вместе с пациентом, посетив его на дому или выехав на место проведения экспериментов, чтобы совершить какое-нибудь активное действие, демонстрирующее, что перемена в поведении является эффективным средством преодоления данного расстройства. Но прежде психотерапевт должен согласовать с пациентом проведение подобных экспериментов, а в дальнейшем уделить больше времени подведению итогов и более общему их обсуждению на одном из сеансов терапии.

В ином случае у психотерапевта может возникнуть такое затруднение.

“Мы посвятили четыре сеанса терапии выработке формулировки, и моя пациентка излишне сосредоточена на том, чтобы она была “достаточно правильной”, выявляя точное смысловое значение. Меня обеспокоило, что мы могли бы легко провести еще больше сеансов терапии, продолжая корректировать нашу формулировку. Следует ли мне продолжать до тех пор, пока наша формулировка не удовлетворит пациентку полностью, или все же важнее двигаться дальше? Если так, то как мне убедить ее согласиться с тем, что все готово, чтобы двигаться дальше?”

В данном случае следует сформулировать следующее проблемное убеждение: “До тех пор, пока я не получу правильную формулировку, от лечения не будет никакого толку, и...”. Если все дело в том, пациентка излишне вдается в каждый нюанс своего расстройства, следует прибегнуть к метафоре “чумы”, сказав пациентке: “Если бы у вас была чума, стоило бы рассматривать каждый нарыв или же достаточно было бы знать, что у вас чума”.

4.2. ОКР и ПТСР

С клинической точки зрения нередко считается, что травматические события, как однократные, так и многократные, могут способствовать развитию ОКР в качестве одного из нескольких путей [Salkovskis *et al.*, 1999]. Следует, однако, иметь в виду, что такая взаимосвязь может быть не характерной для ОКР, и это, вероятно, справедливо для других тревожных расстройств и депрессии. Развитие нового понятия мысленного загрязнения, предложенного авторами публикации [Rachman *et al.*, 2015], высветило потенциальное значение травмы, пренебрежения и особенно измены (см. далее раздел 4.3). Посттравматическое расстройство (ПТСР) диагностируется как отдельный вид расстройства, которое по-разному проявляется вместе с ОКР, причем их взаимосвязь позволяет выявить лишь тщательная формулировка вместе с пациентом. Некоторые пациенты с диагнозом ОКР могли пережить

функционально связанное травматическое событие [de Silva and Marks, 1999; Gershuny *et al.*, 2008; Gershuny *et al.*, 2003]. Это означает, что у людей, переживших травму, могли развиться связанные с ОКР представления и виды поведения. В частности, сообщалось о распространенности ОКР у 40% всех людей, страдавших ПТСР [Nacasch *et al.*, 2011]. При сравнении показателей долговечности серьезных травматических событий у людей, страдающих и не страдающих ОКР, никаких особых отличий не было обнаружено [Grabe *et al.*, 2008]. И это позволило предположить, что для большинства людей травматические события не являются главным фактором, вызывающим обсессивные трудности.

Впрочем, взаимосвязь между двумя рассматриваемыми здесь психологическими расстройствами остается неясной. Авторы исследования, описанного в [Huppert *et al.*, 2005], высказали предположение, что наличие взаимосвязи между симптомами ОКР и ПТСР можно объяснить, главным образом, сочетанием перекрывающихся симптомов и депрессии. Тем не менее, травматические события оказывают влияние на некоторых пациентов, и поэтому они могут и должны быть целью лечения. В заслуживающем внимания исследовании, описанном в [Veale *et al.*, 2015b], к пациентам, страдавшим ОКР и сообщавшим о мучительных образах, которые могли быть связаны с прошлыми негативными воспоминаниями, было применено так называемое переписывание образов. В итоге было обнаружено улучшение симптомов, из этого был сделан вывод, что переписывание образов дало альтернативное понимание навязчивого образа, сходное с моделью ПТСР, предложенной авторами публикации [Ehlers and Clark, 2000].

ОКР в качестве второстепенного расстройства после ПТСР описан ниже на примере того, что случилось с Винсом.

“Я был обыкновенным парнем, все в моей жизни было хорошо, и я чувствовал себя счастливым и удачливым, когда все расстроилось. На меня напали и ограбили на улице какие-то молодчики. Они отняли у меня часы, обручальное кольцо и бумажник. Они ранили меня и угрожали мне. В тот момент я думал, что умру, настолько они обращались со мной агрессивно и грубо. С того дня я стал чувствовать себя уязвимым и слабым, не видя, как мне жить дальше без того, что может случиться еще что-нибудь плохое. Я чувствовал себя подавленным, оставил работу по болезни и перестал выходить из дому, кроме тех случаев, когда члены моей семьи заставляли меня это сделать. Я стал все более придирчивым к наличию микробов и чистоте предметов, поскольку я думал, что если я заболею физически, это будет “последней каплей”. Я

уже чувствую себя “психически больным” и не могу с этим совладать. С физической болезнью я еще в состоянии справиться и хотя бы попытаться предотвратить ее. Кроме того, я стал очень суеверным, чувствуя, что если бы я поступил в тот день немного иначе, на меня бы не напали и не ограбили. И теперь я всегда пытаюсь быть удачливым, избегая несчастья. Я не выхожу из дому в пятницу 13-го числа, все время стучу по дереву на удачу и даже неподдельно радуюсь, если птица нагадит на меня”.

У Винса был обнаружен ряд главных свойств ПТСР. Его мучили воспоминания об уличном ограблении, в том числе лица напавших на него в масках в предельной близости от него. Когда он переживал эти навязчивые воспоминания или же о случившемся с ним напоминало что-нибудь другое (например, сообщение в новостях об аналогичном преступлении), тогда он чувствовал крайнюю тревогу и настоящую опасность, поскольку в тот момент он думал, что умрет. Он оценил свое состояние после травмы как слабое и уязвимое, поскольку он не оказал напавшим на него никакого сопротивления. Всякий раз, когда он глядел на свою левую руку, он вспоминал об утраченном обручальном кольце и часах, а также о том, что его жизнь совершенно перевернулась. Его убеждения под действием ОКР зеркально отражали обусловленные ПТСР убеждения в том, что он слаб, уязвим и несчастен. При составлении формулировки вместе Винсом психотерапевт воспользовался когнитивной моделью ПТСР, предложенной авторами публикации [Ehlers and Clark, 2000], выведя явные связи между ОКР и ПТСР, как показано на рис. 4.2.

Винсу очень помогло признание того, что ОКР заставляло его с большей вероятностью чувствовать себя под угрозой, поскольку он знал, что повышенная чувствительность к микробам и подозрительность были в какой-то мере необоснованны. Хотя он не вполне осознал самое непосредственное влияние обусловленных ОКР убеждений и видов поведения на общее его ощущение текущей угрозы.

Как только будет установлена согласованная и удобная формулировка, направление дальнейшего лечения будет определяться наиболее беспокоящими симптомами с учетом показателей самооценки, полученных с помощью таких инструментов, как “Исправленная шкала оценки влияния травматического события” (Revised Impact of Events Scale — IESR; [Weiss and Marmar, 1997]), “Посттравматическая диагностическая шкала” (Posttraumatic Diagnostic Scale — PDS; [Foa *et al.*, 1997]), “Посттравматический опросник когниций” (Posttraumatic Cognitions Inventory — PTCI; [Foa *et al.*, 1999]), а также наиболее доступными и полезными целями. Такая формулировка должна пока-

зывать, каким образом свойства ПТСР и ОКР поддерживают недуг, а также должна выявить те места, где они могли бы отличаться. Возможно, имеется указание на то, что первоначально внимание сосредоточивается на переработке воспоминаний или же на тех видах поведения, которые препятствуют способности пациента к переработке, т.е. на тех стратегиях, которые ослабляют ощущение тревоги в настоящий момент. К примерам таких стратегий относится подавление мыслей и поведение в поисках убежища (ППУ).

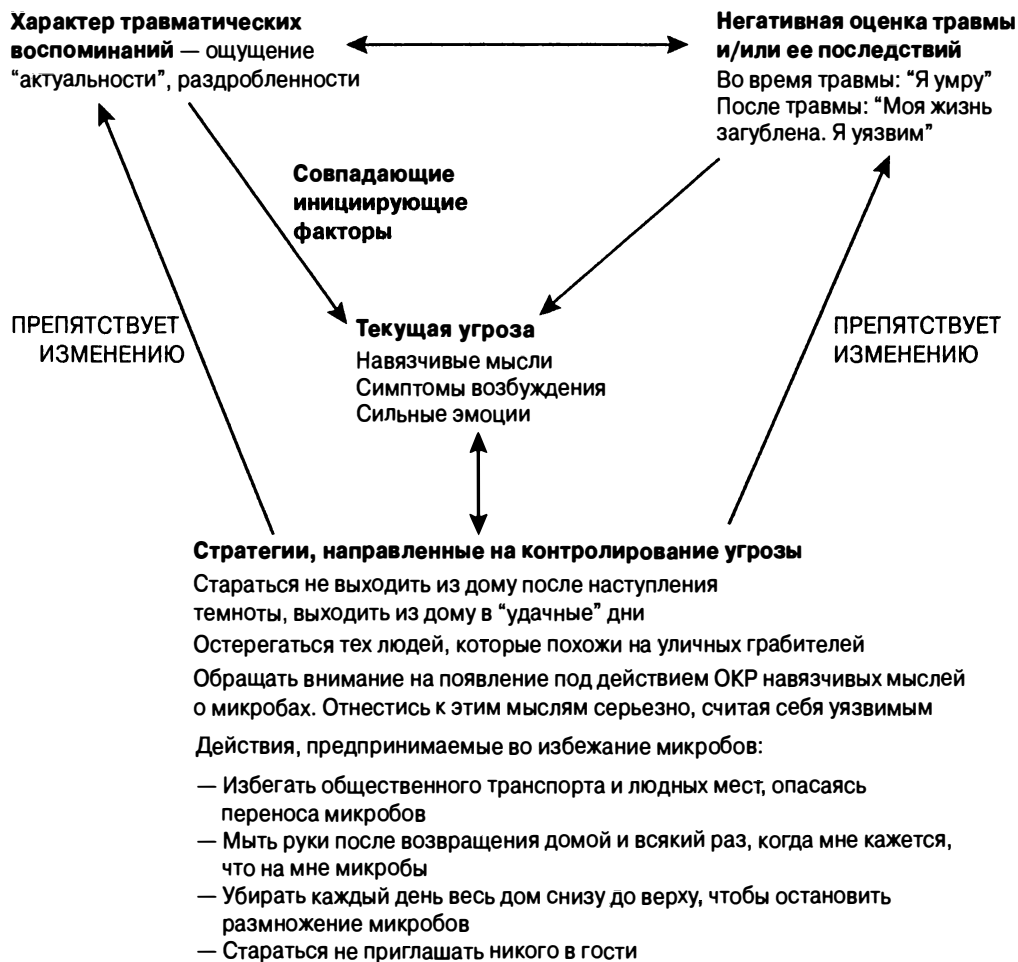


Рис. 4.2. Формулировка посттравматического расстройства

Лечение может быть нацелено по оценке угрозы самыми разными способами, включая такие вполне устоявшиеся, эффективные и, вероятно, существенные методы лечения ПТСР, как повторное переживание, обновление очагов и возвращение к нормальной жизни [Ehlers and Clark, 2000; Grey, 2009;

Grey *et al.*, 2002]. Лечение, описанное в главе 3, проводится аналогичным образом до тех пор, пока у пациента, страдающего ПТСР и ОКР, не появится правдоподобное, альтернативное и менее угрожающее убеждение в том, что он пережил, а также уверенность в причинах, по которым он чувствует себя именно так, а не иначе, и вряд ли пожелает изменить свое поведение, поскольку почувствует, что это слишком опасно и может вызвать у него тревогу. Если пациент уже пытался прекратить свое поведение под действием ОКР без веских на то оснований, он, вероятно, уже испытал всплеск симптомов ПТСР.

Винсу было полезно воспользоваться теорией А/В, чтобы увидеть, что существует правдоподобная, менее угрожающая альтернатива его убеждению в своей слабости, уязвимости и неудачливости. Его теория А/В (табл. 4.3) подводит следующий характерный итог главным свойствам ПТСР, на которые нацелено лечение:

- Характер травматических воспоминаний.
- Ощущение текущей угрозы.
- Совпадение инициирующих факторов и различие стимулов.
- Высокие уровни возбуждения и навязчивых мыслей.
- Сверхбдительность.
- Систематическая ошибка внимания.
- Стратегии, направленные на снижение угрозы и оценок травмы.

После данной начальной стадии формулировки сочетание методов лечения ПТСР и ОКР помогло Винсу преодолеть свои затруднения следующим образом:

- Объяснить характер травматических воспоминаний, включая ощущение “актуальности”.
- Найти основания для переработки травматических воспоминаний, повторного переживания и когнитивной структуризации, что приводит к изменениям в ощущении текущей угрозы и ослаблению обращений к прошлому.
- Применить сократический метод, метафоры и поведенческие эксперименты для преодоления обусловленных ОКР убеждений в том, что он был уязвим к заражению микробами и что физическое заболевание станет “последней каплей”. К этому относится и малая польза от того,

что он не убирал в своем доме или избегал людей. На самом деле ему от этого становилось еще хуже, а его состояние вызывало большую озабоченность членов семьи.

- Вновь открыть для себя реальное положение дел, т.е. возобновление его прежних убеждений в удаче (ошибочных семейный суеверий, постукивания по дереву или скрещивания пальцев). Хотя принятие решения о выходе из дома на основании суеверных убеждений на самом деле мешало ему вернуться к нормальной жизни, переноса все его внимание на мысли об угрозе и опасности для него.

Таблица 4.3. Теория А/ В для лечения ПТСР и ОКР

**Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение?
Какое затруднение мне необходимо разрешить?**

Теория А

Я слаб, уязвим и несчастен

Теория В

Я чувствовал слабость и уязвимость, поскольку со мной случилось несчастье, которое оказало на меня сильное воздействие, развил у меня ПТСР, из-за которого я теперь чувствую себя в большей опасности, чем это есть на самом деле. Я уязвим и несчастен не больше, чем кто-нибудь другой, а сосредоточенность на микробах и удаче вызывала у меня озабоченность в связи с риском и опасностью

Какое имеется тому свидетельство?

Почему я в этом убежден?

Настоящие свидетельства отсутствуют. Быть избитым и ограбленным на улице — это действительно невезение, но на самом деле мне очень “везет” в другом: члены моей семьи счастливы и здоровы, а меня не беспокоит мое финансовое положение

Теперь я понимаю, что у меня ПТСР, а это означает, что мои воспоминания об уличном ограблении не “сданы в архив”, как следовало бы [характер травматических воспоминаний]. Они легко вызываются по самому разному поводу, вынуждая меня опасаться, не случится ли это со мной опять [высокие уровни возбуждения и навязчивых мыслей]. От этого у меня возникает ощущение уязвимости [возбуждение от травмы], в том числе и к болезни. А поскольку я стал больше беспокоиться по поводу микробов, то начал усматривать опасность во всем и во всех [сверхбдительность и систематическая ошибка внимания]. На самом деле до уличного ограбления я не думал о том, что заболел, и это казалось мне маловероятным

Я стал думать об удаче, поскольку мне так “не повезло” оказаться в неподходящем месте в неподходящий момент, чтобы стать жертвой преступления. Я потерпел неудачу и испугался настолько, что цеплялся за все, что могло бы дать мне почувствовать себя в чуть большей безопасности или лучше защищенным [стратегии, направленные на уменьшение угрозы]. И хотя желание чуть большей удачи и суеверие поначалу казалось мне полезным, я вскоре стал еще более пугливым и озабоченным

**Что мне делать, если это правда?
Каковы последствия данной теории?**

Не выходить из дому, если в этом нет особой необходимости, а если и выйти на улицу, то остерегаться странного вида людей

Никогда не выходить из дому после наступления темноты

Никогда не выходить из дому в “неудачный” день

Избегать общественного транспорта и людных мест, опасаясь переноса микробов

Мыть руки после возвращения домой и всякий раз, когда мне кажется, что на мне микробы

Убирать каждый день весь дом снизу доверху, чтобы остановить размножение микробов

Мне нужно поработать над более положительным ощущением “тогда и теперь”, проанализировав свои воспоминания, чтобы поставить на них “отметку времени”

Сначала проследить за своим вниманием к некоторым людям, а затем сделать допущение, насколько они могут представлять для меня угрозу

Мне нужно примириться с уличным ограблением и принять, что иногда случается несчастье, но риск, что со мной случится что-нибудь плохое опять, не особенно велик. То, что меня ограбили на улице, совсем не означает, что я слаб и уязвим. Если бы я сопротивлялся, то мог бы получить серьезное ранение или что-нибудь еще похуже. На самом деле я принял правильное решение в тот момент

Мне нужно выходить из дому и что-то делать даже в “неудачные” дни, как я делал это прежде

Стараться не приглашать никого в гости

Я буду убирать в своем доме каждую или через одну неделю, принимать гостей, когда мне это захочется, пользоваться общественным транспортом и посещать людные места

Что мне сулит будущее?

Я никогда с этим не свыкнусь, ведь уличные грабители отняли у меня нечто большее, чем обручальное кольцо и часы, — они отняли у меня нормальную жизнь

В свое время я вернусь к нормальной жизни и буду делать то, что делал всегда, несмотря на напоминания и воспоминания об уличном ограблении, которые будут иногда появляться

Я буду с удовольствием проводить время в кругу семьи и друзей

4.3. Мысленное загрязнение

“Похоже, что это чисто, хотя и кажется грязным” [Rachman, 1994]

“Мысленное загрязнение” является свойством ОКР, которое недавно было выявлено и прояснено профессором Джеком Рахманом — первооткрывателем в области ОКР — вместе с его коллегами [Rachman, *et al.*, 2015].

Боязнь заражения или загрязнения через соприкосновение с зараженными болезнями или грязными объектами является известным свойством ОКР. А умственное заражение или загрязнение происходит от другого человека через действие психологического или физического насилия вроде измены, обиды или оскорбления. Истолкование особого значения такого насилия обычно подразумевает представление о том, что жертва слаба, ничтожна и никчемна. И это может проявляться в виде “взаимоотношений при ОКР”. Например, измена партнера может вызвать в последующих взаимоотношениях обсессивный страх, что изменивший партнер будет обманывать своего партнера и действительно ли он его любит, что в итоге приведет к потенциально разрушительным уровням поиска утешения и проверки.

“Самозагрязнение” означает ощущение загрязнения человека от его собственных мыслей или лично неприемлемых им действий (например, причинения вреда или измены) или совершения чего-то “отклоняющегося от нормы” (например, просмотр откровенной порнографии). Самозагрязнение зачастую сопровождается стыдом, виной, и самокритичными и нравственными суждениями человека о самом себе, например: “Я безнравственный человек” [Rachman, *et al.*, 2015].

“Превращение” означает убеждение в том, что нежелательные характеристики людей должны быть преобразованы от близости или физического соприкосновения, в результате чего человек, страдающий ОКР, превратится в такую нежелательную личность [Rachman, *et al.*, 2015]. Характерным тому примером может служить отлично успевающий учащийся, который не желает общаться с менее способными к учебе соучениками из-за боязни, что их недостатки в учебе передадутся ему. Рахман теоретически допускает, что люди склонны верить в превращение, если они убеждены в заразности психического расстройства, отвращения или неприязни к необычным или странным людям, или же верят в историю о том, что на них могут оказать отрицательное влияние или сказать им, что они неудачники. Общение таких людей с неудачливыми или странными людьми может вызвать у них подобные опасения, а также представление, что такое могло бы случиться и с ними. Подобные опасения считаются иррациональными и плодом их собственного вымысла.

Для оценивания мысленного загрязнения были разработаны специальные инструменты, в том числе “Ванкуверский опросник ОКР” (Vancouver Obsessive Compulsive Inventory — VOCI; [Thordarson *et al.*, 2004]) с вопросами, охватывающими загрязнение от соприкосновения и умственное загрязнение. К другим полезным инструментам относится “Шкала слияния мысли и действия при загрязнении” (Contamination Thought–Action Fusion Scale) и “Шкала чувствительности к загрязнению” (Contamination Sensitivity Scale; см. ниже врезку 4.1 и [Radomsky *et al.*, 2014]).

Врезка 4.1. Исследовательские заметки о вызывании умственного загрязнения в лабораторных условиях путем имитации насильственных действий

Авторы публикации [Radomsky and Elliott, 2009] попросили 148 выпускниц вуза прослушать предоставленную им аудиозапись и мысленно представить добровольный или принудительный поцелуй мужчины, описанного как нравственного или безнравственного. Принудительный поцелуй вызвал больше чувств мысленного загрязнения, чем добровольный поцелуй независимо от того, был ли мужчина описан как нравственный или безнравственный. И меньше чувств мысленного загрязнения возникло у тех участниц данного исследования, которые мысленно представили добровольный поцелуй мужчины, описанного как нравственного. Авторы публикации [Millar *et al.*, 2016] высказали предположение, что полученные результаты данного исследования были обусловлены мысленным представлением поцелуя (теле-

сных жидкостей), а не мыслями об измене. Сценарии с кражей не вызывают никакого мысленного загрязнения у студентов. Однако авторы публикации [Pagdin *et al.*, 2016] обнаружили в клинических выборках свидетельства, что мера переживания измены и чувствительности к ней может быть связана с ОКР вообще и мысленным загрязнением в частности и что этого нельзя было сказать о других тревожных расстройствах.

Авторы публикации [Rachman, *et al.*, 2015] обратили внимание на то, что ощущение мысленного загрязнения может быть вызвано воспоминаниями, образами, мыслями и внутренним осмотром тела с целью обнаружить признаки загрязнения. Чувства мысленного загрязнения с особенной вероятностью усугубляются со временем вследствие изменений в восприятии, воспоминаниях и мыслях человека о загрязняющем его человеке. Люди могут испытывать временное облегчение от физического умывания, тогда как другие виды нейтрализующего поведения почти неизбежны, в том числе мысленные ритуалы, питье воды или гигиенических, чистящих средств для удаления внутренней грязи, как, впрочем, и избегание людей или мест, связанных с мысленным загрязнением.

Характерные для ОКР убеждения (например: “Мне следует контролировать свои мысли”) подкрепляются неконтролируемостью мыслей и могут в какой-то мере укрепить чувство психической неуравновешенности или ущербности. Более того, искажения, обусловленные слиянием мысли и действия (СМД), способны придать еще больший вес негативной оценке мыслей, как следует из приведенных ниже примеров.

- Наличие этих отвратительных мыслей о скотоложстве так же безнравственно, как и совершение полового акта с моей собакой.
- Наличие образов о бездомном недоумке увеличивает вероятность, что я сам стану бездомным и недоумком.

После испытанного сексуального насилия или посягательства зачастую появляется ощущение физического и мысленного загрязнения. Авторы публикации [Rachman, *et al.*, 2015] обратили внимание на сходство такого ощущения с когнициями, связанными с ПТСР, когда люди, испытавшие нечто подобное, считают себя непоправимо испорченными. Ниже приведен пример мысленного загрязнения после пережитого сексуального посягательства.

Фарах стыдилась признать свои трудности. Они избегала встреч с молодыми людьми однополой ориентации, поскольку беспокоилась, что сама станет такой же. Она не испытывает никакой гомофобии и имеет весьма либеральные взгляды на сексуальность, хотя и находит свои мысли по этому поводу оскорбительными. Когда она была в баре, с ней заговорила одна женщина, которая неожиданно поцеловала ее и прикоснулась к ней. Фарах не понравились эти заигрывания, после чего она почувствовала гнев и стыд. Она стала также беспокоиться, что становится опасно больной психически, поскольку она знает, что гомосексуализм “не передается”. Тем не менее, такое представление стало вызывать у нее все большую озабоченность.

Фарах сказала: “Мне не нравится думать о том, что произошло. И когда подобная мысль приходит мне в голову, у меня появляется желание полностью отмыться от нее. Меня очень злит, что кто-то поцеловал меня и прикоснулся ко мне против моей воли. Я не вижу, как мне справиться с этим. Когда я чувствую тревогу, мне кажется, я становлюсь однополой, и это меня пугает. Ведь я не такая, и моя жизнь развалилась бы, если бы я почувствовала, что я не та, кем себя считаю. Я избегаю своих соседей [однополую пару], от чего мне грустно и стыдно, поскольку они порядочные люди”.

После пережитого сексуального посягательства Фарах долго принимала душ и испытала некоторое облегчение от ощущений мысленного загрязнения. Она выбросила свою одежду, которую она носила в тот вечер, поскольку ей показалось, что эта одежда заражена, а также потому, что она напонила ей о данном событии. Более того, она выбросила внешне похожую одежду, поскольку считала, что по этой одежде люди будут судить, что она однополая. Она начала мыть свои руки всякий раз, когда вспоминала то злополучное событие. И такое мытье постепенно стало все более частым и тщательным. Со временем Фарах сформулировала критерий ощущения чистоты (подробнее о критериях обращения к внутреннему состоянию см. ранее в разделе 1.8.7). Ниже приведено схематическое представление формулировки состояния мысленного загрязнения у Фарах.



Переживание сильной негативной эмоции рассматривалось Фарах как доказательство того, что она непоправимо испорчена. Авторы публикации [Rachman, *et al.*, 2015] предположили как часть лечения приведенное ниже объяснение искажения “из логической последовательности” при мысленном загрязнении, когда заключение о присутствии ошибочно делается на основании пережитого страха.

“Некоторые люди считают, что если они чувствуют вину, значит, они, должно быть, сделали что-то не так, и поэтому у них возникает следующая мысль: “Я загрязнен(а)”. Порой, когда людям кажется, что они загрязнены или осквернены, они на самом деле чувствуют также печаль, гнев или отвращение, но их эмоция обозначена неправильно. Именно поэтому мытье не помогает им чувствовать себя лучше”.

[Rachman, *et al.*, 2015, стр. 98]

Такое объяснение помогло Фарах увидеть, что подобные сильные эмоции свидетельствовали в пользу теории В, а не подтверждения теории А (табл. 4.4).

Таблица 4.4. Теория A/B опасений мысленного загрязнения

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А Я была физически и мысленно загрязнена той женщиной, и теперь я непоправимо изменилась к худшему	Теория В Мысленное загрязнение является психологическим расстройством, над которым я могу работать
Какое имеется тому свидетельство? Почему я в этом убеждена?	
Никаких свидетельств	Я постоянно чувствую тревогу, огорчение и гнев, которые я неправильно обозначила как умственное загрязнение
Что мне делать, если это правда? Каковы последствия того, я поверила в эту идею?	
Помыться как можно более тщательно, когда мне что-то напомнит о неприятном событии	Пойти куда-нибудь, поговорить с кем-нибудь
Избегать однополых людей лично или в средствах массовой информации	Поработать над обвинением себя в том, что произошло
Спросить себя: почему это произошло и что я могла бы сделать, чтобы это прекратить?	Выяснить больше, почему это переживание так сильно беспокоило меня и как мне с ним мириться
Попытаться вспомнить всех мужчин, с которыми у меня были взаимоотношения, чтобы вызвать гетеросексуальные чувства	Мыться один раз в день, мыть свои руки несколько раз в день, исходя из “обычных” правил, а не ощущений неопрятности
Какой станет моя жизнь, если я буду и дальше действовать подобным образом?	
Я стану все более обособленной и ничтожной	Я вернусь к своему прежнему состоянию человека, любящего повеселиться, дружелюбного и принимающего других людей такими, какими они есть

Психотерапевт помог Фарах примириться с влиянием на нее столь неприятного события, разобраться в том, что произошло и выяснить, что данное событие значило для нее в тот момент и как она оценила его впоследствии. Это позволило выявить ощущение опасности в тот момент, когда она почувствовала себя весьма уязвимой в баре, поскольку друзья покинули ее, и она находилась под влиянием алкоголя. Фарах винила себя впоследствии за то, что позволила себе быть уязвимой, и чувствовала себя виноватой в том, что допустила интимность с первой встречной. С помощью метода “повторного переживания” [Ehlers and Clark, 2000; Grey *et al.*, 2002] Фарах сумела восста-

новить во всех подробностях неприятное для нее событие, чтобы увидеть, что она была в тот момент менее уязвима, чем вспоминала первоначально. Она действительно знала некоторых людей в баре и сидела у самой стойки бара, т.е. поблизости к обслуживающему бар персоналу. Это помогло ей обновить свое убеждение в том, что она вела себя безответственно и позволила себе быть уязвимой. Ведь она уже бывала в подобных ситуациях прежде, и ничего плохого с ней не случалось. Фарах признала также, что большинство людей регулярно оказываются в подобных ситуациях. Кроме того, она вспомнила времена, когда думала, что мужчины интересуются ею и даже немного заигрывали с ней, хотя в итоге оказалось, что они не рассчитывали на взаимность. И, наконец, она признала в этом некоторое сходство, что уменьшило ее опасения угрозы от женщины, которая ее поцеловала.

Фарах и далее беспокоило оставшееся у нее убеждение в том, что гомосексуальность может передаваться, и она по-прежнему верила, что это признак зарождающегося безумия. И здесь на помощь пришла метафора Джимми Сэвила,¹ как следует из приведенного ниже диалога психотерапевта с Фарах.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Недавно в новостях появилось сообщение о том, что некто заплатил тысячу фунтов за пару шортов ямайского легкоатлета Усэйна Болта, которые он носил на Олимпийских играх, а еще больше — за пару боксерских перчаток Мухаммеда Али. Как бы вы объяснили такой поступок?

ФАРАХ: Может быть, людям нравится иметь у себя что-нибудь историческое или какое-то отношение к известному человеку или памятному событию?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И я так думаю. Если бы здесь у нас были эти шорты, хотели бы вы взять их в руки, чтобы прикоснуться к ним? Что бы вы сказали тогда другим людям об этом?

ФАРАХ: Наверное, я бы хотела. В этом было бы нечто захватывающее.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но если подумать об этом, то не шорты, а сам легкоатлет вошел в историю. Несут ли шорты существо Усэйна Болта? По этой ли причине нам хочется прикоснуться к ним?

ФАРАХ: Пожалуй, нечто в этом роде.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Стали бы мы от этого бегать быстрее?

¹ Сэр Джеймс Уилсон Винсент “Джимми” Сэвил — британский диджей, телеведущий и благотворитель, после смерти которого открылись многочисленные случаи его сексуального домогательства к несовершеннолетним. — *Примеч. ред.*

ФАРАХ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что, если бы у нас была пара шортов Джимми Сэвила? Прикоснулись бы вы к ним?

ФАРАХ: Ни в коем случае. Это было бы отвратительно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Думаете ли вы, что всякому захотелось бы прикоснуться к ним?

ФАРАХ: Нет. Я думаю, что всякому захотелось бы их сжечь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но ведь не шорты совершали акты насилия, а сам их владелец. Показывает ли это нам, что большинство людей верят в передаваемость черт характера человека?

ФАРАХ: Большинство людей действительно верят в это хотя бы немного?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Похоже, что так. И то, что вы делаете, ничем особенно не отличается от того, что делает большинство людей. У каждого из нас имеется такое чувство, будто какая-то черта характера человека все же передается.

Представление о том, что объекты принимают свойства характера человека подробно описано в исследовании накопительства (см., например, в [Steketee and Frost, 2013]). Опрос мнения людей после аналогичных событий показал, что у них часто появляется чувство загрязнения после нежелательного заигрывания. Когда психотерапевт ознакомил Фарах с исследованием, описанным ранее во врезке 4.1, это помогло ей увидеть, что такое чувство нормально, а также подвергнуть дальнейшему сомнению ее теорию А.

Таким образом, лечение умственного загрязнения состоит из таких же элементов, как и лечение других опасений: ясной формулировки, теории А/В, накопления свидетельств в пользу теории В, включая сбор данных и обсуждение умственного загрязнения, роли видов ППУ и избегания, а также выяснение того, как действительно обстоит положение дел (например, проведение поведенческих экспериментов с целью выяснить, действительно ли мы передаем свойства своего характера).

4.4. Преодоление стыда при ОКР

Вопрос стыда уместно иметь в виду при лечении ОКР, принимая во внимание симптоматически обоснованный стыд, убеждения в СМД, а также препятствующий лечению стыд [Weingarden and Renshaw, 2015]. В частности,

симптоматически обоснованный стыд означает, что человек судит о себе по своим симптомам, которые могут иметь отношение к более универсальному стыду по поводу борьбы с нарушением психического здоровья или к симптомам, характерным для ОКР. Как обсуждалось ранее, содержание обсессивных мыслей пациента обычно сосредоточено на темах, которые наиболее претят ему. Примерами тому служат богохульные мысли у религиозного человека, мысли матери о причинении вреда своему ребенку или беспокойство заботливого человека о том, что он может быть педофилом. Ясно, что пациенты с обсессивными мыслями могут судить о себе сурово или даже бояться себя, поскольку их внутренние переживания (навязчивые мысли и образы) оставляют их уязвимыми к чувствам стыда по поводу их навязчивых мыслей и образов.

Кроме того, они могут стыдиться выполнения компульсий на виду у других людей. Например, чрезмерное мытье рук или повторение проверок трудно, может быть, скрыть от других людей. Убеждения в СМД, когда наличие мысли нравственно равнозначно действию сообразно этой мысли, могут быть взаимосвязаны со симптоматически обоснованным стыдом. Например, стыд по поводу содержания obsessions может быть усугублен такими убеждениями в СМД, как следующее: “Наличие такой мысли означает, что я плохой, злой, безнравственный человек”. Социальное отчуждение и уклонение от обращения за помощью в лечении из стыда может также поддерживать и усугублять стыд при ОКР. Если же пациент обращается за помощью в лечении, он может из стыда не раскрыть симптомы, вызывающие стыд, не только психотерапевту, но и близким ему людям.

Как обсуждалось в главе 3, важной стороной работы с любым пациентом, страдающим ОКР, является психообразование в отношении навязчивых мыслей как часто переживаемых людьми. Такое образование обычно проводится на конкретных примерах самых разных навязчивых мыслей, переживаемых людьми, особенно тех мыслей, которые считаются “запретными”, чтобы нормализовать переживание пациентом его навязчивых мыслей. Для многих людей этого может быть достаточно, чтобы унять чувства стыда по поводу содержания их мыслей и трудностей принять подобные мысли. А для других людей чувства стыда могут служить основой их эмоционального расстройства и препятствовать прогрессу, достигнутому в совладании с ОКР методом, описанным в главе 3. В подобных случаях очень важно включить стыд, помимо тревоги, в качестве эмоциональной реакции и соответствующих ви-

дов поведения в формулировку, а в ходе терапевтического вмешательства — преодолеть стыд непосредственно.

Озабоченности по поводу причинения вреда себе и/или другим людям принадлежит центральное место в ОКР. Боязнь ответственности за будущий вред обычно наблюдается среди опасений неумышленного причинения вреда от действия или бездействия. Например, боязнь ответственности за устроенный пожар или боязнь заболеть самому или вызвать болезнь у других через заражение. Типичной эмоциональной реакцией на такие опасения является тревога, приводящая к попыткам удостовериться (фактически или мысленно убедиться в предотвращении будущего вреда), возместить ущерб или исправить положение (например, смыть загрязнение). Чувства вины зачастую могут сопровождаться чувствами тревоги. Например, в предвидении последствий, если не предотвратить вред себе или другим людям. В таком случае достаточно последовать методу лечения, описанному в главе 3, чтобы помочь пациенту преодолеть его ОКР. Но всякий раз, когда пациент, страдающий ОКР, упоминает о чувствах вины, очень важно исследовать дополнительно характер этих чувств, чтобы выяснить, не лучше ли понять описанные им чувства вины как стыд.

4.4.1. Различение стыда и других эмоций

Прежде чем решить, как работать с чувствами стыда, очень важно рассмотреть, что подразумевается под стыдом, и отличить стыд от других застенчивых эмоций. В частности, понятия вины и стыда нередко употребляются попеременно, как пациентами, так и психотерапевтами, но такое отсутствие конкретности может привести к принципиальным, формулировочным и терапевтическим трудностям. Чувство вины появляется в том случае, когда человек негативно судит о своем *поведении*, тогда как чувство стыда — при негативном суждении человека о себе самом [Tangney and Dearing, 2002].

Стыд не является одиночной эмоцией подобно тревоге, но включает в себя сложные динамические процессы между внешне направленными опасениями того, что могут подумать, почувствовать, сделать другие люди, и внутренне направленными опасениями того, что может активизироваться в самом человеке [Gilbert, 2010]. Автор данной публикации различает стыд, унижение и вину, уделяя основное внимание отличиям во влиянии этих эмоций на концентрацию внимания, мышление и мотивы поведения. Когда переживается стыд, все внимание человека направлено на *ущерб себе и своей репутации*, с чем связана тревога, поражение, пустота и направленный на себя гнев. Мы

можем постичь, что другие люди судят о нас негативно, а также вынести глобальные негативные суждения о себе, что побудит нас защитить себя от неприятия или нападков других людей. И мы можем сделать это, попытавшись скрыть те свойства своего характера, которые вызывают у нас стыд. А когда мы испытываем *унижение*, все наше внимание уделяется *вреду, причиненному нам другими людьми*, и тогда у нас могут появиться чувства гнева, несправедливости и мщения. Наши мысли будут сосредоточены на несправедливости негативного оценивания нас другими людьми, что пробудит в нас жажду отомстить и заставить других людей замолчать.

Когда мы испытываем *вину*, все наше внимание уделяется *вреду, причиненному другим людям нашим поведением*, и тогда у нас могут появиться чувства жалости, сожаления и раскаяния. Мы можем почувствовать симпатию и эмпатию к другим людям, что побудит нас возместить нанесенный им ущерб. И хотя повышенные уровни стыда и унижения обычно ничем не обоснованы и связаны с повышенной симптоматикой [Kim *et al.*, 2011], здоровая связь с виной может оказаться потенциально полезной, поскольку она способна привести к принятию ответственности за причиненный вред и исправление положения. Стыдясь, мы можем нападать на себя и обособляться. Испытывая унижение, мы можем нападать на других людей, стремясь властвовать над ними. И напротив, учась переносить чувства вины, мы можем помочь себе предпринять необходимые шаги к упрочению наших взаимоотношений с другими людьми. И если стыд побуждает нас к ограничению причиняемого ущерба, то вина направляет нас к примирению и воссоединению после нарушения межличностных взаимоотношений [Gilbert, 2010].

Стоит также отметить, что эти чувства совсем не обязательно возникают обособленно, но человек может испытывать их как смешанные определенным образом эмоции. Чувства вины могут также смешиваться с чувствами стыда у человека, чувствующего вину за вред, который он мог причинить другим людям. Хотя он может также испытывать глубокое чувство стыда, связанное с самоощущением, задавая себе, например, такой вопрос: “Каким человеком я оказываюсь из-за этого?” Аналогично, человек, испытывающий унижение, находясь в руках других людей, может также бороться со своими чувствами стыда, вспоминая или раскрывая унижительное переживание.

4.4.2. Внутренний и внешний стыд

Автор публикации [Gilbert, 2010] различает также опасения по поводу внешнего (социального) и внутреннего (личного) мира. Наши внешние опа-

сения связаны с тем, как нас воспринимают и могут истолковывать другие люди, тогда как наши внутренние опасения отражают наше собственное восприятие других людей, включая опасения не соответствовать или потерпеть неудачу. Следовательно, преодолевая стыд, очень важно отличать внутренний стыд от внешнего. Зачастую внутренний и внешний стыд перекрываются, вследствие чего наши опасения по поводу того, как нас воспринимают другие люди, нередко отражают наши самые сокровенные опасения в отношении себя самих.

Несмотря на то, что стыд и вина являются совершенно разными эмоциями, люди могут нередко путать их, когда описывают свои переживания. Например, у матери новорожденного ребенка могут появиться навязчивые мысли о причинении ему вреда, и поэтому она может бояться своих собственных желаний и потенциальных действий, если она истолковывает такие мысли как отражающие ее внутренние желания. И хотя она описывает это как “чувство вины”, вполне возможно, что оно может быть точнее понято как чувство стыда за наличие подобных мыслей, которые противоречат ее собственным ценностям и представлению о себе самой. Она может испытывать, как *внутренний* стыд (например: “Я злая, раз у меня такие мысли”), так и *внешний* стыд (например “Если бы другие люди знали, какие у меня мысли, они бы подумали, что я чудовище, и отобрали бы у меня ребенка”).

И напротив, под действием ОКР эта мать может описать, как ей плохо оттого, что она не в состоянии быть той матерью, которой она хотела бы быть. Например, она может избегать тесного взаимодействия со своим ребенком, опасаясь неумышленно заразить его какой-нибудь болезнью. Эти “плохие” чувства можно понять как чувства вины, поскольку они отражают сосредоточение основного внимания матери на вреде, который она причинила собственному ребенку своим поведением (т.е. как ребенку не хватает заботливого отношения к нему из-за обсессивного опасения матери заразить его какой-нибудь болезнью). И это, вероятнее всего, приведет к появлению чувств раскаяния и сожаления, побуждающих ее возместить ущерб, совладав со своим ОКР, чтобы взаимодействовать со своим ребенком так, как ей этого хотелось бы. Такое различие важно еще и для терапевтического процесса, поскольку раскрыть чувства вины пациенту будет намного легче, чем чувства стыда, которые зачастую побуждают нас скрывать, а не раскрывать свойства своего характера.

4.4.3. Эволюционное представление о влиянии стыда

Авторы публикации [Gilbert and McGuire, 1998] предлагают средства для понимания природы стыда с эволюционной точки зрения. Будучи людьми, мы являемся социальными существами, развивавшимися для жизни в группах. Взаимодействуя с другими людьми посредством наблюдения и переживания поощрений и наказаний, мы узнаем, что в нас привлекательно, а что непривлекательно. Иными словами, что вполне приемлемо показать, а что следует скрыть. И поскольку мы социальные существа, то наше выживание в группе зависит от усиления непосредственного восприятия нас другими людьми во избежание ущерба от него.

Наш мозг развивался не только для того, чтобы обнаруживать и реагировать на физические угрозы (например, потенциальные нападки со стороны других людей), но и на социальные угрозы (например, неприятие, пренебрежение, исключение, неприязнь, критику со стороны других людей). Эти социальные угрозы активизируют аффективное возбуждение, невольно стимулируя примитивную защитную стратегию. Повиновение и умиротворение могут служить стратегиями адаптивного “ограничения ущерба” в ответ на чувства стыда, будучи направленными на возмещение ущерба во избежание неприятия. И напротив, если продолжать вести себя бесстыдно и непокорно, то следует ожидать нападков или неприятия от других людей. Авторы упомянутой выше публикации подчеркивают влияние социального положения, которое оказывает, в свою очередь, влияние на выбор нами стратегии защиты от угрозы. Например, неприятие кем-то, занимающим более высокое социальное положение, может стимулировать выбор стратегий повиновения, направленных на возмещение ущерба, тогда как неприятие кем-то, занимающим более низкое социальное положение, — выбор стратегий отмщения и защиты в стремлении сохранить свое положение в социальной иерархии.

4.4.4. Влияние стыда на терапевтический процесс

Классификация ОКР как тревожного расстройства привела к тщательному изучению появляющихся при ОКР эмоций с сильным акцентом на тревогу и относительно слабым вниманием к другим эмоциям. Авторы обзора [Weingarden and Renshaw, 2015] проанализировали влияние стыда среди обсессивно-компульсивных расстройств и аналогичных расстройств (ОКРЛ), подчеркнув, что такие поведенческие реакции на стыд, как избегание и социальное отчуждение, могли быть легко приписаны тревоге, тогда как они могут фактически возникать в ответ на чувства стыда. И это имеет важные

последствия для лечения. Авторы данного обзора подчеркивают также следующее: несмотря на то, что результаты исследований подтверждают эффективность экспозиционной терапии с подавлением реакции (ЭТПР) в снижении тревоги, очень важно учесть, какое воздействие ЭТПР может иметь на чувства стыда (см. ниже описание клинического случая со Стюартом). Они высказали также предположение, что излечение от стыда можно усовершенствовать, внедрив отдельные подходы психотерапии третьей волны, направленные непосредственно на стыд. К их числу относится терапия принятия и ответственности (ТПО — АСТ), диалектическая поведенческая терапия (ДПТ — DBT) и сострадательная терапия (СТ — CFT).

Стюарту, женатому мужчине, было 38 лет, когда он пожаловался на опасения по поводу заражения или загрязнения, в результате которых он хранил некоторые предметы своей одежды отдельно от других. Он признался, что “зараженными” были те предметы его одежды, которые он носил, посещая стриптиз-клубы. Цель отдельного хранения этих предметов одежды состояла в том, чтобы отделить стороны его личности, связанные с посещением стриптиз-клубов, от тех сторон его личности, которые связаны с его обязанностями мужа, отца и вполне уважаемого члена общества.

В формулировке Стюарта стыд был обозначен как основное затруднение. Его теория В была сформулирована следующим образом: “Это проблема стыда. Я сужу о себе как о безнравственном типе, и мне стыдно за то, что я посещаю стриптиз-клубы”. Психотерапевт побудил Стюарта принять участие в ЭТПР, получив задание носить свою обычную одежду, посещая стриптиз-клубы, отказаться смены этой одежды после возвращения домой и постепенно носить одежду, “загрязненную” в тех ситуациях, где он обычно избегал это делать (например, когда он выводил детей из дому на прогулку). Несмотря на согласие выполнить эти задания, Стюарт систематически возвращался на сеансы терапии, сообщая, что ему это давалось с большим трудом. Одно из объяснений этому состояло в том, что задания по ЭТПР фактически активизировали у данного пациента стыд, а не тревогу. Действие переодевания после стриптиз-клуба позволяло Стюарту отмежеваться и отключиться от своего чувства стыда, а не тревоги. И напротив, выполнение заданий по ЭТПР активизировало у него чувство стыда, а не тревоги, как и предполагалось. Терапевтическое вмешательство, направленное непосредственно на чувство стыда, возникавшее у Стюарта по поводу посещения стриптиз-клуба, потребовалось для поддержки в нем стремления отказаться от такого поведения. Побуждение Стюарта принять участие в сострадатель-

ной терапии, послужило для психотерапевта одним из средств для преодоления чувства стыда у данного пациента.

Стыд переживается как черта нашего характера, от которой нам хотелось бы избавиться, опасаясь, что если другие узнают о нем, они отвергнут нас. И это особенно затрудняет вести разговор о стыде и переживать его. Соккрытие и утаивание внутренних чувств стыда побуждает нас скрывать отдельные стороны нашей личности от других людей из боязни осуждения и презрения. И это, по вполне понятным причинам, затрудняет раскрытие подобных сторон нашей личности в ходе терапии. В итоге переживания стыда могут быть не раскрыты, и далее может появиться стыд за чувства несоответствия, неполноценности или “негодности”.

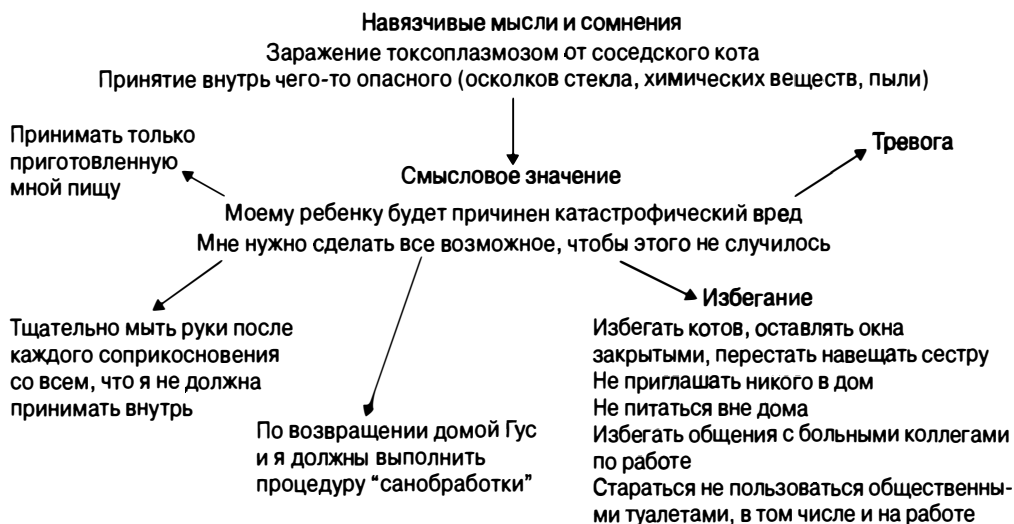
Имеется также немало других эмоций, которые могут быть связаны со стыдом, в том числе тревога, отвращение и гнев. И это обстоятельство может затруднить выявление стыда, если господствующая эмоция, выражаемая пациентом, оказывается другой эмоцией. Кроме того, уровень осознания стыда пациентом может быть разным, и хотя он может описывать такие эмоции, как вина, смущение или унижение, ему все же будет трудно признать и ясно выразить, что он на самом деле испытывает стыд [Macdonald, 1998]. И психотерапевту очень важно отличить эти разные эмоциональные состояния, чтобы не попасть в ту же самую ловушку ошибочного обозначения переживаний стыда.

Говорить о переживаниях стыда нелегко из-за боязни осуждения другими людьми и эмоционального избегания. В этом случае пациент будет осмотрительно выбирать того, перед кем он мог бы без опаски раскрыться. Заранее ожидаемый стыд препятствует раскрытию, если пациент избегает дополнительных чувств стыда, возникающих от раскрытия им своих переживаний стыда. К бессловесным знакам, которые могут предупреждать психотерапевта о чувстве стыда, относится отведение взгляда и наклонение головы. Если психотерапевт намерен поддержать раскрытие переживаний стыда, в таком случае очень важно создать безопасную терапевтическую обстановку, в которой пациент воспринимает психотерапевта как неосуждающего и заинтересованного понять его. Особое значение имеют микронавыки. Например, замедление речи, чтобы дать возможность для размышления и переживания в тишине на сеансе терапии, умелое употребление тона голоса и бессловесного общения, особенно выражения лица, для содействия безопасности [Gilbert, 2010]. Налаживание терапевтических отношений, при которых пациент испытывает не осуждающее принятие себя, дает важное основание для поддержки пациента в принятии аналогичного отношения к себе.

4.4.5. Убеждения в наказании, самообвинение и стыд

Если в формулировке поддержания ОКР у пациента содержатся оценки ответственности, отражающие его убеждения в том, что он заслуживает наказания или же само ОКР является формой наказания, в таком случае важно уяснить корни подобных убеждений. Сократическое опрашивание для исследования истоков убеждений пациента в его ответственности могут привести к раскрытию его воспоминаний о том, что он был ответственен в прошлом за причинение вреда. И хотя пациент может испытывать тревогу по поводу будущих событий, он может также нести чувство вины за прошлые события вместе с чувствами стыда и убеждением в своей вине. Выведение вместе с пациентом формулировки развития, связывающей критические события с оценками ответственности, может помочь ему лучше понять, каким образом у него развилось преувеличенное чувство ответственности и как это повлияло на развитие у него обсессивного расстройства и поддерживает его теперь. Привлечение пациента к процессу переоценки прошлых событий может помочь ему высвободить чувство стыда.

Более полное описание ОКР у Джесси, которая боялась заражения в период своей беременности, приведено в разделе 1.1. А ниже схематически показана формулировка поддержания ОКР у Джесси.



Джесси выразила некоторое облегчение от альтернативного объяснения ее обсессивного расстройства по теории В, однако ей было очень трудно реализовать эту теорию на практике. В процессе исследования эти трудности Джесси пала духом, сообщив, что, как ей известно, у нее рано или поздно

отнимут ребенка, и поэтому она должна сделать все возможное, чтобы этого не случилось. В результате сократического опрашивания с целью исследовать ее уверенность в таком убеждении обнаружилось важные исторические сведения, оказавшиеся уместными для выявления главных убеждений, поддерживавших ОКР у данной пациентки.

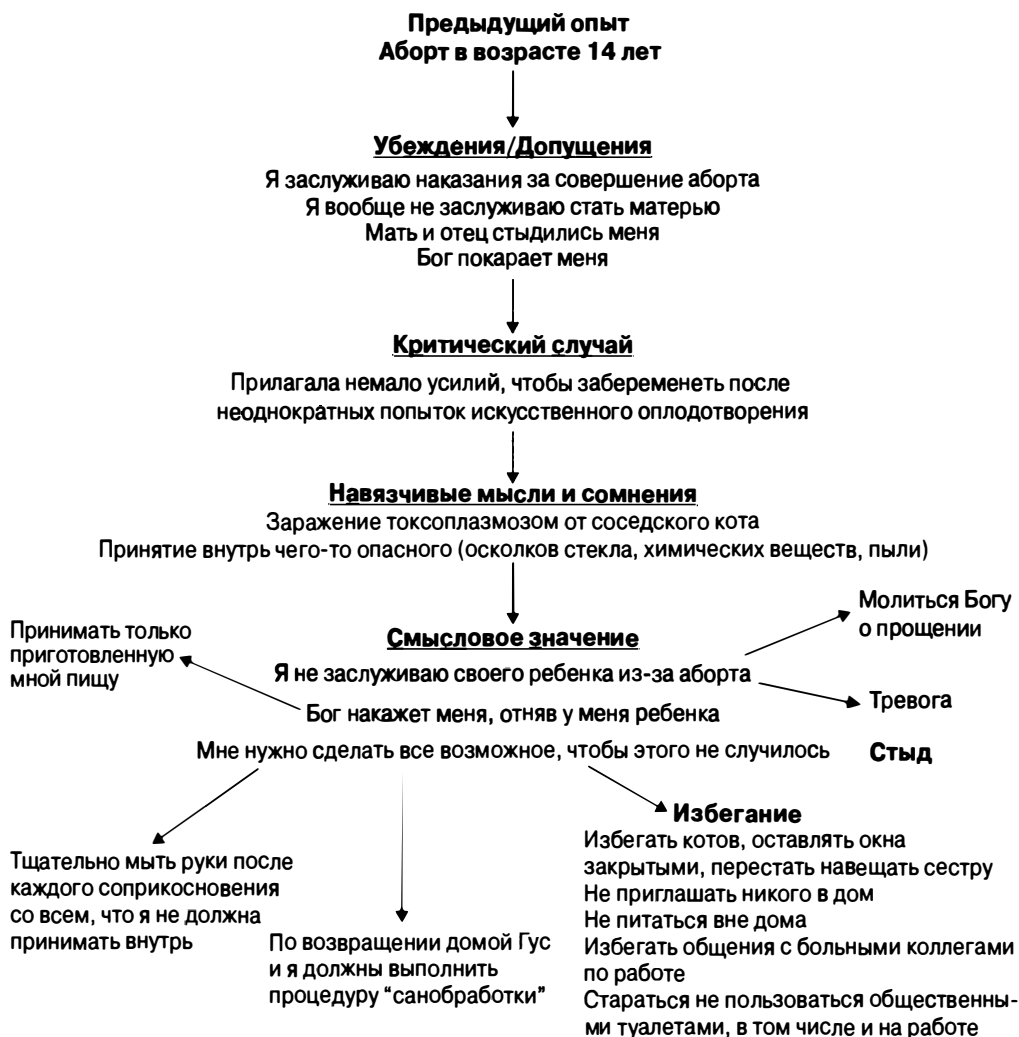
В частности, Джесси призналась, что забеременела в возрасте 14 лет. Ее мать очень быстро устроила ей аборт без всяких разговоров. Джесси чувствовала, что родители стыдились ее и что Бог разгневался на нее. За годы размышлений и переживаний совершенного аборта она пришла к убеждению, что Бог накажет ее и окончательное наказание будет состоять в том, что ей будет отказано в возможности иметь ребенка. Испытанные ею немалые усилия с целью забеременеть, для чего потребовалось несколько попыток искусственного оплодотворения, укрепили в ней убеждение, что Бог наказывал ее за совершение аборта, препятствуя ей стать матерью. Когда Джесси все же удалось забеременеть, она испытала некоторое облегчение и почувствовала, что Бог, вероятно, наказал ее достаточно и, может быть, простил ее. Она поклялась стать как можно лучшей матерью, чтобы доказать свою пригодность к этой роли. Однако посещавшие Джесси навязчивые мысли о причинении вреда ребенку привели ее к убеждению, что Бог все еще гневается на нее и накажет ее, отняв ребенка, зачать которого она так старалась.

Психотерапевту было важно выяснить, является ли стыд, а не тревога господствующей эмоцией, поддерживающей ОКР у Джесси. При рассмотрении ее эмоциональных воспоминаний юности обнаружилось, что тогда ей казалось, будто родители осуждают ее за совершение аборта (например: “Им претило, что я вступила в половые отношения в 14 лет, а не была милой девочкой, которой они меня считали”; “Они считали меня глупой из-за того, что я забеременела в 14 лет”). Кроме того, она считала, что прогневила Бога (в частности: “Бог гневается на меня за то, что я вытравила своего ребенка”). Таким образом, оба эти давние суждения о себе поддерживали в Джесси внешний стыд. А ее нынешнее суждение о себе (например: “Я не заслуживаю того, чтобы стать матерью, поскольку я вытравила своего первого ребенка”; “Неспособность забеременеть — Божья кара”) поддерживало в ней внутренний стыд, самообвинение и самокритику (в частности: “Я виновата в том, что долго не могла забеременеть, а значит, потерю и этого ребенка”).

Эти новые сведения были добавлены к уже имевшейся формулировке, как показано на приведенном ниже рисунке, где они выделены полужирным. Обновленная в итоге формулировка заключает в себе все необходимые све-

дения, предоставленные Джесси, в том числе дополнительные сведения об историческом контексте рассматриваемого здесь расстройства. Это помогло лучше понять истоки ее убеждений в том, что это Божья кара, и она недостойна стать матерью. И это позволило также выявить дополнительные виды ППУ (молить Бога о прощении) и чувства стыда, которые не были выявлены в первоначальной формулировке убеждений Джесси.

На приведенном ниже рисунке показано схематическое представление формулировки стыдливых убеждений Джесси, подкрепляющих ее опасения по поводу заражения.



Составления формулировки развития может оказаться достаточно, чтобы помочь пациенту лучше понять, откуда у него появляются страхи. Пере-

оценка исторических событий с помощью стандартных когнитивных стратегий (например, составления круговых диаграмм ответственности) может позволить пациенту прийти к новым выводам, которые помогут ему осознать, что ему не следует винить себя за прошлые события. И благодаря этому он сможет избавиться от чувства стыда.

В теории А и В, которые имелись у Джесси по поводу ее ОКР, были также внесены коррективы в свете новых сведений, как показано в табл. 4.5.

Таблица 4.5. Обновленные теории А и В у Джесси

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А	Теория В
Я не заслуживаю быть матерью, поскольку прервала свою первую беременность	Я всегда чувствовала стыд по поводу прерывания беременности и верила, что Бог гневается и покарает меня за то, что я не родила ребенка
Бог гневается на меня за прерывание беременности и покарает меня за это, отняв у меня ребенка	С тех пор, как я забеременела, мне было ужасно оттого, что Бог меня покарает, отняв у меня ребенка
Оценка убеждения: 100%	Оценка убеждения: 0%
Какое имеется тому свидетельство? Почему я в этом убеждена?	
Я совершила аборт в 14 лет и прилагала немало усилий, чтобы забеременеть с тех пор, как отчаялась иметь ребенка	Чувство стыда по поводу прерывания беременности и вера в то, что Бог гневается за это на меня, заставили меня почувствовать, что мои немалые старания забеременеть были Божьей карой, которой я заслужила
Мне удалось забеременеть лишь после неоднократных попыток искусственного оплодотворения	Несмотря на то, что я забеременела через искусственное оплодотворение, я все же убеждена, что Бог гневается на меня, и мне придется немало потрудиться, чтобы принять то, что я заслуживаю стать матерью
Это похоже на Божью кару за прерывание беременности	
Что мне делать, если это правда? Каковы последствия того, я поверила в эту идею?	
Искать прощения у Бога, чтобы он не покарал меня	Преодолеть мои чувства стыда по поводу прерывания беременности, из-за чего я по-прежнему чувствую, что не заслуживаю стать матерью

Доказать Богу, что я заслуживаю стать матерью и не заслуживаю его кары	Иметь веру в милосердного Бога, который понимает, насколько мучительным было для меня прерывание беременности, и поэтому ему нет нужды карать меня за это
Сделать все, что в моей власти, чтобы Бог не отнял у меня ребенка, как во время этой беременности, так и после его рождения	Рассматривать свою беременность как Божье благословение и приниматься за дела так, как я привыкла
----- Какой станет моя жизнь, если я буду и дальше действовать подобным образом? -----	
Я буду постоянно ждать, что что-то пойдет не так	Я сумею перестать винить себя в прерывании беременности и смогу избавиться от чувства, будто я заслуживаю за это наказания
Я не смогу радоваться своей беременностью, и если переживу беременность, то буду и после рождения моего ребенка крайне осторожной, словно ходя на цыпочках, всегда ожидая, что его отнимут у меня	Я могу расслабиться во время своей беременности, предвкушая свое материнство таким же образом, как и все остальные женщины

Сократическое опрашивание во время этого процесса может помочь Джесси переоценить сообразно с теорией В ее убеждения в наказании, которые прежде затрудняли ее жизнь. И это может оказать ей поддержку в развитии нового представления о том, что означает жить сообразно с теорией В.

4.4.6. Преодоление "отставания сердца от ума"

Обновление формулировки ОКР у Джесси и пересмотр ее теорий А и В является важным первоначальным шагом к признанию того, что именно поддерживает в ней данное расстройство. Однако все еще не преодолены трудности, мешающие Джесси жить сообразно с теорией В. Несмотря на то, что она поверила в теорию В, находясь в приемной психотерапевта, ей, возможно, придется приложить немало усилий, чтобы действовать сообразно с теорией В, когда она находится дома в промежутках между сеансами терапии. При рассмотрении препятствий на следующем сеансе терапии Джесси убедилась, что она все еще испытывает стыд по поводу своей беременности и ее прерывания в юном возрасте, за что она заслуживает наказания. И это кажется ей безоговорочным фактом.

Для преодоления убеждений Джесси в неотвратимом наказании могут быть применены стандартные стратегии реатрибуции. Например, психотерапевт может спросить ее: что бы она сказала по этому поводу своей сестре, подруге или племяннице? Она признает, что сказала бы близкому ей чело-

веку, что его действия в юности не сделали его плохим и заслуживающим наказания теперь. И это позволит ей прийти к альтернативным оценкам: пройти такое испытание было ужасно, признав, что у нее на самом деле не было тогда иного выбора, как прервать свою беременность. Но, несмотря на выявление этих альтернативных оценок, Джесси может и дальше чувствовать, что она заслуживает наказания. И это несмотря на то, что терапевтические вмешательства (составление круговой диаграммы ответственности за прерывание беременности и континуума для исследования представления Джесси о других женщинах, прерывавших беременность, а также сократическое опрашивание, подтвердившее ее веру в милосердного Бога) были направлены на опровержение некоторых ее убеждений в неотвратимом наказании.

Это говорит о том, что умом Джесси понимает теорию В, но ей трудно поверить в нее на эмоциональном уровне. Такое поведение Джесси можно понять следующим образом: она устанавливает связи на уровне суждений, предполагая, что сумеет прийти к убедительной альтернативе, отражающей ее способность понять умом на логическом или интеллектуальном уровне, что она не будет наказана. Однако это мало помогло Джесси подвергнуть сомнению свои убеждения в неотвратимости наказания на эмоциональном или импликационном уровне, где она *чувствует* сердцем, что будет наказана. Несмотря на способность Джесси *понять*, что ее действия в возрасте 14 лет еще не означают, что она заслуживает наказания во взрослом возрасте, она по-прежнему *чувствует*, что заслуживает наказания. Авторы публикации [Gilbert and Irons, 2005] задались целью помочь таким пациентам преодолеть подобное “отставание сердца от ума”, которое может указывать на сильно *ощущаемое чувство* стыда. Они усматривают известный смысл в том, что пациенту трудно поверить в сформировавшиеся у него альтернативные представления, поскольку ему трудно чувствовать себя в достаточной безопасности, чтобы поверить в эти альтернативные представления.

Уделив в ходе терапии некоторое время переписыванию образов, психотерапевт может помочь Джесси не только сделать альтернативные выводы, но и преодолеть при этом “отставание сердца от ума”. Это позволит ей не только понять умом, что это более уравновешенное представление об ее убеждениях, но и найти отклик в ее сердце на эмоциональном уровне. Такого рода работа может помочь Джесси предпринять важные шаги, чтобы избавиться от своих устоявшихся убеждений, играющих ключевую роль в поддержании у нее ОКР. Благодаря этому ей будет легче избавиться от существующего у нее

обсессивного поведения и действовать дальше сообразно с пересмотренной ею теорией В.

4.4.7. Переписывание образов для нацеливания на стыдливые воспоминания

Переписывание образов предлагает эффективные средства обновления смысловых значений, сформировавшихся во время наступления ключевых событий, которые привели к формированию чувства стыда и связанных с ним убеждений. Авторы публикации [Arntz and Weertman, 1999] привели подробное описание своего трехэтапного метода, побуждающего пациента пережить сложившуюся ситуацию, представив себя в трех разных состояниях: в юном возрасте, чтобы пережить события так, как он фактически пережил их в тот период своей жизни (первый этап); в зрелом возрасте, будучи более мудрым и способным дать себе юному то, чего ему не хватало в то время (второй этап); и снова в юном возрасте, чтобы получить именно то, что ему требовалось в то время (третий этап). Ниже поясняется возможное применение метода переписывания образов на примере того, что случилось в Джесси.

- **Этап 1.** На данном этапе можно предложить Джесси оживить в памяти обстоятельства, связанные с прерыванием ее беременности, особенно те стороны ее жизни, которые способствовали появлению у нее чувства стыда и уверенности в том, что она заслуживает наказания, посмотрев на это с той точки зрения, когда ей было 14 лет. Если попросить Джесси описать, что она видит вокруг, обстановку в помещении, где она находится, а также настроиться на другие свои чувства (что она слышит, обоняет, осязает), это поможет ей установить непосредственную связь с собой в 14-летнем возрасте. На этом первом этапе очень важно помочь Джесси установить связь с чувством стыда, чтобы выяснить, откуда оно появилось, задав ей, например, такие вопросы: “Что происходит?”, “Как вы себя чувствуете?”, “Что вы думаете?”. Кроме того, Джесси можно спросить: какая помощь требуется ей теперь, когда ей 14 лет, чтобы справиться со своим чувством стыда? Нужна ли ей, например, помощь родителей или Бога?
- **Этап 2.** На данном этапе в рассматриваемом здесь упражнении от Джесси требуется, чтобы она мысленно представила ту же самую ситуацию снова, наблюдая себя в 14-летнем возрасте с высоты своего нынешнего, более зрелого возраста с большей мудростью, не порицая и

не осуждая себя в те юные годы. Если это будет трудно для Джесси, тогда ее можно попросить выбрать кого-то другого с теми же самыми качествами и мысленно представить ту же самую ситуацию с его точки зрения. И в этом случае следует продолжить диалог от первого лица в настоящем времени (т.е. самой Джесси или другого выбранного ею человека в зрелом возрасте), попросив взрослого участника диалога посмотреть на ситуацию глазами юной Джесси во время данного упражнения, чтобы помочь ему проявить сочувствие к ней. Этого взрослого, кем бы он ни был, следует спросить, что, на его взгляд, происходит, какие чувства он испытывает к 14-летней Джесси, что, по его мнению, требуется Джесси в данный момент и как бы он хотел отреагировать на ее поведение. Благодаря этому можно выявить важные замечания (например: “Ты не виновата, что оказалась в такой ситуации. Я по-прежнему тебя люблю”) и реакции на них (в частности, проявить выдержку и участие, позволив юной Джесси рассказать о своих чувствах и спросив ее, что бы ей хотелось такого, что бы произошло). Такие реакции не проявились в свое время, а ведь они могли бы сыграть ключевую роль в защите Джесси от развития у нее чувства стыда и связанных с ним самопорицающих убеждений. Взрослого участника такого диалога следует побудить к тому, чтобы он отреагировал на поведение юной Джесси, предоставив ей то, в чем она нуждается, а также имея в виду любые потребности юной Джесси, выявленные на первом этапе.

- **Этап 3.** На данном, завершающем этапе следует предложить Джесси снова представить себя в 14-летнем возрасте, но на этот раз пережить события в соответствии с переписанным вариантом ее переживаний, как было выявлено на втором этапе данного упражнения. При этом Джесси должна непременно пережить эти события от первого лица в настоящем времени как в 14-летнем возрасте. Джесси следует побудить к тому, чтобы она *пережила получение* того, что ей требовалось в свое время, услышав замечания и получив реакции, которые были выявлены как важные для юной Джесси на первом этапе и для нее же самой в зрелом возрасте (или выбранного ею другого взрослого человека) на втором этапе. И, наконец, следует спросить у Джесси, что происходит, как она теперь себя чувствует и что она думает о себе и данной ситуации.
- **Домашнее задание.** Аудиозапись упражнения на переписывание образов имеет большое значение, чтобы Джесси могла прослушать ее

несколько раз перед следующим сеансом терапии. Если попросить Джесси снова оценить свои убеждения в неотвратимости наказания и силу ее чувства стыда после каждого прослушивания такой аудиозаписи, это поможет проследить степень воздействия данного упражнения.

Переписывание образов может предоставить эффективные средства для преодоления чувств, корнящихся в прошлых переживаниях, которые продолжают иметь сильный эмоциональный отклик. Участие в упражнении на переписывание образов может позволить Джесси навести эмоциональный мост на альтернативные оценки, которые имели для нее логический смысл, но раньше ей было трудно их принять. Это поможет вовлечь Джесси в процесс экспериментирования с образом жизни сообразно с теорией В благодаря разрушению сильного чувства стыда, которое она испытывала прежде. В итоге появится намного больше шансов, что Джесси сумеет продолжить лечение обычным методом, обращаясь к теории В и ставя поведенческие эксперименты в качестве домашних заданий в соответствии с типичным подходом к лечению (см. главу 3).

4.4.8. Когда стыд и нападки на себя чинят препятствия терапии

Терапевтическое вмешательство методом переписывания образов, описанное в предыдущем разделе, окажется, вероятно, действенным, если пациент способен принять не осуждающее и заботливое отношение к самому себе в юном возрасте во время упражнения, будь то он сам в более зрелом возрасте, обладая большей мудростью, или же другой человек с такими же качествами. Однако некоторым пациентам это может оказаться не под силу. Например, Джесси могла бы увязнуть в самоосуждении, и ей было бы трудно мысленно представить кого-нибудь другого, кто не осуждал и не порицал бы ее. Джесси могла бы всегда относиться к себе подобным образом после прерывания беременности и осуждать себя за большинство своих поступков, а не только за прерывание беременности.

“Трехсистемная” модель (угрозы, побуждения и успокоения) в сострадательной терапии [Gilbert, 2010] предоставляет средства, которые могут помочь Джесси осмыслить причины, по которым это может происходить. Так, Джесси сообщила об эмоциональных воспоминаниях своих родителей, которые иногда критиковали ее, сдерживая свою привязанность к ней. И хотя она не упоминала о плохом обращении с собой, в ранний период своей жизни она не чувствовала теплоты и безопасности, из-за чего ей не хватает чув-

ства успокоения и безопасности теперь. Кроме того, она переживала внутри себя критические замечания родителей, вследствие чего у нее выработалась склонность к самокритике как способ относиться к себе с юного возраста еще до прерывания беременности. Это поможет осмыслить причины, по которым ей было трудно заниматься переписыванием образов. Ведь ей было трудно принять не осуждающее и заботливое отношение к себе, даже став на место другого человека.

4.4.9. Осмысление чувства стыда и его роли в самокритике

Авторы публикации [Gilbert and Irons, 2005] описали самокритику как форму отношения к самому себе, где одна часть себя винит, осуждает, попирает и даже ненавидит другую (см. стр. 265 данной публикации). Реакция родителей Джесси на ее беременность была пережита ею как неодобрение и неприятие, что способствовало появлению чувства отраженного стыда, т.е. такого стыда, который человек может вызвать у других людей, а другие люди — у него [Gilbert, 2002]. Так, неспособность Джесси жить, ориентируясь на ожидания ее родителей, когда она стала сексуально активной в 14 лет и забеременела, нарушила семейные ценности, в которых она воспитывалась. Стыд от этого у родителей Джесси вызвал чувство стыда у нее самой (т.е. ее восприятие себя самой в глазах ее родителей) и вины (т.е. чувство раскаяния за то, что она причинила эмоциональное расстройство и стыд своим родителям). Родители Джесси передали свой стыд неявно в своем нежелании обсуждать ее беременность, одностороннем решении о прерывании беременности у Джесси и негласном мнении, что беременность и ее прерывание следует хранить в тайне. Во властном отношении Джесси находилась в подчинении у своих родителей и была заинтересована улаживать их, подчиняясь их желаниям из страха быть отвергнутой ими, если они откажут ей в своей любви и поддержке.

Пережитый Джесси внутренний страх за “вытравливание своего ребенка” предрасположил ее к самокритичному отношению к себе, что, в свою очередь, возбудило в ней самоосуждение за этот давний “проступок” уже во взрослой жизни. Таким образом, у Джесси выработалась уязвимость к самообвинению, которая активизировалась, когда она старалась забеременеть 20 лет спустя. В итоге она стала винить во всем себя, а не искать внешние причины, как могут делать другие женщины, когда они прилагают немало усилий к зачатию. Несмотря на то, что Джесси забеременела, ее самоосужда-

ющее представление о себе как о не заслуживающей стать матерью мешало ей “чувствовать себя в безопасности”. А понимание того, что она все равно станет матерью, вызывало у нее обсессивные опасения в том, что случится что-то такое, от чего у нее отнимут ребенка. Ее стыд и самоосуждение за прерывание беременности в юности вызывали у нее страх, что Бог покарает ее, отняв у нее ребенка. И вследствие этого у нее возникали навязчивые мысли о многих путях, которыми это может произойти.

Джесси была заинтересовано умиловать Бога, занявшись стратегиями, направленными на то, чтобы Бог умерил свой гнев к ней, избежать Его кары или оставления ее, а также вызвать у Бога сострадание и добиться Его прощения за прерывание беременности. Как упоминалось ранее в разделе 4.4.3, теория социального положения может оказать помощь в осмыслении мольбы Джесси как “безопасной стратегии”. Вопрос власти приобретает большое значение в этом контексте, поскольку Джесси находится в относительно бесправных отношениях с Богом, который воспринимается как всемогущий. Следовательно, чувство, что она прогневила Бога, вероятно, вызывает намного более сильную умиловляющую реакцию, чем от других людей, имеющих меньшую власть над ней. И это может помочь в осмыслении молитвенных ритуалов Джесси как стратегий ограничения ущерба, направленных на его возмещение за прерванную беременность и избегание неприятия. В самом деле, неподчиненное поведение может показаться Джесси угрожающим, поскольку это могло бы привести к Божьей каре, если бы Джесси была воспринята как нераскаявшаяся.

В работе с самокритикой очень важно помочь пациенту постичь его “внутреннего критика” и его выявить функции (о том, как вовлечь пациента в данный процесс см. в [Gilbert and Irons, 2005]). В результате привлечения Джесси к работе со стульями обнаружилось, что ее внутренний критик был заинтересован в том, чтобы она “училась на своих ошибках”, совершенных в юности. Ее внутреннему критику казалось необходимым, чтобы она страдала и выказывала свое страдание (первоначально своим родителям, а затем Богу), а в итоге убедилась, что ее страдание было само по себе наказанием и что она, по существу, “расплатилась за свою ошибку”. Внутренний критик Джесси утверждал, что он защищает ее от еще большего неприятия (в форме отказа в любви) со стороны ее родителей, а в дальнейшем Божьей кары (отнятия у Джесси возможности стать матерью). Самокритика Джесси действовала как искупление грехов.

Работа со стульями поможет пациенту ясно представить влияние его самокритики, предложив сильное эмоциональное переживание, аналогичное переживанию самокритики. Сменяя роль “себя переживающего” (т.е. принимающего самокритику) на роль “критика” (т.е. критической части себя), пациент может ясно представить влияние самокритики на него. Например, сам пациент может чувствовать свое бессилие, что даст его “критику” основания для поддержания такой установки, в чем может проявиться действие самокритики. Несмотря на то, что самокритика может переживаться как мощная и господствующая сила, данное упражнение позволяет также пациенту обнаружить уязвимую часть себя, опирающуюся на критику, чтобы как-то защитить себя. Выполняя работу со стульями, можно поддерживать диалог, чтобы дать волю проявиться уязвимости, скрывающейся за гневным и господствующим “критиком”, а “себе переживающему” — возможность обратиться к своему “критику”, указав на то, что самокритика не помогает, несмотря на самые благие намерения “критика”. Одно из опасений Джесси состояло в том, что избавиться от своего внутреннего критика для нее было равнозначно освободить себя от ответственности. И если бы она простила себе, то она могла бы еще больше прогневить Бога, рискуя навлечь на себя больший гнев и, в конечном счете, Божью кару в виде отнятия у нее ребенка. Это может помочь лучше понять причины, по которым для Джесси так рискованно отказаться от своей самокритики.

Привлечение к данному процессу может также помочь пациенту осознать, что его стремление так долго полагаться своего внутреннего критика вполне объяснимо, как, впрочем, и его самоосуждение как попытку защитить себя, приведшую к непреднамеренным последствиям. Например, убеждение в том, что она никогда освободится от ответственности, поддерживало в Джесси самообвинение и чувство стыда. И психотерапевту очень важно проявить внимание к тому, как она размышляет над подобными стратегиями безопасности и их непреднамеренными последствиями, чтобы избежать неумышленной активизации еще большего стыда по поводу вполне объяснимых, хотя и ошибочных попыток Джесси защитить себя. Это подготавливает почву к сократическому диалогу с целью помочь пациенту исследовать, какая настоящая польза от его внутреннего критика, а также выяснить, какого рода внутренний советчик оказался бы более полезным для него. Выявление желательных для пациента качеств в таком советчике может заложить прочное основание для тренировки сострадательного ума. Так, Джесси выяснила, что ей требуется советчик, который поймет и не осудит ее. И это привело

к обсуждению “сострадания”, качеств и свойств, которые могут быть присущи “сострадательному ближнему”.

4.4.10. Сострадательная терапия и тренировка сострадательного ума

Определение сострадания в сострадательной терапии является двояким. Во-первых, это чувствительность к своему и чужому страданию, а, во-вторых, глубокая приверженность попытке облегчить это страдание. Автор публикации [Gilbert, 2010] установил следующие основные свойства сострадательного ума: мотивация заботиться о своем и чужом благополучии; чувствительность к своему и чужому эмоциональному расстройству; участие, связанное с таким состоянием человека, когда он тронут и эмоционально настроен на свои и чужие чувства; терпимость к эмоциональному расстройству, которая означает способность терпеть, а не избегать мучительных переживаний; сочувствие, позволяющее лучше понять свои и чужие чувства; а также неосуждение применительно к развитию принимающего, а не осуждающего отношения к себе и другим людям.

С этими свойствами связаны качества, которые также считаются основными для сострадательного отношения к себе и другим людям. К этим качествам относятся следующие: мудрость, приобретенная из жизненного опыта для того, чтобы понять, что у всех нас в этом мире имеются переживания, которые мы не выбирали, а также “хитрый, сосредоточенный на угрозе ум”, оказывающий влияние на наши чувства и реакции в трудных ситуациях; сила, подразумевающая мужественное противостояние трудностям и превратностям судьбы, несмотря на побуждение избежать их; сердечность, стимулирующая чувства успокоения, сопричастности и безопасности; а также неосуждающее отношение к себе и другим людям, где основной мотивацией является желание понять и помочь.

Учитывая, что самокритика постоянно ставит Джесси в тупик, это может указывать на необходимость терапевтического вмешательства, направленного на то, чтобы помочь ей развить в себе сострадательное умонастроение в качестве альтернативного отношения к себе. Оказание помощи Джесси в развитии у нее способности к самосостраданию может заложить прочное основание для того, чтобы она избавилась от хорошо отрететированной привычки к самокритике, развившейся у нее с юного возраста. Для этого, вероятно, потребуются более продолжительная работа, но она является составной частью оказания помощи Джесси в преодолении ее ОКР. Поддержка Джесси

в принятии сострадательного, а не самокритичного отношения к себе играет ключевую роль в разрушении чувства стыда и нападков на себя, которым принадлежит центральное место в поддержке у нее ОКР. Психотерапевту очень важно обсудить, как вместе с пациентом, так и вместе с наблюдающим за ним инспектором, свои основания для участия пациента в такой работе, а также заручиться соответствующим наблюдением за этой работой.

Цель тренировки сострадательного ума — стимулировать и усилить альтернативные варианты отношения к себе и другим людям в соответствии с тремя потоками сострадания: от других к себе, от себя к другим и от себя к себе. Следовательно, тренировка сострадательного ума развивает у пациента способность принимать сострадание от других людей, оказывать сострадание другим людям и культивировать сострадание к себе. Привлечение пациента к этому процессу позволяет, в сущности, убавить привычки к самоосуждению и в то же время стимулировать навыки заботиться о себе [Gilbert and Irons, 2005]. Тренировка сострадательного ума поясняется ниже применительно к Джесси.

- Джесси может извлечь выгоду из упражнений на сострадательное мысленное представление, направленных на развитие у нее способности к состраданию по трем потокам. Для слишком критичного человека это процесс, вероятно, окажется более медленным, требуя тщательной размеренности. Подробное описание сострадательной терапии приведено в [Gilbert, 2010; Gilbert and Irons, 2005]. Имеются также превосходные ресурсы для самопомощи, которыми Джесси могла бы воспользоваться, чтобы провести эту ориентированную на сострадание работу самостоятельно или при поддержке психотерапевта в ходе терапии [Welford, 2012]. Важной особенностью такой работы является использование мысленных образов для развития ощущения идеального страдающего ближнего (потока от другого к себе). По существу, это фантастический образ, представляющий кого-то, с кем пациент чувствует себя в полной безопасности и кого он, безусловно, принимает [Lee, 2005]. Главная особенность такой работы состоит в том, чтобы вызвать основные качества страдающего ближнего. Например, приверженность к заботе о себе и мотивация Джесси освободиться от своих страданий, сила поддержки Джесси перед лицом ее трудностей, несмотря на ее страхи и эмоциональное расстройство, а также мудрость, чтобы понять, как у Джесси возникли трудности, с которыми она борется. Эта

часть процесса составляет конечную цель поддержать Джесси в развитии у нее сострадания к себе (потока от себя к себе).

- Джесси можно побудить упражняться в мысленном представлении такого образа. Первоначально она может делать это в отсутствие эмоционального расстройства, а со временем — научиться вызывать в уме образ своего идеального страдающего ближнего или себя страдающей в моменты эмоционального расстройства. Когда такой навык достаточно развит, образ идеального страдающего ближнего или самого страдающего пациента может быть вызван пациентом с целью получить неосуждающую реакцию на самого себя. Это может помочь терапевтическому вмешательству в самых разных отношениях. Например, образ идеального страдающего ближнего может быть вызван Джесси во время переписывания образов, чтобы получить сострадательную реакцию, которая требовалась ей в юности, и пережить ее во время упражнения на переписывание образов. Аналогично, можно побудить Джесси вызвать образ себя страдающей, чтобы поддержать ее в проведении поведенческих экспериментов (например, по отказу от молитвенных ритуалов).
- Джесси можно было бы побудить к тому, чтобы она написала себе “сострадательное письмо”. Основная цель такого письма — обратиться к ней самой в 14-летнем или нынешнем возрасте по поводу ее переживаний в связи с прерыванием беременности, сосредоточив основное внимание на ее чувствах в то время и осмыслив причины, по которым это способствовало ее нынешним трудностям, связанным с чувством стыда и убеждением, что она заслужила наказание за свой проступок. Побудив Джесси упражняться в мысленном представлении сострадательных образов перед написанием такого письма, можно помочь ей принять сострадательное умонастроение (чувство принятия, мудрость и неосуждающее понимание) при написании письма. Можно было также побудить Джесси дать себе совет, как реагировать на ее обсессивные сомнения. Сострадательное письмо может послужить прекрасной альтернативой более традиционному плану терапии, поскольку оно дает новое представление, находящее отклик на эмоциональном, а не только интеллектуальном уровне.

4.4.11. Написание сострадательного письма

Ниже приведен пример сострадательного письма, которое Джесси могла бы написать себе самой.

Дорогая Джесси!

Прошу меня извинить за то, что тебе пришлось пережить такие трудные времена. Ты испытывала мучения все эти последние годы, стараясь забеременеть. Циклы искусственной беременности не прошли бесследно, и были моменты, когда тебе казалось, что этого никогда не случится... И все-таки это произошло: ты забеременела! Но то, что должно было стать радостным временем, превратилось в сущий кошмар. Ты была убеждена, что должно произойти нечто такое, что загубить все твое дело: у тебя каким-то образом отнимут ребенка. Другие люди просто не понимали этого, ведь они допускали, будто тебя тревожит, что может все может выйти не так, как хотелось бы, поскольку тебе пришлось приложить невероятные усилия, чтобы забеременеть посредством искусственного оплодотворения. Они понятия не имели, но я хорошо понимаю, почему ты так напугана тем, что у тебя могут отнять ребенка.

Все началось с беременности, когда тебе было 14 лет. Она замалчивалась и была прервана так быстро, что никто, кроме матери и отца, не знал о ней по сей день — даже твоя лучшая подруга. Ты испытала стыд. Мать и отец едва могли смотреть на тебя. Они организовали аборт, даже не обсудив этого с тобой, и тебе казалось, что ты совершила такую ошибку, от которой им было стыдно. Тебе отчаянно хотелось поговорить с кем-нибудь, но ты испытывала такой стыд, что не могла ни с кем поговорить — даже с Сэлли. И хотя она по-прежнему твоя лучшая подруга, она ничего не знает о той беременности и том, что тебе пришлось перенести. Мать и отец никогда не говорили об этом с тобой, поскольку это было нечто вроде стыдливой семейной тайны, которая была предана забвению.

Мне так грустно за то, что тебе было тогда так одиноко и пришлось нести это в себе все эти годы. Из чувства стыда ты вообще не могла никому рассказать о прерывании беременности. Ты годами ужасалась Божьего гнева на тебя и нередко беспокоилась, что Бог покарает тебя за то, что ты не дала своему ребенку появиться на свет. Поэтому и не удивительно, что когда ты старалась забеременеть, тебе казалось, что Бог покарал тебя за вытравливание своего первого ребенка. Ты стала верить, что Он никогда не позволит тебе стать матерью, и это была кара за прерывание беременности.

Когда ты забеременела, то почувствовала большое облегчение, и тебе показалось, что Бог достаточно покарал тебя, сильно затруднив тебе возможность забеременеть, и так разгневался, что отказал тебе в том, чтобы стать матерью. На короткое время тебе показалось, то Бог простил тебя, и ты молилась Ему, благодаря за вторую возможность стать матерью и рассказывая Ему, как ты станешь самой лучшей матерью, какой только можно быть, чтобы доказать, что ты достойна его прощения. Именно тогда у тебя и появилось ОКР. Тебя осаждали мысли о вреде, который может каким-то образом быть причинен твоему ребенку. И, несмотря на то, что психотерапевт сказал, что это обычное для ОКР явление, тебе это казалось похожим не на ОКР, а на что-то другое. Тебе казалось, будто Бог посмеется последним, мучая тебя возможностью забеременеть после столь долгих попыток лишь для того, чтобы дождаться своего часа и отобрать у тебя ребенка, когда ты ожидаешь этого меньше всего. Тебе казалось, что ты ждешь неизбежного, и во всем этом будет твоя вина.

Джесси, я хочу, чтобы ты знала, что твое оцепенение вполне объяснимо. Такие переживания сформировали в тебе систему предотвращения угрозы. Ощущение осуждения со стороны родителей возбудило в тебе страх, то и все остальные, в том числе и Бог, будут порицать тебя, если узнают о прерывании беременности. Ты никогда не говорила об этом никому, из-за чего это все больше становилось похожим на “грязную тайну”, которую требовалось скрыть. И когда ты забеременела, то вполне логичным оказалось, что подобные опасения появились снова, чтобы тревожить тебя. Я хочу, чтобы ты знала, что тогда ты была еще ребенком, и поэтому я хочу, чтобы ты перестала терзать себя за прерывание беременности. Конечно, родители были шокированы и даже разочарованы твоей беременностью в 14 лет, но они вряд ли захотели, чтобы ты так мучилась теперь. Возможно, им казалось, что для тебя лучше всего не говорить об этом вообще. Но это было ошибкой с их стороны, и я могу себе представить, что бы они подумали, если бы узнали, как это мучило тебя.

Я хочу, чтобы ты знала, что такие мысли о вреде, который может быть причинен твоему ребенку, ничего еще не говорят о том, что может произойти. Но это мысли, обусловленные ОКР и возбужденные твоей системой предотвращения угрозы, которая сделала тебя такой чувствительной к осуждению и наказанию. Все мы хитроумны настолько, что излишне чувствительны к угрозам. Именно поэтому тебя осаждали такие мысли, которые убедили тебя в неотвратимом и скором наказании. Моля Бога о прощении, ты по-

стоянно замыкаешься в таком состоянии угрозы. Я понимаю, что тебе хочется убедить Его в своем раскаянии, а я хочу помочь тебе понять, что тебя не ожидает никакого наказания, и ты можешь и дальше молиться Богу, как обычно. Но при этом тебе не нужно использовать молитву как средство для прощения, чтобы доказать, насколько ты сожалеешь о случившемся.

Сожалею, что тебе пришлось пережить такие тяжелые времена, и я хочу, чтобы ты знала: я буду рядом, что бы ни случилось. Если бы только я была тогда рядом, ты бы не чувствовала себя одинокой. Я знаю, что тебе нужно было лишь, чтобы кто-нибудь крепко обнял тебя и сказал, что все будет хорошо, что Бог не гневается на тебя, но понимает, как тебе трудно. Не вини себя за то, что тебе не удалось сохранить ребенка. Ведь ты была тогда еще ребенком, и у тебя не было иного выбора. Если бы ты смогла понять это тогда, тебе бы удалось бы обойтись без многих лет страданий.

Я знаю, что это чувство одиночества не раз появлялось у тебя за последние несколько лет, когда ты старалась забеременеть. Пройти через искусственное оплодотворение, то надеясь, то отчаиваясь, было суровым испытанием. В самые мрачные моменты тебе казалось, что Бог карает тебя за вытравливание твоего первого ребенка. Я хочу, чтобы ты знала, что ты не виновата в том, что тебе пришлось приложить немало усилий, чтобы забеременеть, а Бог не разгневался и не карает тебя. Хочу напомнить тебе, что навязчивые мысли о причинении вреда твоему ребенку являются частью твоего ОКР и не свидетельствуют о том, что Бог собирается отнять у тебя ребенка. Вполне объяснимо, что после стольких усилий, которые тебе пришлось приложить, трудно почувствовать себя в безопасности, будучи беременной, и поверить, что ты, в конце концов, станешь матерью. Многих матерей беспокоит, что все может пойти не так, как следует, и это естественно, особенно если это так много значит для тебя.

Хочу, чтобы ты чувствовала себя в достаточной безопасности, чтобы радоваться своей беременности и видеть в этом благословение. Бог не хочет покарать тебя. Он любит тебя и твоего ребенка и хочет, чтобы ты радовалась своей беременностью без всякого страха. Он хочет, чтобы твой ребенок порадовал тебя, когда он появится на свет, и ты сможешь ухаживать за ним, не боясь причинить ему вред.

Я хочу, чтобы ты знала, что тебе в нечем себя винить за то, что тебе приходится прилагать столько усилий. Ты и так уже много пострадала, и я хочу, чтобы ты относилась к себе добродушно. Теперь у тебя есть мудрость, которой у тебя просто не могло быть в 14 лет. И эта мудрость может помочь тебе

лучше понять, как дошло до того, что тебя захватило чувство стыда за прерванную беременность и вины за утрату своего первого ребенка. Обратись к своей мудрости, чтобы избавиться от чувства стыда. Обратись к своей силе, чтобы справиться с приступом стыда или страха и не попадать в порочные круги сомнений и мольбы о прощении. Если ты борешься или чувствуешь одиночество, не забывай мысленно вызвать образ себя страдающей, и я буду рядом, сопровождая тебя. Я приободрю тебя, чтобы тебе хватило смелости поговорить с матерью или Сэлли о твоей первой беременности и ее прерывании, если ты того пожелаешь. Из-за того, что ты не поговорила об этом, когда это было действительно необходимо, у тебя появилось еще больше лишнего чувства стыда. Ты, может быть, не чувствуешь потребности поговорить об этом с любой из них, но если бы ты только желала, я бы оказалась рядом с тобой.

Люблю и крепко обнимаю, твоя сострадательная самость xxx

После написания сострадательного письма Джесси поговорит со своей матерью о своих воспоминаниях прерванной беременности и чувствах в то время. Процесс избавления от стыда в ходе терапии умерит побуждение Джесси скрыть или отвергнуть эту часть ее самой и придаст ей больше смелости для откровенного разговора с матерью, которого она всегда жаждала.

4.4.11.1. Примечание к написанию сострадательного письма

Особое значение написания такого письма от руки следует непременно подчеркнуть, поскольку оно лучше передает мысли и чувства, текущие без препятствий в режиме многозадачности, который требуется для набора текста письма на клавиатуре. Люди, привыкшие пользоваться редакторами текста и пишущие письма от руки, с неохотой согласятся на такое, но их следует побудить все-таки попробовать. Кроме того, пациента следует побудить к тому, чтобы он подошел к этому заданию как к “первому черновику”, который совсем не обязательно писать “правильно” или “идеально”. При написании сострадательного письма вполне допустимо вычеркивать и вставлять слова и переписывать его начисто до тех пор, пока не будет достигнут окончательный вполне удовлетворительный вариант.

Написание сострадательного письма психотерапевт может назначить в качестве домашнего задания и просмотреть его на следующем сеансе терапии. Пациента следует побудить к тому, чтобы он мысленно вызвал сначала свой сострадательный образ на несколько минут. Это поможет ему войти в сострадательное умонастроение, способное более чутко воспринимать

содержимое сострадательного письма. Как только пациент убедится, что он сильно ощущает свой сострадательный образ, психотерапевту следует предложить ему прочесть сострадательное письмо вслух на сеансе терапии. Это даст психотерапевту возможность не только просмотреть содержимое и тон письма (следует быть начеку в отношении критического тона или отсутствия сердечности), но и увидеть, как пациент относится к содержанию письма. Психотерапевт должен обратить внимание, как пациент читает свое письмо, особенно на тон его голоса и перемены эмоций. На эмоциональный отклик в душе пациента будут указывать заметные перемены эмоций во время чтения. Если же эмоциональный отклик отсутствует, очень важно исследовать это обстоятельство вместе с пациентом. Это может быть связано с содержанием письма, и поэтому пациенту, возможно, придется неоднократно переписать свое письмо, чтобы его содержимое достигло своей цели.

С другой стороны, отсутствие эмоционального отклика может быть связано с тем интересом, какой пациент проявляет к письму (например, не вникает в смысл написанного, когда читает его). Так, если пациент читает письма в спешке или эмоционально отрешенно (как газету), ему следует подсказать сделать паузу, замедлить темп чтения и по-настоящему вникнуть в *смысл* написанных слов. Возможно, пациенту потребуется больше времени, чтобы поупражняться в вызывании своего сострадательного образа на сеансе терапии, прежде чем читать письмо. А, может быть, стоит выяснить, избегает ли он проявления эмоций от чтения письма. Как показывает опыт, эмоциональный уровень, возрастающий при чтении письма вслух, может вызвать у пациента удивление, и поэтому у него может отпасть всякая охота продолжать чтение письма, если он почувствует, что подавлен силой эмоции, или же он может почувствовать, что переживание такой эмоции оказывает на него чрезмерное воздействие в присутствии психотерапевта. Если организовать безопасную терапевтическую обстановку, признать и устранить все эти препятствия, это поможет пациенту преодолеть подобные трудности.

Несмотря на возможное искушение попросить пациента написать сострадательное письмо как самостоятельное терапевтическое вмешательство, направленное на устранение стыда и самокритики, это, вероятнее всего, даст ограниченное преимущество без необходимой подготовительной работы для развития у пациента способности к самосостраданию. Ведь сострадательное письмо может быть написано лишь тогда, когда такая способность имеется. А справиться с заданием по написанию такого письма, по понятным причинам, будет трудно и мучительно пациенту, продолжающему испытывать

стыд и относиться к себе критически. Следовательно, психотерапевту очень важно вовлечь пациента в соответствующее сострадательное умонастроение, прежде чем поручать ему написание сострадательного письма. В самом деле, если данный процесс выполняется разрозненно как самостоятельное терапевтическое вмешательство без подготовительной работы, направленной на культивирование большего самосострадания, то он может переживаться как неэффективный и деморализующий.

4.4.12. Объединение сострадательной терапии с КПТ для ления ОКР

Уделив время тому, чтобы привлечь Джесси к культивированию сострадательного умонастроения, психотерапевт помог ей почувствовать себя в достаточной безопасности и убедиться в прежних альтернативных оценках, поставленных ею в отношении прерывания беременности (см. в табл. 4.5 обновленную теорию В). Это позволило ей отойти от самоосуждающей установки, поддерживавшей чувство стыда. В ходе этого процесса Джесси удалось переоценить обстоятельства, сложившиеся вокруг прерывания ее беременности, чтобы выработать сострадательную оценку данной ситуации, которая поставила под сомнение, так долго сохранявшееся у нее самоосуждающее отношение. Этот процесс, позволивший ей избавиться от стыда, оказался поучительным в том отношении, что она смогла упражняться в альтернативных (по теории В) реакциях на свои обсессивные сомнения, которые она так старалась прежде применить.

В этом разделе рассматриваются те трудности лечения ОКР методом КПТ, которые может создать стыд и самокритика, а также подходы к преодолению этих трудностей, когда они играют важную роль в поддержании обсессивных мыслей у пациента. Конкретный подход будет зависеть от характера и степени этих трудностей. Иногда для этого, возможно, придется уделить больше внимания конкретным сторонам метода КПТ (например, к нормализации и психообразованию), а порой — особому терапевтическому вмешательству, чтобы преодолеть трудности, связанные со стыдом и самокритикой. Вместо того чтобы рассматривать эту приостановку или отклонение в лечении ОКР, именно этим трудностям, возможно, придется действительно уделить основное внимание в работе над обсессивным расстройством пациента. Вмешательства с помощью мысленно представляемых образов, будь то помощь пациенту в выработке более взвешенной и менее самоосуждающей оценки прошлого события или же помощь пациенту в приобретении навы-

ков принятия более сострадательного, в общем, отношения к себе, служат полезным терапевтическим средством в тех случаях, когда нам кажется, что мы зашли в тупик. Но в любом случае не следует забывать об основной мысли “не выплескивать ребенка из корыта вместе с водой”. Как всегда, лечение должно быть ориентированно на формулировку, и для любого терапевтического вмешательства должны быть веские основания. Существенную поддержку в такой работе может оказать регулярное наблюдение за данным конкретным клиническим случаем.

Некоторым пациентам, возможно, придется непосредственно преодолевать чувство стыда, поддерживающее их обсессивное расстройство. Это может быть особенно важно в работе с пациентом, прошедшим несколько курсов лечения, считавшихся качественными с точки зрения эмпирически обоснованного подхода. Такой пациент может почувствовать всю безнадежность дальнейших перспектив преодоления своих трудностей, и поэтому он может легко укрепиться в мысли, что ему ничем уже помочь нельзя. Пациенту всегда стоит предложить дальнейший курс лечения независимо от количества пройденных им ранее курсов. Ведь каждый новый курс лечения открывает новому психотерапевту перспективу в выявлении другого направления терапевтического вмешательства, которое может оказаться главным в преодолении обсессивного расстройства пациента.

4.5. Гибкость в применении КПТ для лечения ОКР

В этом разделе излагается наметившаяся литература по различным режимам проведения КПТ для лечения ОКР.

4.5.1. Интенсивный курс КПТ

По традиции КПТ проводилась в виде еженедельных сеансов продолжительностью около одного часа по причинам общего исторического опыта и удобства (см., например, в [Beck, 1995]). Однако все большее признание стало находить мнение, что такой универсальный подход к проведению лечения может означать дополнительные трудности в доступе к нему для определенных групп людей. К их числу, например, относятся люди, занятые на работе весь день, живущие далеко от центра лечения или воспитывающие маленьких детей. Кроме того, проведение ускоренного курса лечения окажется, вероятно, удобным там, где надвигаются крайние сроки (например, суд по трудовым спорам или беременность). Интенсивный по времени курс КПТ оказался эффективным для лечения и других тревожных расстройств

(социальной фобии, ПТСР, паники; [Deacon and Abramowitz, 2006; Ehlers *et al.*, 2014; Mortberg *et al.*, 2007]).

Раньше поведенческая терапия проводилась на более интенсивном основании (см., например, в [Thornicroft *et al.*, 1991]). Принимая во внимание этот опыт, были изучены более интенсивные формы терапии с целью выяснить, можно ли достичь сравнимых результатов за более короткое время проведения курса лечения повышенной интенсивности. В итоге было обнаружена равнозначность результатов проведения интенсивных сеансов терапии ежедневно, два раза в неделю [Abramowitz *et al.*, 2003] или еженедельно [Storch *et al.*, 2008]. Однако в период последующего клинического наблюдения в группах интенсивной терапии наблюдалось увеличение количества рецидивов. В Великобритании были обнаружены сравнимые результаты проведения сеансов терапии еженедельно и интенсивно, т.е. по 12 часов в течение двух недель методами, описанными в этой книге [Oldfield *et al.*, 2011]. Интенсивная КПТ в такой форме также давала обычно хороший эффект у женщин, страдавших ОКР в послеродовой период [Challacombe and Salkovskis, 2011]. Сравнение интенсивного двухнедельного курса лечения с 12-недельным его курсом в домашних условиях выявило сходные результаты на момент выписки после интенсивного варианта лечения [Veale *et al.*, 2015a].

Несмотря на многообещающие клинические результаты, на момент написания этой книги еще не было проведено никаких рандомизированных исследований для сравнения интенсивного курса с другими формами лечения. И не в последнюю очередь это объясняется количеством участников, требующихся для подобных исследований.

Качественное исследование опыта лечения показало, что интенсивно проводимая КПТ оказалась вполне приемлемой для его участников и воспринималась ими как приносящая выгоды при быстром темпе проведения [Bevan *et al.*, 2010]. Для одних людей такая форма, вероятно, более предпочтительна, поскольку им кажется, что она дает им время на обдумывание и применение усвоенного ими на практике. А для других людей, склонных к промедлению, избеганию или руминации, такая форма лечения может оказаться проблематичной. Выбор формы лечения, вероятно, будет делаться, исходя из целого ряда практических и очевидных соображений. Конкретный вопрос интенсивного проведения курса лечения может состоять в непрерывной поддержке на протяжении более продолжительного периода времени в виде сеансов терапии, проводимых при последующем клиническом наблюдении.

Проведение КПТ в домашних условиях оказалось таким же эффективным, как и в амбулаторных условиях [Rowa *et al.*, 2007]. Такие выводы предполагают, что традиционная терапия может быть приспособлена под потребности конкретных групп пациентов, не теряя своей эффективности.

Ниже приведена предполагаемая форма интенсивного лечения.

- Первый день. Два часа.
 - ◆ Формулировка теории А/В и целей лечения.
 - ◆ Домашнее задание, включая прослушивание записи, сделанной на сеансе терапии.
- Второй день. Три часа.
 - ◆ Выбор в пользу изменений; поведенческие эксперименты, включая их моделирование психотерапевтом.
 - ◆ Домашнее задание, включая самостоятельно проводимые поведенческие эксперименты.
- Третий день. Два часа.
 - ◆ Дополнительные поведенческие эксперименты; устранение попыток избегания или нежелания лечиться.
 - ◆ Домашнее задание, включая дополнительные поведенческие эксперименты для противодействия ОКР, а также сосредоточение основного внимания на среднесрочных целях.

Четыре дня спустя...

- Четвертый день. Два часа.
 - ◆ Подведение итогов достигнутого прогресса; составление плана терапии.
 - ◆ Остальные сеансы терапии могут быть проведены как еще один длительный сеанс, чтобы закрепить улучшения, достигнутые в лечении, или в виде более растянутых во времени сеансов терапии, помогающих придерживаться курса лечения.

4.5.2. Проведение КПТ для лечения ОКР через Интернет

Принимая во внимание трудности доступа к КПТ для некоторых клиентов в силу географических или связанных с ОКР ограничений, все больше внимание уделяется другим путям достижения максимальной доступности методов КПТ. Несмотря на то, что имеется немало литературы по самопомо-

щи, возможности библиотерапии пока еще не исследованы. Как показывают исследования, для эффективного проведения библиотерапии требуется все же некоторая помощь со стороны психотерапевта [Mataix-Cols and Marks, 2006]. Чтение материала по самопомощи наряду с терапией, вероятно, будет полезным, и поэтому психотерапевты зачастую рекомендуют чтение специальной литературы как часть домашнего задания.

С появлением Интернета появилась возможность проводить сеансы КПТ в оперативном режиме. Видеокамера или видеосвязь помогает обмениваться такой визуальной информацией, как схемы и диаграммы, а также проводить поведенческие эксперименты в реальном времени [Goetter *et al.*, 2013]. Появляется все больше свидетельств того, что при проведении КПТ через Интернет достигаются результаты, сравнимые с результатами проведения КПТ при личном общении психотерапевта с пациентом [Dettore *et al.*, 2015; Mahoney *et al.*, 2014; Pozza *et al.*, 2014]. Автоматизированная КПТ обладает потенциалом расширения принципов КПТ для лечения ОКР, хотя она пока еще не такая эффективная, как терапия, проводимая при личном общении психотерапевта с пациентом [Tumur *et al.*, 2007].

4.5.3. Групповая КПТ для лечения ОКР

Принятая в Великобритании программа “Улучшение доступа к психологической терапии” (Improving Access to Psychological Therapies — IAPT) обеспечила доступ к психологической терапии намного большему числу людей, чем в предыдущие годы. По мере повышения основного внимания к равному уважению психического здоровья [Department of Health, 2014] соответствующие службы прилагают дополнительные усилия, чтобы продемонстрировать, насколько легко и оперативно они доступны. Некоторые службы отреагировали на подобный вызов, в частности, тем, что предложили курсы групповой терапии. На момент написания этой книги в рекомендациях Национального института здравоохранения и усовершенствования клинической практики в Великобритании [NICE, CG31, 2005] предлагалось проводить групповую КПТ, включая ЭТПР, в виде низкоинтенсивного курса лечения пациентов с умеренными симптомами ОКР.

В этом разделе рассматриваются общие соображения по организации и проведению групповой КПТ, поскольку они всесторонне излагаются в другой литературе (см., например, в [Bieling *et al.*, 2006; Morrison, 2001; Ryder, 2010]). Основное внимание здесь уделяется не только оптимизации программы групповой КПТ для лечения ОКР, выходящей за рамки ЭТПР, но и объе-

динению разных сторон методики, описанной в главе 3, для проведения настоящего курса когнитивно-поведенческой терапии.

Что касается групповой КПТ для лечения ОКР, то можно указать на следующие ее преимущества по сравнению с индивидуальной терапией.

- Нормализация поддерживается посредством культивации чувства общей человечности среди членов группы (например: “Я не один (одна)”, “В этом мы все едины”).
- Расширение пределов для vicarious learning одних членов группы посредством выявления переживаний других ее членов.
- Члены группы могут оказывать моральную поддержку в решении трудных задач.
- Творческий потенциал членов группы может быть использован для планирования поведенческих экспериментов друг для друга.

К недостаткам групповой терапии по сравнению с индивидуальной терапией можно отнести ограниченные рамки, не позволяющие приспособить курс лечения к отдельному пациенту. Чтобы свести к минимуму эти недостатки, мы рекомендуем заменить один из сеансов групповой терапии (сеанс 4) последовательным рядом кратких сеансов индивидуальной терапии. Например, 2-часовой сеанс групповой терапии, проводимый двумя организаторами, может быть заменен 8 получасовыми сеансами индивидуальной терапии. Это дает психотерапевту возможность выяснить, насколько правильно пациент понимает модель лечения, применяемую к нему, проанализировав порочный цветок особенной формулировки и теорию А/В пациента и оказав ему помощь в дальнейшей их разработке по мере необходимости.

Групповая динамика проведения терапии может препятствовать прогрессу пациента. В связи с этим очень важно заметить изменения в эмоциях отдельных участников группы, особенно в их взаимодействии с другими членами группы, чтобы отреагировать должным образом, сведя к минимуму отчужденность среди членов группы.

4.5.3.1. Предполагаемая программа групповой КПТ для лечения ОКР

Ниже перечислены основные особенности групповой КПТ для лечения ОКР.

- Социализация участников к принятию когнитивной модели ОКР путем составления “порочного цветка” для всех выбранных членов группы.

(Выбор основывается на выявлении членов группы, которые готовы пройти данный процесс на групповом сеансе терапии, чтобы преодолеть целый ряд трудностей, отражающих переживания большинства членов группы. Такая же возможность предоставляется и отдельным членам группы с необычными жалобами, чтобы наглядно показать применимость модели и в этом случае.)

- Выявление для каждого примера основных смысловых значений, поддерживающих ОКР у пациента (теории А), и выработку альтернативной перспективы (теории В).
- Наличие рамок для проверки порочного цветка и теории А/В каждого пациента в отдельности, чтобы не оставить ни одного из участников без внимания.
- Представление оснований для лечения: проверка теории В.
- Упражнения на сеансе терапии в планировании, участии и подведении итогов поведенческих экспериментов.
- Побуждение членов группы выявлять подходящие эксперименты друг для друга и поддерживать друг друга в группе.

Цели обучения по программе групповой КПТ следующие.

- Навязчивые мысли, образы, побуждения, порывы являются нормальными составляющими человеческого опыта.
- Переживание навязчивых мыслей *не* является психологическим расстройством.
- Попытка прекратить навязчивые мысли является недостижимой и ненужной целью.
- Смена представления: способность не обращать внимания на навязчивые мысли как на несущественные является желательной реакцией на подобные мысли.
- Компульсии и виды ППУ являются вполне объяснимой реакцией на навязчивые мысли, принимая во внимание смысловое значение, привязываемой к подобным переживаниям.
- ОКР понимается как расстройство, вызывающее тревогу или беспокойство, а не представляющее опасность.
- Компульсии поддерживают тревогу в долгосрочной перспективе, сохраняя ОКР.

- Роль поведенческих экспериментов, в ходе которых проверяются прогнозы относительно наступления плохих событий, для преодоления ОКР.

4.5.3.2. Предполагаемый план сеанса терапии

У каждого сеанса терапии должна быть своя повестка дня со структурой, сходной с типичным сеансом КПТ. Ниже приведен характерный пример наметки плана сеанса терапии.

- Повестка дня.
- Подведение итогов домашнего задания, кроме первого сеанса терапии.
- Повторение основных моментов предыдущего сеанса терапии.

Главная тема текущего сеанса терапии (см. табл. 4.6) может быть намечена следующим образом.

- Подвести итоги основным моментам обучения.
- Назначить домашнее задание, включая заполнение “Опросника обсессивно-компульсивного расстройства” (OCI) и определение показателей настроения на каждом сеансе терапии.

Таблица 4.6. Посеансовая программа групповой терапии

Сеанс терапии	Основная тема
1	<p>Знакомство с членами группы</p> <p>Групповые правила</p> <p>Что такое ОКР? Психообразование и нормализация в связи с навязчивыми мыслями</p> <p>Социализация членов группы к принятию основной модели КПТ. При этом оценка играет ключевую роль в эмоциональной и поведенческой реакции</p> <p>Рассмотрение затрат на ОКР и способа, позволяющего начать возврат к нормальной жизни</p> <p>Рекомендация книги по самопомощи, например, книги <i>Break Free from OCD</i> (Как освободиться от ОКР)</p> <p>Домашнее задание: поставить цели терапии в трех временных рамках: краткосрочных, среднесрочных, долгосрочных</p>
2	<p>Представление порочного цветка с помощью кратких эпизодов</p> <p>Рассмотрение конкретных примеров из группы (по желанию ее членов)</p>

Сеанс терапии	Основная тема
	<p>Другие типы факторов поддержания (ритуалы, поиск утешения, выборочное внимание, избегание)</p> <p>Домашнее задание: выявить собственные примеры из порочного цветка</p>
3	<p>Разработка теории А/В по каждому примеру из предыдущей недели (или новых примеров, если другие члены группы пожелают ими поделиться)</p>
	<p>Представление оснований для терапии: проверка теории В</p> <p>Проведение на сеансе терапии эксперимента по подавлению мыслей (метафоры белого медведя, розового слона), чтобы продемонстрировать парадоксальные следствия подавления мыслей</p> <p>Домашнее задание: разработать собственную теорию А/В, заполнив соответствующий рабочий лист</p>
4	<p>Вместо сеанса групповой терапии проводятся краткие сеансы индивидуальной терапии (по 30 мин.) для каждого члена группы. На этих сеансах терапии члены группы встречаются с одним из устроителей групповой терапии для рассмотрения их собственных порочных цветков и теории А/В. Это дает замечательную возможность выявить тех, кто борется с собой, поддержав их в этом перед следующим сеансом групповой терапии</p>
5	<p>Психообразование: три кривые тревоги</p>
	<p>Представление на сеансе терапии экспериментов, включая ЭТПР</p> <p>Социализация членов группы к планированию поведенческих экспериментов, добиваясь того, чтобы каждый член группы спланировал один эксперимент</p> <p>Домашнее задание: провести запланированный эксперимент</p>
6	<p>Представление метафор: ОКР в виде обидчика, наставника по теории А/В (т.е. сострадательного наставника в сравнении с критическим наставником)</p>
	<p>Домашнее задание: выявить обидчика, проведя дополнительные поведенческие эксперименты и поупражнявшись в воодушевлении, а не запугивая себя</p>
7	<p>Середина терапии: пересмотр целей терапии</p>
	<p>Эксперименты на основе ЭТПР, проводимые на сеансе терапии</p> <p>Планирование членами группы поведенческих экспериментов друг для друга</p> <p>Устранение препятствий</p>

Сеанс терапии	Основная тема
	Советы друзьям и членам семьи Домашнее задание: провести эксперименты, поставленные на сеансе терапии, а также самостоятельно запланированные эксперименты
8	Представление трех вариантов выбора: жизни с ОКР, жизни без ОКР и противодействия ОКР ----- Планирование экспериментов по противодействию ОКР для каждого члена группы Домашнее задание: провести запланированные эксперименты по противодействию ОКР
9	Возврат к нормальной жизни ----- Домашнее задание: поставить дополнительные цели, связанные с возвратом к нормальной жизни
10	Превращение пациента в психотерапевта: представление плана терапии
11	Подведение итогов сеанса терапии: ----- Сравнение достигнутого прогресса с целями терапии Просмотр планов терапии и продолжение работы по ним Составление группового плана терапии, способного дополнить индивидуальные планы терапии Домашнее задание: поставить цели на период после терапии; составить план терапии
12	Завершение рассмотрения достигнутого прогресса ----- Планирование на будущее Обращение к любым пунктам повестки дня предыдущего сеанса терапии, которые группа желает повторить Предоставление каждому члену группы по очереди возможности дать совет друг другу Прощание с членами группы Сведения о дальнейшей поддержке, включая контактную информацию для поддержки групп и целей благотворительности (например, благотворительных фондов OCD-UK, OCD-Action, Maternal OCD)

Сеанс терапии	Основная тема
Период последующего клинического наблюдения (через месяц после завершающего сеанса терапии)	<p>Рассмотрение достигнутого прогресса, выявление переживаний любых неудач или препятствий</p> <p>Побуждение членов группы находить решения и наставлять друг друга</p> <p>Выявить любого члена группы, который все еще борется со своим расстройством и требует индивидуального подхода в период после групповой терапии и которому, может быть, стоит обратиться к индивидуальному лечению ОКР или другого коморбидного расстройства методом КПТ</p>

Рекомендовав книгу по самопомощи, которую можно будет читать параллельно с сеансами групповой терапии (например, книгу *Break Free from OCD*; [Challacombe *et al.*, 2011]), можно оказать поддержку в обучении членов в группе.

4.6. Привлечение членов семьи и друзей по ходу лечения ОКР методом КПТ

В этом разделе речь пойдет о том, как привлечь членов семьи и друзей к излечению пациентов от ОКР методом КПТ.

4.6.1. О влиянии ОКР на членов семьи

ОКР может оказывать заметное влияние на членов семей пациентов. Так, авторы публикации [Magliano *et al.*, 1996] обнаружили, что наличие ОКР у пациентов налагает на членов их семей бремя в пределах от умеренного до тяжелого. Оно оказалось таким же, а в большинстве случаев — более тяжелым, чем бремя, налагаемое на родственников людей, страдавших сильной депрессией (большим депрессивным расстройством — БДР). Обе эти группы подтвердили, что они “больше не рассчитывали жить дальше так, как им хотелось бы” (58% людей из группы ОКР в сравнении с 57% людей из группы БДР), у них “ухудшилось здоровье в результате сложившейся ситуации” (59% людей из группы ОКР в сравнении с 57% людей из группы БДР). Кроме того, они оказались “в неволе у своих родственников” (62% людей из группы ОКР в сравнении с 46% людей из группы БДР). Обе группы испытывали значи-

тельные трудности в социальных отношениях (74% людей из группы ОКР в сравнении с 61% людей из группы БДР), чувствуя, что их социальные отношения нарушены (59% людей из группы ОКР в сравнении с 48% людей из группы БДР) и говоря, что это полностью обусловлено расстройством у их родных.

Родственники людей, страдавших ОКР, отличались от родственников людей, страдавших депрессией своими ощущениями депрессии (такие ощущения были зарегистрированы у 84% людей из группы ОКР по сравнению с 61% людей из группы БДР) и “нервным напряжением” (75% людей из группы ОКР по сравнению с 50% людей из группы БДР). Кроме того, у членов семей пациентов, страдавших ОКР, были обнаружены более высокие, достигавшие порой клинического порога показатели БДР, но не других психологических расстройств, чем у людей из неклинической контрольной группы [Cicek *et al.*, 2013].

К сожалению, ущерб, наносимый продолжительным периодом ОКР, не может быть полностью возмещен и будет дальше давать о себе знать (например, ущерб от развода или разлуки [Goodwin *et al.*, 2002; Subramaniam *et al.*, 2012]) или последствия принятого решения не иметь детей из-за ОКР, когда это возможно биологически [Neziroglu *et al.*, 1992]. К терапии можно привлекать людей, примирившихся с подобными потерями, а в идеальном случае она может помочь в укреплении дополнительной мотивации не тратить больше время и средства на ОКР и лучше жить по-настоящему без данного расстройства.

4.6.2. “Приспосабливание” семьи к симптомам ОКР

Принимая во внимание природу ОКР, следует иметь в виду, что люди, страдающие этим психологическим расстройством, могут в результате собственных опасений требовать от членов своих семей изменения их поведения, имитирующего компульсии и виды безопасного поведения, которым они сами увлечены. Приспосабливание (этот термин следует употреблять для обозначения принципа адаптации поведения к симптомам ОКР у пациента) распространено среди членов семей пациентов, а степень его проявления связана со слабым функционированием семьи [Albert *et al.*, 2007; Calvocoressi *et al.*, 1995]. И, по-видимому, такое приспособление преобладает в семьях пациентов с симптомами ОКР. Так, в одном исследовании было обнаружено, что 96,9% всех семей таких пациентов приспособлялись к симптомам ОКР, причем 59% сообщили, что им приходилось делать это ежедневно [Stewart *et al.*, 2008]. Утешение, которого ищут пациенты с симптомами ОКР, участие

в их ритуалах и оказание им помощи в избегании — все это практикуется в семьях таких пациентов чаще всего, причем ежедневно среди 47%, 35% и 43% членов семей соответственно [Albert *et al.*, 2010]. Заражение или загрязнение и очистка — это те категории симптомов ОКР, которые чаще всего связываются с приспособливанием к ним членов семей пациентов в подобных исследованиях.

В результате исследований было обнаружено, что приспособливание членов семьи к симптомам ОКР, как, впрочем, их влияние друг на друга, предопределяет худшую реакцию на лечение методом КПТ у взрослых и детей [Boeding *et al.*, 2006; Waters and Barrett, 2000]. Результатом приспособливания может стать перекладывание ответственности за поведение, предотвращение и неподкрепление обсессивных убеждений [Salkovskis, 1991].

Некоторые члены семьи могут одновременно выполнять поддерживающую роль в приспособливании к симптомам, пытаясь “помочь” пациенту там, где ОКР вынуждает совершить его нечто нетерпимое, а в лучшем случае — отнимающее время. Подобным образом члены семьи, возможно, стараются избежать конфликта или справиться с собственным эмоциональным расстройством, видя, как близкий им человек охвачен ОКР. В одном любопытном исследовании было обнаружено, что приспособливание одного партнера к обсессивному поведению другого партнера было связано с меньшей удовлетворенностью их взаимоотношениями, а не с симптомами ОКР. Однако приспособливание одного партнера было также связано с повышенным восприятием критики касательно ОКР у другого партнера [Boeding *et al.*, 2013]. Во многих случаях попытка привлечь других людей к совершению ритуалов приводит к конфликту и может вызвать враждебность обеих его сторон. К сожалению, негативные эмоциональные реакции других людей связаны со степенью тяжести симптомов, а также предопределяют неудачный исход терапии [Renshaw *et al.*, 2003; Van Noppen and Steketee, 2009].

4.6.3. Разрешение затруднений в семейной и личной жизни

Взаимосвязь между приспособливанием членов семьи к симптомам ОКР и исходом лечения предполагает, что важной и потенциально плодотворной целью терапевтических вмешательств может стать повышение эффективности лечения. С практической точки зрения очень полезным упражнением может стать просьба к людям, страдающим ОКР, рассмотреть не только свои затраты на ОКР, но и затраты других людей, в том числе партнеров и детей.

И хотя такая мера может быть иногда болезненной и трудной, она, тем не менее, может способствовать постановке целей извлечь выгоду из помощи, как самому пациенту, страдающему ОКР, так и его окружающим. Ниже перечислены вопросы, которые можно задать пациенту.

- Просите ли вы других людей совершать вместе с вами обсессивные ритуалы или компульсии?
- Раздражают ли вас другие люди, когда они прерывают вас во время совершения ритуалов или компульсий?
- Задаете ли вы другим людям постоянно одни и те же вопросы (в поисках утешения)?
- Как часто вы опаздываете или изменяете назначенные встречи из-за обсессий или компульсий? Какое влияние это оказывает на других людей?
- Избегаете ли вы конкретных видов деятельности, мест или людей из-за компульсий? Какое влияние это оказывает на других людей?
- Поручаете ли вы задания другим людям из-за того, что ОКР затрудняет вам их выполнение или же вам кажется, что вы не можете доверять себе?
- Препятствуете ли вы другим людям сделать какое-нибудь дело из-за того, что вам кажется, будто им нельзя доверить надлежащее его выполнение?
- Беспокоятся ли другие люди по поводу вашей тревоги?

Эти вопросы можно задать на стадии оценивания, когда обсуждается теория А/В и затраты на данное расстройство и/или когда пациент начинает проверять свое психологическое состояние и противодействовать ОКР. Полезно, может быть, заинтересоваться более обширным влиянием на других людей, если пациенту нелегко дается изменение его обсессивного поведения.

Так, Джесси старалась не думать о том влиянии, которое ее расстройство оказывало на ее мужа Гуса, как следует из приведенного ниже диалога данной пациентки с психотерапевтом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Джесси, можете ли вы рассказать мне немного о том влиянии, которое ваше ОКР оказывает на Гуса?

ДЖЕССИ: Оказывает на него? Ну, я думаю, что мы уже привыкли к этому. Вот так и обстоят у нас дела. Я не думаю, что его это заботит так же сильно, как и меня... Но теперь, когда я думаю об этом, я действительно поручу-

чаю ему большую часть работы по дому из-за моих опасений. Он, вероятно, думает, что я просто ленивая! И меня очень огорчает, если он забывает снимать свою обувь и менять одежду сразу после прихода домой. Я знаю, что ему не хочется это делать, но он это делает. Хмм, теперь, когда я думаю об этом, то в последнее время мы действительно не говорили ни о чем другом, кроме ОКР. Мне тяжело думать, как бы это не затянуло и его.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Считаете ли вы, что было бы важно подумать над тем, чего это расстройство стоит вам и Гусу?

ДЖЕССИ: Да, считаю. ОКР действительно стоило мне немало, не так ли?

4.6.4. Работа с членами семей и друзьями пациентов

У членов семьи и друзей, здесь и далее называемых партнерами ради простоты изложения, может быть твердое мнение о том, как пациент должен измениться. Видимое и устойчивое изменение может исходить только от пациента, страдающего ОКР. Но, принимая во внимание, что вовлечение партнеров в ОКР может ограничить улучшения, достигнутые в лечении, а привлечение партнеров к лечению — усилить их, очень важно рассмотреть представления партнеров и их приспособление к ритуалам пациента. Привлечь партнеров к лечению можно в любой момент, и некоторые исследователи разработали ряд соответствующих протоколов для привлечения партнеров к КПТ [Abramowitz *et al.*, 2013]. Ниже рассматриваются области, в которых могут быть задействованы партнеры пациентов.

Психотерапевту следует выяснить, обсуждал ли пациент, страдающий ОКР, сложившееся положение дел вместе с тем человеком или людьми, с которыми он живет? Ведь люди порой по-другому объясняют свое поведение, что вполне возможно, хотя и может вызвать затруднения сами по себе. Например, женщина, боявшаяся прикасаться к мусорным корзинам и ведрам, приносила целый ряд извинений за то, что не чистила их, и поэтому ее партнер пришел к выводу, что она ленива. В другом случае мать, совершавшая много своих ритуалов за закрытой дверью ванной, в конечном счете, призналась своим детям, которые вздохнули с облегчением, поскольку они были твердо убеждены, что такое поведение их матери было обусловлено тем обстоятельством, что она злоупотребляла наркотиками! И, как обсуждалось в разделе 4.4, стыд может быть сильным фактором, поддерживающим ОКР у пациента, поскольку он может оставаться наедине со своими мыслями и симптомами, не проверяя их на соответствие действительности.

Согласен ли партнер с тем, как пациент описывает свое психологическое расстройство? Люди нередко стараются очень хорошо скрывать свои обсессии и компульсии от других. Иногда это удается им сделать не так хорошо, как им кажется, но им трудно признаться в истинных масштабах своего психологического расстройства даже близким людям. Одни люди могут чувствовать большую вину за свое поведение по отношению к другим людям, даже если они считают, что в тот момент им было трудно поступить иначе. В таком случае важно напомнить им, что до терапии у них не было иного выбора, как предотвратить причинение вреда и прочее, поскольку у них не было своей теории В.

В некоторых весьма редких случаях пациент, страдающий ОКР, не имеет ни малейшего представления о влиянии своего расстройства на других людей. В подобных случаях необходимо дать пациенту ясно понять, насколько рискованно его обсессивное поведение и каковы последствия, если он будет продолжать в том же духе. К этому можно присовокупить то обстоятельство, что ОКР оказывает негативное влияние не только на взаимоотношения, но и на меры обеспечения безопасности. Например, в тех случаях, когда чистящие средства наносятся в большом количестве на кожу ребенка или пациент старается не общаться близко с другими детьми. Более подробно эти вопросы рассматриваются в разделе 2.7, посвященном оцениванию рисков.

Когда партнеры привлекаются к лечению пациентов, то часть терапевтического вмешательства может быть посвящена устройению полезного обсуждения, в ходе которого его участники обмениваются своими представлениями о сложившемся положении дел. В этом случае психотерапевт или пациент, страдающий ОКР, может объяснить партнеру смысловое значение обсессивного поведения по теории А и дать ему возможность рассказать о влиянии такого поведения на него. В идеальном случае у пациента сложится ясное представление о теории В и о том, что ему необходимо сделать, чтобы изменить свое поведение. Объяснение партнеру поможет укрепить собственное представление пациента обо всем этом и совместными усилиями обдумать, как им теперь действовать по-другому. И это поможет пациенту и его партнеру почувствовать свою причастность к поддержке близкого ему человека. Так, Лидия привела своего мужа Майка на совместный сеанс терапии, как следует из приведенного ниже фрагмента их диалога.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, Лидия. Мы немало говорили о вашем ОКР. И я подумал, что было бы полезно, чтобы вы немного объяснили Майку нашу

с вами работу, дабы мы обдумали вместе, как вам избавиться от ОКР и как лучше всего поддержать вас в этом.

ЛИДИЯ: Да, это неплохая мысль. Я производила все свои проверки и искала утешения у тебя, Майк, поскольку сильно ужасалась, что случится что-то плохое, если я этого не сделаю. И в тот момент я зашла в тупик, сосредоточившись на тех ужасных последствиях, если бы я оказалась причиной пожара в нашей квартире. Мне казалось, что я этого не переживу. В итоге я узнала, что была слишком сосредоточена на такой опасности, поскольку сильно беспокоилась о ней. И все, что бы я ни делала, чтобы уберечься, сохраняло во мне беспокойство... И отчасти это объясняет все, что я про-сила тебя сделать, включая утешение меня.

МАЙК: Что ж, теперь в этом есть свой смысл. Мне бы хотелось помочь тебе еще больше, но ты вообще не веришь мне, когда я говорю тебе, что ты что-то проверяла. И от этого я схожу с ума.

ЛИДИЯ: Теперь я осознаю, что, прося тебя, я лишь усугубляла положение.

МАЙК: Так, не кажется ли тебе, что ты можешь доверять мне больше?

ЛИДИЯ: Я знаю, что должна!

Полный запрет на утешение со стороны членов семей и партнеров иногда трудно реализовать на практике. В связи с этим полезно оставить на пациен-те, страдающем ОКР, бремя ответственности за то, чтобы он перестал *искать утешения*.

Расставить все положительное на свои места не менее важно, чем прекра-тить малоэффективное и ограничивающее обсессивное поведение, как часть борьбы с обсессивным расстройством. К этому можно отнести поиск для партнера более позитивных способов оказания помощи пациенту, страдаю-щему ОКР (например, ободрения вместо утешения). В общем, люди могут извлечь пользу из борьбы против ОКР, расширяя пределы той деятельности, которой мешало им заниматься ОКР (например, пойти куда-нибудь пообе-дать, заказать семейное торжество или организовать семейный отдых). Эти меры могут также служить в качестве особых поведенческих эксперимен-тов. Наличие более долгосрочных стратегий и мероприятий, выходящих за пределы ОКР, способно оказать немалую помощь в возвращении пациента к нормальной жизни. Совместное составление плана действий может содей-ствовать обсуждению и лучшему пониманию данного расстройства, а также путей его преодоления. Ниже приведен в качестве примера план дальнейших действий Лидии и Майка.

НАМЕРЕНИЕ МАЙКА: стараться не утешать и напоминать тебе о теории В, если у тебя стресс.

НАМЕРЕНИЕ МАЙКА: напоминать тебе, как было замечательно до того, как все испортило ОКР, и как это может быть снова.

НАМЕРЕНИЕ ЛИДИИ: стараться не искать утешения, но просить тебя обнять меня. Попросить обнять меня и в том случае, если я забуду и все же стану искать утешения.

НАМЕРЕНИЕ ЛИДИИ: определенно не проверять то, что проверяет Майк.

НАМЕРЕНИЕ ЛИДИИ: вовремя приходить с работы. Просто уходить с работы в 6 часов вечера, начиная с завтрашнего дня!

НАМЕРЕНИЕ ЛИДИИ: организовать семейный отдых, о котором мы мечтали многие годы. И на этот раз добраться-таки до аэропорта. Извини, Майк.

НАМЕРЕНИЕ ОБОИХ: не забывать, что мы стараемся изо всех сил, чтобы преодолеть ОКР!

Джесси и Гус также поработали вместе над поведенческим экспериментом, как показано в табл. 4.7.

Таблица 4.7. Запись результатов поведенческого эксперимента по преодолению опасений в связи с заражением и поиска утешения

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень уверенности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
Приготовить блюдо из курицы для Гуса	Мне потребуется утешение: 70%	Я все же мыла руки до и после приготовления пищи, что ниже, чем 20%	Как ни странно, мне удалось сократить поиск утешения и мытье рук	С теорией В. Я не настолько убеждена, как прежде
	Я заражусь сальмонеллой	У меня сильные побуждения искать повсюду утешения. В какой-то момент я не устояла и попросила утешения, но он напомнил мне, что по теории В лучше всего сопротивляться этому	Приготовление блюда из курицы не оказалось роковым	Гус съел две порции, поскольку я не могла есть много, а с ним ничего не случилось

Окончание табл. 4.7

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?
	Меня отправят в больницу, и мой ребенок умрет: 100%	Почувствовала сильную тревогу	Мне нужно делать больше	В следующий раз я съем больше
	Гус заболеет: 80%	Мы не заболели, но я мне было трудно съесть много		

Всем партнерам полезно проводить время в приятных занятиях, как вместе, как и отдельно, а также помнить не только об ОКР, но и себе самих. Если на данной стадии терапии взаимоотношения партнеров носят весьма конфликтный характер, возможно, придется ограничиться тем, чего можно достигнуть на совместных сеансах терапии. В подобных случаях совместную работу, возможно, придется отложить или же внести цели налаживания взаимоотношений в перечень среднесрочных или долгосрочных целей терапии. С трудностями во взаимоотношениях партнеров, может быть, проще справиться, если вместе с ними устраняется и ОКР, ограничивающее их совместную жизнь.

4.7. Дальнейшее развитие психотерапевта

Эта книга должна служить в качестве подробного руководства по применению КПТ для лечения людей, страдающих всеми формами ОКР. Рассмотрим теперь, как вам продолжить дальнейшее развитие своего профессионального уровня психотерапевта и обрести большую уверенность в работе с обсессивными расстройствами, применяя навыки, полученные от чтения этой книги.

4.7.1. Профессиональные качества психотерапевта

Рот и Пиллинг установили рамки компетенции в качестве удобной точки отсчета для размышления психотерапевта над своими навыками проведения КПТ [Roth and Pilling, 2007]. Компетенция психотерапевта охватывает пять перечисленных ниже областей.

1. Общие профессиональные качества, относящиеся ко всем формам психологической терапии.
2. Основные профессиональные навыки проведения КПТ.
3. Особые базовые методы проведения КПТ, применяемые в большинстве форм КПТ.
4. Специальные профессиональные навыки для лечения конкретных психологических расстройств.
5. Метакомпетенции.

Рамки компетенции для КПТ служат жизненно важной опорой для обучения, как начинающих психотерапевтов, так и опытных клиницистов, продолжающих развивать свои профессиональные навыки. Имеющиеся у психотерапевта профессиональные знания и опыт лечения ОКР основываются на модели ЭТПР и включают в себя умение оценивать и планировать лечение, способность привлекать пациента к терапевтическому вмешательству, а также предотвращать рецидивы, что полностью согласуется с тем, что изложено в главах 2 и 3 этой книги. Рот и Пиллинг подробно описали, каким образом осуществляется воздействие в естественных условиях (*in vivo*), воздействие в мысленном представлении и предотвращение ритуалов [Roth and Pilling, 2007]. Мы же считаем, что для когнитивно-поведенческой терапии требуются профессиональные качества, приведенные во врезке 4.2.

Врезка 4.2. Профессиональные качества для лечения ОКР методом КПТ

Для лечения ОКР средствами КПТ требуются следующие профессиональные качества психотерапевта.

- Способность привлечь пациента к терапевтическому вмешательству.
- Умение пользоваться метафорами для иллюстрации природы ОКР.
- Умение работать с пациентом над выявлением достоинств и недостатков изменений и пребыванием в том же самом состоянии.
- Установление рамок и оснований для составляющих терапевтического вмешательства.
- Умение помочь пациенту лучше понять, что навязчивые мысли — обычное и распространенное явление и что они становятся проблематичными лишь тогда, когда оцениваются негативно (т.е. нормализуются).

- Способность выработать вместе с пациентом формулировку поддержания психологического расстройства, показывающую взаимосвязь между навязчивыми мыслями, их оценкой, видами ППУ (компульсиями или ритуалами), избеганием и процессами внимания.
- Способность выработать вместе с пациентом заслуживающие доверия, альтернативные и менее угрожающие убеждения (теорию А/В), а также рассмотреть последствия двух соперничающих систем убеждений (теорий А и В).
- Умение ставить цели, направленные на возвращение пациента к нормальной жизни без приспособления к ОКР.

Методы изменения: сбор свидетельств и обнаружение

Для применения методов изменения требуются следующие профессиональные качества психотерапевта.

- Способность разрабатывать вместе с пациентом поведенческие эксперименты для эффективной проверки убеждений пациента относительно угрозы и/или свидетельств в пользу альтернативного, менее угрожающего убеждения.
- Умение проводить поведенческие эксперименты, включая их моделирование психотерапевтом там, где это уместно, посещение пациента на дому и выезды на места проведения экспериментов.
- Умение работать с пациентом, чтобы привлечь его к поведенческим экспериментам в одиночку или в самой разной обстановке.
- Способность подвергать сомнению убеждения касательно ответственности, чрезмерной важности мыслей, перфекционизма и прочие убеждения, используя сократический метод, круговые диаграммы ответственности, континуумы и прочие методики.
- Умение выявлять препятствия к изменению и пути их преодоления.
- Умение справляться с осложнениями, которые могут возникнуть по ходу терапии, включая, например, едва заметные виды ППУ или избегание.

4.7.2. Переход от компетентного к метакомпетентному соблюдению

На протяжении всей этой книги мы старались не только пояснить теоретические положения и продемонстрировать методики, но и зародить у читателя понимание принципов, положенных в основу эффективного проведения КПТ для лечения ОКР, а также их умелого применения к каждому

пациенту, страдающему ОКР, в результате чего вырабатывается метакомпетенция. Рот и Пиллинг выработали метакомпетенции как превосходящие те компетенции, которые “направлены на умение реализовывать модели, гибко приспособлявая их к потребностям отдельного клиента” (см., стр. 9 в [Roth and Pilling, 2007]). Метакомпетенции представляют собой плавный переход от эмпирически обоснованного клинического вмешательства к особому характеру опасений пациента, с которым работает психотерапевт, используя клинический опыт, рассудительность и мудрость для адаптации эмпирически обоснованных методов к особым потребностям пациента.

Авторы публикации [Whittington and Grey, 2014] отмечают в главе, посвященной овладению метакомпетенцией, что метакомпетенция зачастую приводит к тому, клиницист строго следует обычным эмпирически обоснованным, а не менее проверенным методам. Они определяют метакомпетентное соблюдение как “принятие эмпирически обоснованных терапевтических решений, явно подтверждаемых на практике и опирающихся на прочное теоретическое основание там, где свидетельства менее ясны” (см. стр. 4 данной публикации). Типичная метакомпетенция — это умение пользоваться клиническим заключением при реализации моделей лечения, хотя это совсем не означает “выплескивать ребенка из корыта вместе с водой” и пренебрежение эмпирически обоснованным лечением. Во время работы с пациентом, имеющим хроническую, тяжелую и усложненную форму ОКР, возникает искушающая мысль, что “прямой” метод КПТ не годится. Мы считаем, что это самый подходящий момент, чтобы придерживаться основных элементов терапии.

Метакомпетенции, выработанные Ротом и Пиллингом в [Roth and Pilling, 2007], перечислены в табл. 4.8 вместе примерами лечения ОКР методом КПТ, описанными в предыдущих главах этой книги.

В своей статье *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders* (Компетенции, требующиеся для эффективного проведения когнитивно-поведенческой терапии среди людей, страдающих депрессией и тревожными расстройствами; [Roth and Pilling, 2007]) Рот и Пиллинг высказывают предположение, что грамотная организация клинической работы основывается на умении соблюдать “процедурные правила”. Это означает, умение воспользоваться клиническим заключением, чтобы решить, когда, как и стоит ли вообще предпринимать конкретное действие или ряд действий, дабы терапевтические вмешательства или соответствующие процедуры отвечали потребностям каждого пациента. Авторы публикации [Whittington and Grey, 2014]

Таблица 4.8. Метакомпетенции, выработанные Ротом и Пиллингом для лечения ОКР, с примерами ориентированного на формулировку подхода к проведению КПТ

Метакомпетенции	
Типичные метакомпетенции	Примеры ориентированного на формулировку подхода к проведению КПТ
Умение пользоваться клиническим заключением при реализации моделей лечения	Коморбидность, которая не должна быть сложной. Совместная формулировка выявит путь прохождения через многие психологические расстройства
Умение адаптировать терапевтические вмешательства, реагируя на ответную реакцию пациента	<p>Так, если пациент уже глубоко разбирается в своем расстройстве, то потребуются меньше взвешивать достоинства и недостатки изменений, ускорив переход к поведенческим экспериментам</p> <p>Так, если расстройство проявилось очень рано, т.е. может быть востребована теория В или жизнь без ОКР, то потребуются меньше обосновывать соперничающие теории</p>
Способность употреблять юмор и реагировать на него	Для употребления юмора имеется немало возможностей во время работы с пациентом, страдающим ОКР. Так, опускание рук в унитаз нередко сопровождается широкой ухмылкой
Метакомпетенции специально для КПТ	Примеры ориентированного на формулировку подхода к проведению КПТ
Умение внедрять КПТ в соответствии с ее исходными принципами	Так, преодоление ОКР — это совместный путь, который начинается с общего понимания, нормализации и работы вместе с пациентом над поиском путей преодоления данного расстройства
Умение формулировать и применять модели КПТ к отдельному пациенту	Модель порочного цветка допускает бесконечную адаптацию и может быть приспособлена к бесконечным формам проявления ОКР
Умение выбрать и применить наиболее подходящий метод поведенческой и когнитивной терапии	Как только формулировка будет установлена, ею следует руководствоваться на протяжении всей терапии
Умение структурировать сеансы терапии и поддерживать подходящий темп ее проведения	Так, КПТ для лечения ОКР, в общем, проводится в виде краткосрочного вмешательства с активной изначально работой над данным расстройством
Умение преодолевать препятствия, чинимые проведению КПТ	Так, ОКР может прокрасться несметным числом способов и разрушить все усилия всякого человека, настраивая его на новые и/или едва заметные виды ППУ, в том числе мысленные ритуалы и доводы или избегание

изобрели “инструмент целенаправленной подготовки” для начинающих и опытных психотерапевтов, включающий в себя эти процедурные правила. Мы считаем этот инструмент полезным для развития компетенции и метакомпетенции, требующейся для лечения ОКР путем проведения КПТ. Соответствующий пример применения такого инструмента приведен в табл. 4.9.

Что касается описываемых здесь профессиональных качеств для лечения ОКР, то мы рекомендуем пользоваться “Шкалой когнитивной терапии для лечения обсессивно-компульсивного расстройства” (Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive Therapy Scale — OCD-CTS; см. приложение 7 к этой книге, а также [Forrester *et al.*], готовится к публикации), которая была составлена на основании “Исправленной шкалы когнитивной терапии” (Revised Cognitive Therapy Scale — CTS-R), разработанной Джеймсом с коллегами [James *et al.*, 2001] и видоизмененной Элизабет Форрестер с коллегами. Следует, однако, иметь в виду, что, в отличие от исходной шкалы CTS-R, не все составляющие шкалы OCD-CTS могут быть задействованы на каждом сеансе терапии. Поэтому в отношении некоторых более специфических стратегий в этой шкале можно указать “не находит применения”. В подобных случаях эти составляющие распределяются пропорционально для получения общей оценки по мере надобности. Для оценивающего специалиста имеется исчерпывающее руководство.

Таблица 4.9. Инструмент целенаправленной подготовки для развития компетенции и метакомпетенции в проведении КПТ для лечения ОКР

Метод	Конкретная деятельность для поддержки обучения	Конкретные вопросы для данной деятельности, цели для вашего обучения по каждой деятельности	Процедурные правила, выявляемые из предпринимаемой деятельности
Работа над конкретным случаем под наблюдением	Принять людей, страдающих загрязняющей формой ОКР, под наблюдением Алисон, специалиста в данной области	Как вывести формулировку, если у пациента имеются многие опасения по поводу заражения или загрязнения и другие формы ОКР?	Воспользоваться другими примерами из порочного цветка формулировок, чтобы выявить те же самые исходные оценки угрозы
Какие конкретные типы случаев вам следует подыскать или взять в помощь своему обучению?			

Продолжение табл. 4.9

Метод	Конкретная деятельность для поддержки обучения	Конкретные вопросы для данной деятельности, цели для вашего обучения по каждой деятельности	Процедурные правила, выявляемые из предпринимаемой деятельности
<p>Наблюдаемая практика</p> <p>Как вам формально организовать наблюдение и получение ответной реакции: вживую, в форме аудиозаписи, видеозаписи, шкалы CTS-R?</p>	<p>Убедиться, что Алисон слушает частично или полностью мои записи</p>	<p>Действительно ли до меня доходит смысловое значение и оценка, привязываемые к мыслям?</p>	<p>Убедиться, что пациент, страдающий ОКР, понимает важность оценки своих мыслей?</p> <p>Настоять на методе “стрелки вниз” для выявления смыслового значения</p>
<p>Наблюдение практики</p> <p>Как вы могли бы наблюдать за работой специалиста в данной области: вживую, в форме аудиозаписи или видеозаписи (например, по коммерчески доступной видеозаписи инспектора или специалиста)?</p>	<p>Просмотреть видеозаписи сеансов терапии, где Алисон работала над опасениями пациента по поводу заражения или загрязнения</p>	<p>Каким образом Алисон обобщает обучение, переходя от одного опасения по поводу заражения или загрязнения (например, касания обуви) к другому (например, касанию дверных ручек)?</p>	<p>Воспользоваться сократическим методом, чтобы помочь пациенту, страдающему ОКР, усвоить, что его основополагающее убеждение в заражении или загрязнении оказывается одним и тем же в любой физической обстановке</p>

Метод	Конкретная деятельность для поддержки обучения	Конкретные вопросы для данной деятельности, цели для вашего обучения по каждой деятельности	Процедурные правила, выявляемые из предпринимаемой деятельности
Самостоятельная практика, саморефлексия	Исследовать свое нежелание “загрязниться”	Что, по моему убеждению, произойдет со мной, если я сначала прикоснусь к подошве моей туфли, а затем съем что-нибудь?	Признать свое отвращение или тревогу по отношению к пациенту, страдающему ОКР, и воспользоваться этим для упрочения терапевтических взаимоотношений
Какая конкретная деятельность по самостоятельной практике, саморефлексии может помочь вашему обучению в данной области (например, применение конкретных методов в собственной жизни)?			
Обучающие мероприятия	Посетить мастер-класс по ОКР, проводимый специалистом в данной области	Как мне справиться с большинством трудностей, последними оставшимися опасениями по поводу заражения или загрязнения?	Воспользоваться метафорой (например, повторно зараженной раны), чтобы заострить внимание на особом значении, которое имеет устранение всех опасений
Какие имеются мероприятия, которые вы могли бы посетить и которые могли бы способствовать вашему обучению в данной области?			
Чтение	Книга <i>Fear of contamination</i> (Страх загрязнения; [Rachman, 2006])	Какая взаимосвязь между физическим и мысленным загрязнением?	Задать вопросы по поводу внутреннего чувства заражения или загрязнения

Окончание табл. 4.9

Метод	Конкретная деятельность для поддержки обучения	Конкретные вопросы для данной деятельности, цели для вашего обучения по каждой деятельности	Процедурные правила, выявляемые из предпринимаемой деятельности
Какие книги или журнальные статьи особенно уместно прочитать?	Книга <i>Treatment of mental contamination</i> (Лечение умственного загрязнения; [Rachman et al., 2015])		
Прочее	Посещать веб-форумы, ведомые людьми, страдающими ОКР и делящимися своим опытом лечения данного расстройства	Что люди, страдающие ОКР, ценят в своем опыте КПТ?	Активно сотрудничать с пациентом, страдающим ОКР; быть честным, оценивая уровень своего профессионального опыта
Любые другие уместные виды обучающей деятельности			

Воспроизведено из главы “Take Control of your Training for Competence and Metacompetence” (Взятие под контроль обучение компетенции и метакомпетенции) на стр. 293 книги *How to become a more effective CBT therapist: Mastering Metacompetence in Clinical Practice* (Как стать более эффективным психотерапевтом для проведения КПТ. Овладение метакомпетенцией в клинической практике) Адриана Уиттингтона и Ники Грея (Adrian Whittington and Nick Grey, Copyright © 2014, John Wiley and Sons).

4.8. Наблюдение и его организация

В этом разделе речь пойдет о назначении и организации наблюдения за деятельностью психотерапевта.

4.8.1. Извлечение пользы из собственного наблюдения

В последующих подразделах описываются основные элементы, требующиеся для организации эффективного наблюдения за деятельностью психотерапевта.

4.8.1.1. Подготовка к наблюдению

Подготовка к наблюдению начинается с формулировки вопроса, касающегося человека, с которым вы хотели бы обсудить наблюдение. Инспектор, наблюдающий за вашей терапевтической деятельностью, может побудить вас к проведению некоторой формальной подготовки с помощью формы записи наблюдения. Формулировка такого вопроса поможет вам не только сосредоточиться на своем наблюдении, но и поразмыслить в процессе подготовки над тем, что может способствовать “внутреннему наблюдению”. И это может помочь вам найти ответ на свой вопрос о наблюдении.

4.8.1.2. Формулировка как точка отсчета

Выведите формулировку своего наблюдения, чтобы сослаться на нее, представляясь своему пациенту. Такая формулировка должна описывать ваш прежний терапевтический опыт и вопрос, который вы доводите до наблюдения.

4.8.1.3. Аудиозапись или видеозапись

Заручившись согласием пациента на запись сеансов терапии, можно воспользоваться такой возможностью для своего развития как психотерапевта. Просмотр записанных сеансов терапии дает возможность поразмыслить над прогрессом, достигнутым конкретным пациентом в лечении, выявить то, что вполне пригодно для его лечения, а также те области, которые полезно взять под наблюдение. В процессе просмотра записанного сеанса терапии, вы можете обратить внимание на то, что могло быть упущено в отдельные моменты на данном сеансе. Это дает также возможность поразмыслить над другим подходом к конкретному случаю на следующем сеансе терапии, а также над своей практикой, в том числе над любыми из своих убеждений, мешающих достижению прогресса в лечении. Выявите отдельные части просматриваемого сеанса терапии для “живого наблюдения”, где вы можете воспроизвести отрывки из наблюдаемого сеанса терапии, чтобы наблюдающему за вами инспектору стал понятным вопрос, который вы доводите до наблюдения.

4.8.1.4. Поиск формальных отзывов с помощью инструментов оценивания психотерапевтов

Несмотря на распространенную практику во время обучения КПТ, многие психотерапевты перестают искать такие отзывы о своей квалификации после обучения. Попросив наблюдающего за вами инспектора просмотреть

сеанс терапии, записанный с помощью шкалы CTS-R [Blackburn *et al.*, 2001], можно выявить свои сильные стороны и области для дальнейшего развития. Для адаптации шкалы CTS-R к ОКР была разработана “Шкала когнитивной терапии для лечения обсессивно-компульсивного расстройства” (OCD-CTS), где заостряется внимание на тех навыках, которые имеют существенное значение для работы с ОКР (см. приложение 7 к этой книге, а также [Forrester *et al.*], готовится к публикации).

4.8.1.5. Обращение к консультационному наблюдению по мере надобности

Если инспектор не знаком с ОКР или не имеет большого опыта в данной области, вы можете выгодно воспользоваться консультационным наблюдением со стороны клинициста, более опытного в работе с ОКР.

4.8.1.6. Совместная работа

Ищите возможность для участия в совместной работе с психотерапевтами, более опытными в работе с ОКР. Такая работа служит эффективным средством для развития ваших профессиональных навыков путем наблюдения за коллегой-психотерапевтом, который может показать вам, как он подходит к разным сторонам терапии. Кроме того, совместная работа устанавливает пределы для наблюдения и получения ответной реакции за пределами сеансов терапии.

4.8.2. Развитие в качестве клинического инспектора

По мере своего развития психотерапевты часто берут на себя наблюдательную роль. Опытный психотерапевт совсем не обязательно становится опытным инспектором, и поэтому вам очень важно развивать свои навыки, ища возможность учиться наблюдению и читая соответствующую литературу. Рекомендации авторов публикации [Pilling and Roth, 2008] относительно типичных профессиональных навыков наблюдения и конкретных профессиональных навыков наблюдения за проведением КПТ могут помочь вам в исполнении вашей роли инспектора. Установленные рамки компетенции инспектора дадут вам также возможность выявить любые недостатки требующихся навыков и выяснить, каким образом вы могли бы поддержать тех, за тем вы наблюдаете, чтобы устранить эти недостатки.

Вы можете наблюдать за деятельностью психотерапевтов в службе, где может быть настоятельная потребность в групповом наблюдении. Несмотря на некоторые выгоды группового наблюдения (например, викарное научение),

важно иметь в виду, что все клиницисты находятся до некоторой степени под индивидуальным наблюдением, которое позволяет наблюдающему инспектору и наблюдаемому психотерапевту сосредоточиться на потребностях данного психотерапевта в индивидуальном обучении.

4.8.2.1. Ответная реакция со стороны наблюдения и надзора за наблюдением

Помимо наблюдения для оказания помощи в нашей терапевтической работе, очень важно искать возможность для надзора за нашим наблюдением. Такой надзор может осуществлять клинический инспектор, руководитель клиники или группа инспекторов. Аудиозаписи или видеозаписи сеансов терапии, проведенных вами под наблюдением, позволят вам просмотреть свое наблюдение и обратиться к своему инспектору, чтобы он отозвался о вашей квалификации в частности и сеансе терапии вообще. Получить ответную реакцию или отзыв можно с помощью шкал оценивания инспекторами профессиональных качеств психотерапевтов (например, “Инспекторской шкалы компетенции” (OCTC’s Supervisor Competency Scale) Оксфордского центра когнитивной терапии (OCTC); [OCTC, 2009]). Вы можете также воспользоваться собственным профессиональным наблюдением, чтобы помочь своему развитию в качестве психотерапевта и инспектора. Это позволяет организовать форум, где внимание заостряется на профессиональном развитии и согласуются возможности его поддержки (например, посредством обучения или прикомандирования для прохождения соответствующей практики).

4.8.2.2. Структурирование наблюдения

В качестве инспектора вам придется исполнять важную обучающую роль для оказания помощи наблюдаемым вами психотерапевтам в развитии их профессиональных навыков. Структурирование наблюдаемого вами сеанса терапии аналогично сеансу КПТ поможет вам смоделировать модель наблюдения следующим образом.

- Выяснить в самом начале цели наблюдательных взаимоотношений и регулярно пересматривать эти цели.
- Согласовать повестку дня.
- Отслеживать действия, согласованные при предыдущем наблюдении, обращаясь к краткой обновленной справке о пациентах, обсуждавшихся на последнем сеансе терапии, проводившемся под наблюдением.

- Пользоваться сократическим опрашиванием вместо дидактического метода обучения.
- Давать конкретный отзыв, ссылаясь на примеры.
- Согласовывать “домашнее задание” и просматривать его на следующем сеансе терапии, проводимом под наблюдением.
- Выявить ключевые моменты обучения в конце каждого сеанса терапии, проводимого под наблюдением, и получить отзыв о том, что было полезно, а что — не так полезно.

“Живое” наблюдение предоставляет ценные средства для ответной реакции, как, впрочем, и совместная работа с наблюдаемым психотерапевтом в той области, которую он обозначил для своего развития. Моделирование и исполнение роли в пределах вашего наблюдения с целью продемонстрировать подход к решению конкретного вопроса предоставляет не менее ценные средства для разрешения практических вопросов, которые могут возникнуть при наблюдении. Вы можете также оказать помощь наблюдаемому вами психотерапевту в развитии его знаний и навыков за пределами сеанса терапии, проводимого под вашим наблюдением, указав ему на подходящую литературу и возможности для дальнейшего развития его профессиональных навыков. На протяжении всей этой книги мы неоднократно приводили примеры типичных вопросов и предложений по их разрешению в свете наблюдения за практической деятельностью психотерапевтов.

4.9. Заключение: ОКР — необязательное расстройство

В этой книге мы представили современное положение дел в области ориентированной на формулировку КПТ. Ослабление основной ответственности и убеждений в угрозах, которые явно или неявно побуждают к повсеместному компульсивному поведению, всегда оказывается крайне важной составляющей успешного психологического лечения, будь то средствами описанной здесь КПТ или ЭТПР, применявшимися, как раньше, так и теперь.

Людам, попавшим в адскую ловушку страдания и бесконечных и бесцельных мытарств, которые со временем превращаются в ОКР, приходится решаться на сопротивление и начинать давать отпор своему недугу. Для этого им требуется хотя бы некоторое предчувствие, что их страхи не оправданы, и им не нужно делать то, что, как им кажется, они вынуждены делать. Им нужно пойти на риск, сделать решительный шаг, подумать о неммыслимом и

совершить невозможное. И для того, чтобы это произошло, им требуется необычайная степень доверия к их психотерапевту, а может быть, и к выбранной ими книге по самопомощи. Им придется рассмотреть хотя бы возможность, что их страхи не оправданы, решение действительно становится проблематичным, а противодействие их страхам без привычной реакции может не только оказаться эффективным в краткосрочной перспективе, но помочь им снова обрести ту жизнь, которую они потеряли.

Если следовать терминологии, употребляемой в этой книге, им придется начать с предположения, что “теория В” может быть верной, даже если этого не следует из ее формулировки. Будучи психотерапевтами, мы не имеем совершенно никакого права сказать таким людям: “Доверьтесь нам”, но мы можем и должны сказать им: “Не доверяйте нам безоговорочно. Поработайте с нами”. Чувство взаимного уважения и готовность идти на уступки требуются, как от психотерапевта, так и от пациента, страдающего ОКР.

Таким образом, у эффективного лечения ОКР имеется несколько составляющих, не все из которых обязательны, но ни одна из них недостаточна в отдельности. Первая из них состоит в том, чтобы сформировать добрые терапевтические взаимоотношения; вторая — воодушевить пациента на возможность рассмотрения альтернативного, менее негативного объяснения того, что с ним происходит; третья — раскрыть в нем способность лучше оценить это альтернативное представление, опираясь на свой прошлый опыт; и, наконец, — побудить пациента найти способы для активной проверки такой альтернативы и при этом извлечь выгоду из нового опыта в контексте более гибкого мышления, которое пациент начал применять к своему ОКР.

Если что-то не действует в ходе лечения (в любой форме), это, как правило, объясняется тем, что психотерапевту не удалось разобраться в переживаниях пациента и предложить правильное решение надлежащим образом. И хотя имеются безнадежные случаи, но, к сожалению, имеются и неэффективные и такие психотерапевты, которые просто не помогают пациентам должным образом из-за недостатка их понимания и прилагаемых усилий. Очевидно, что во многих случаях “терапевтической неудачи” то, что ранее предлагалось пациентам, страдающим ОКР, было не просто недостаточным, но иногда жалким подобием терапии [Stobie *et al.*, 2007]. Любой стоящий психотерапевт, прежде всего, попытается выяснить, чем именно он способствовал неудачному исходу лечения, а не винить во всем пациента, с которым он работает. Аналогично, когда лечение проходит удачно, очень важно, чтобы психотерапевт и пациент, страдающий ОКР, осознали и признали, что это

происходит благодаря тому, что пациент воспользовался предложенной ему терапией. Будучи психотерапевтами, мы не изменяем и не “лечим” людей, а помогаем им выявить необходимые изменения, а затем испробовать эти изменения как часть самостоятельного лечения. Но даже для такого опробования требуется первоначальная смена установок и убеждений в отношении ОКР, которая затем укрепляется через взаимодействие формулировки, обсуждения и приобретения нового опыта — обычно в форме поведенческих экспериментов, включая воздействие, хотя и не ограничиваясь только этим.

Имеется еще один большой и довольно больной вопрос. Известно, что существует возрастное отличие людей, у которых развивается ОКР, от людей, у которых ОКР достигает такой степени, что уже соответствует диагностическим критериям. В среднем ОКР развивается в возрасте около 20 лет, а диагностируется — в возрасте 28 лет (см., например, в [Stobie *et al.*, 2007]). А лечение, которое проводится через несколько лет или даже через десятки лет, может оказаться, как уже говорилось, неподходящим, больше способствуя чувству безнадежности, чем выздоровлению. В связи с этим следует принимать во внимание конкретный период времени и временные рамки. Так, в период от 20 до 30 лет люди делают главный выбор в своей жизни, получают образование, работу, налаживают взаимоотношения. Для людей, страдающих ОКР, этот недуг представляет колоссальные потери, которые можно было бы вполне обоснованно описать как “сопутствующие потери” или “человеческие издержки на ОКР”.

Работая с тяжелыми и хроническими формами ОКР, мы были поражены тем обстоятельством, что большую часть этой работы составляла помощь людям, страдавшим ОКР, в том, чтобы они могли справиться с такими потерями. И это иногда оказывается труднее сделать, чем справиться собственно с ОКР. Часть работы с некоторыми пациентами направлена на преодоление настоящего чувства скорби по поводу утраченных возможностей за те годы, а то и десятки лет, когда они боролись со своим ОКР и постепенно свыклись со своей жизнью. И хотя это никак не обесценивает стремление большинства людей, страдающих ОКР, стараться как-то жить дальше, для того, чтобы делать это каждый день, требуется все же большое мужество, несмотря на трудности, возникающие у таких людей. Но в этом не должно быть никакой необходимости. Как уже отмечалось, само ОКР полностью и всегда вылечивается, но то лечение, которое чаще всего предлагается пациентам, оказывается слишком запоздалым. Почему так происходит?

Прежде всего, существуют вечные вопросы клейма позора, стыда и непонимания. ОКР зачастую понимается превратно как “тривиальное расстройство” (например: “Я немного подвержен(а) ОКР, поскольку мне нравится, чтобы все было чисто”). И напротив, некоторые службы массово и слишком остро реагируют на ОКР, например, у родителей, доходя до того, что они некстати берут детей под свою опеку [Challacombe and Wroe, 2013]. Поэтому и не удивительно, что люди медлят обращаться за помощью в лечении ОКР. Авторы публикации [Robinson *et al.*, 2016] провели углубленный анализ препятствий и предпосылок для обращения за помощью в лечении ОКР. Для большинства людей, страдающих ОКР, трудности, которые в итоге вынудили их обратиться за помощью в лечении данного расстройства, состоят в том, что они чувствуют наступление кризиса и отчаяния о том, что у них ничего не ладится в жизни. И все это происходит поочередно с досадой и злословием. Примечательно также и то, что одной из самых сильных обнаруженных предпосылок было упоминание таких людей о том, что когда они действительно обращаются за помощью в лечении ОКР, специалисты, как правило, любезны и относятся к ним с пониманием. Такой подход придает людям мужество обращаться за помощью в лечении, хотя подобные ожидания едва ли можно считать универсальными, как должно бы быть.

Итак, какие же выводы можно сделать из всего сказанного выше? Мы считаем, что в будущем основные усилия, направляемые на совершенствование понимания и лечения ОКР, должны быть сосредоточены на обширном вопросе предотвращения данного расстройства. Его предотвращение может быть рассмотрено как первичное, вторичное и третичное. Разработка такой повестки дня, на наш взгляд, позволит оставить хроническое ОКР в прошлом, сократив случаи появления данного расстройства, а те люди, у которых оно все же развилось, смогут получить надлежащую и своевременную помощь.

4.9.1. Предотвращение ОКР

Первичное предотвращение обычно подразумевает терапевтические вмешательства, проводимые на уровне совокупности населения или сообщества в контексте здравоохранения или всеобщего образования. Цель первичного предотвращения — стремление снизить распространенность психологических расстройств в общей совокупности населения, уменьшить вероятность того, что уязвимость каждого человека снизилась независимо от риска. Что касается ОКР, то имеются веские доводы в пользу того, чтобы включить

разъяснение психологических механизмов, причастных к ОКР, в информационные и образовательные программы. К этому можно отнести просвещение в отношении преобладания беспокойства и навязчивых мыслей, а также малой эффективности такого поведения, как поиск убежища, нейтрализация, подавление мыслей и избегание. Принимая во внимание данные о промедлении в обращении за помощью в лечении, полезными, вероятно, окажутся, в общем, терапевтические вмешательства, нормализующие и избавляющие от клейма позора. Например, сделать общедоступными можно истории людей, лично переживших ОКР и его успешное лечение. Оценивание таких стратегий предотвращения давно назрело. Роль “третьего сектора” (специалистов по тревожным расстройствам и благотворительных организаций в сфере ОКР), вероятно, будет важной и принесет пользу в заострении внимания на эмпирической работе. Школьные программы могут также оказаться эффективными, и к подобным мероприятиям следует подключить средства массовой информации, радио, телевидение и Интернет.

Вторичное предотвращение подразумевает выявление людей с относительно высоким риском развития ОКР и связанных с этим нарушений, но у них данное расстройство пока еще не развилось. Были предприняты некоторые попытки концептуализации роли психологических факторов в возникновении ОКР [Salkovskis *et al.*, 1999] на основании когнитивно-поведенческой теории и научных исследований [Salkovskis *et al.*, 1999]. Как описывалось в разделе 1.8, основными претендентами на такую роль являются условные убеждения, особенно те, что касаются ответственности и тесно связаны с понятием важности мыслей. Это может быть, в свою очередь, связано с убеждениями, углубившимися в ранние годы, и критическими случаями, сделавшими человека особенно чувствительным к убеждениям в ответственности и склонности разворачивать особые стратегии поиска убежища. Требуется провести дополнительную работу по разворачиванию вторичного предотвращения, хотя основное внимание проводившихся до сих научных исследований было сосредоточено на событиях, вызывающих ОКР.

Очевидным тому примером служит относительно недавняя работа по материнской форме ОКР. Как правило, рождение ребенка связывается с повышением воспринимаемой ответственности и опасением причинить вред [Fairbrother and Abramowitz, 2007]. Имеются значительные свидетельства, что для некоторых матерей само рождение ребенка служит фактором, вызывающим первый приступ и обострение в период до появления ОКР [Neziroglu *et al.*, 1992; Russell *et al.*, 2013]. В относительно недавнем перспективном исследовании

довании мы обнаружили, что различные когнитивные переменные факторы могут обозначать тех, кто подвергается риску, а также тех, у кого уже имеется история развития ОКР [Challacombe, 2014]. И это может дать возможность для раннего терапевтического вмешательства и предотвращения ОКР [Timpano *et al.*, 2011]. Следует также иметь в виду, что и отцы оказываются уязвимыми к перинатальной форме ОКР [Abramowitz *et al.*, 2001].

Необходимо изучить и другие примеры подобных событий, вызывающих ОКР, в том числе первый уход из дома молодых людей или переход на более ответственную работу. Важно, может быть, принимать во внимание степень, до которой конкретные уязвимости “сцепляются” с событиями. Соответствующее направление исследований, вероятно, позволит лучше сосредоточиться на стратегиях предотвращения ОКР.

Учитывая, что имеются некоторые свидетельства передачи ОКР по наследству, определенные возможности открываются и в этой области. Следует, однако, иметь в виду, что подобные свидетельства предполагают, что у самих детей женщин с тяжелой формой ОКР не проявляется никакой очевидной склонности к ОКР [Challacombe and Salkovskis, 2009]. Однако лечение матерей, страдающих ОКР, должно быть поставлено во главу угла, поскольку имеются некоторые свидетельства менее заметного влияния ОКР на материнскую привязанность и удовольствие от воспитания детей [Challacombe *et al.*, 2016]. И оказывается, что такое влияние несущественно ослабляется в результате лечения [Challacombe *et al.*, 2017].

Третичному предотвращению, безусловно, уделено основное внимание в этой книге. Оно причастно к тому, что происходит после того, как психологическое расстройство развилось и как остановить его прогрессирование. С этой целью проводятся терапевтические вмешательства, направленные на уменьшение степени ущерба, нанесенного ОКР. Помимо лечения тех людей, которые обращались за помощью, обеспечения надлежащего лечения, имеется настоятельная необходимость в раннем распознавании, обнаружении и постановке диагноза. И в этом случае вопрос клейма позора является центральным для ослабления страхов, которые испытывает столько людей, страдающих ОКР, поскольку он служит главным препятствием для обращения за помощью в лечении [Robinson *et al.*, 2016].

Во главу угла следует также поставить гарантию, то люди, нуждающиеся в эмпирически обоснованном лечении, получают его должным образом. И хотя людям, страдающим менее тяжелой или нехронической формой ОКР, может быть показана постепенная психологическая помощь с менее интен-

сивными терапевтическими вмешательствами, все же существует вероятность причинения вреда, если они окажутся неэффективными, оставляя у пациента, страдающего ОКР, впечатление неудачного лечения. Это обстоятельство не находит достаточного понимания и требует надлежащего изучения. Проведение менее интенсивного лечения как своего рода фильтра или стадии, которую следует пройти, прежде чем будет предложено более целенаправленное и интенсивное лечение, является неприемлемым.

Еще одной ключевой составляющей третичного предотвращения или лечения является обучение, приобретение навыков и установок теми, к кому обращаются за помощью люди, страдающие ОКР. Так, Робинсон обнаружил, что особенно важной предпосылкой для обращения за помощью в лечении является ожидание пациента, что лечащий врач примет его добродушно, чтобы обсудить с ним ОКР. Соблюдение эмпирически обоснованных клинических предписаний (например, рекомендаций института NICE; [NICE, 2005]) и готовность поделиться свидетельствами выздоровления с людьми, страдающими ОКР, являются важными характеристиками специалиста, к которому они обращаются за помощью. На наш взгляд, регулярное отслеживание результатов является необходимой стороной лечения, поскольку оно позволяет, как пациенту, так и психотерапевту, выявить степени достигнутых изменений и должным образом отреагировать на закономерности частичной реакции на лечение или ее полного отсутствия. Как описывалось ранее в разделе 4.5.1, все психотерапевты, независимо от их квалификации и практического опыта, должны быть в состоянии анализировать свою профессиональную деятельность, а, кроме того, проходить наблюдение — желательно «вживую».

Лучшее и более полное понимание ОКР в настоящих условиях будет означать, что данное расстройство будет развиваться у меньшего числа людей, а те, у кого оно все же развилось, получают возможность пройти быстрое, эффективное и великодушно предоставляемое и проводимое лечение. Это означает, что через более чем 50 лет после того, как были разработаны и испытаны эффективные методики психологического лечения ОКР, данное расстройство станет необязательным, и никому не придется страдать им дольше короткого периода времени.

Рекомендуемая литература

- Bieling, P., McCabe, R. & Antony, M.** (2006). *Cognitive Behavioural Therapy in Groups*. New York: Guildford Press.
- Challacombe, F., Bream Oldfield, V. & Salkovskis, P.** (2011). *Break Free from OCD*. London: Vermilion.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M.** (2014). *Cognitive-behavioral Treatment of Perfectionism*. New York, NY: Guilford Press.
- Gilbert, P.** (2010). *Compassion Focused Therapy*. London: Routledge.
- Morrison, N.** (2001). Group cognitive therapy: treatment choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311–332.
- Pilling, S. & Roth, A.** (2008). *A Competence Framework for the Supervision of Psychological Therapies*. Статья доступна по адресу: https://www.researchgate.net/publication/265872800_A_competence_framework_for_the_supervision_of_psychological_therapies.
- Roth, A. & Pilling, S.** (2007). *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders*. Статья доступна по адресу: https://www.researchgate.net/publication/237549113_The_Competences_Required_to_Deliver_Effective_Cognitive_and_Behavioural_Therapy_for_People_with_Depression_and_with_Anxiety_Disorders.
- Ryder, J.** (2010). CBT in groups. В издании: М. Mueller, Н. Kennerley, F. McManus, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist* (стр. 157–173). Oxford: Oxford University Press.
- Whittington, A. & Grey, N.** (Eds.) (2014). *How to Become a More Effective CBT Therapist*. Chichester: Wiley Blackwell.

Библиографические ссылки

- Abramowitz, J., Moore, K., Carmin, C., Wiegartz, P., & Purdon, C.** (2001). Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 42(5), 429–431.
- Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Wheaton, M. G., et al.** (2013). Enhancing exposure and response prevention for OCD: A couple-based approach. *Behavior Modification*, 37(2), 189–210. идентификатор цифрового объекта (ИЦО): <http://dx.doi.org/10.1177/0145445512444596>.

- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E.** (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 394–398.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D.** (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research, 179*(2), 204–211. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.008>.
- Albert, U., Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F.** (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry, 45*(5), 325–332. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.005>.
- Albert, U., Salvi, V., Saracco, P., Bogetto, F., & Maina, G.** (2007). Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy. *Psychiatric Services, 58*(7), 970–976. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.58.7.970>.
- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansell, E. B., Pinto, A., Crosby, R. D., et al.** (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(3), 275–281. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.02.005>.
- Arntz, A. & Weertman, A.** (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 715–740.
- Beck, A. T.** (1995). Cognitive therapy: Past, present, and future. В издании: *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, research, and practice* (стр. 29–40). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Bevan, A., Oldfield, V. B., & Salkovskis, P. M.** (2010). A qualitative study of the acceptability of an intensive format for the delivery of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(2), 173–191. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1348/014466509X447055>.
- Bieling, P., McCabe, R. & Antony, M.** (2006). *Cognitive Behavioural Therapy in Groups*. New York: Guildford Press.

- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., et al.** (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431–446. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465801004040>.
- Boeding, S. E., Paprocki, C. M., Baucom, D. H., et al.** (2013). Let me check that for you: Symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 316–322. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.002>.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., et al.** (1995). Family accommodation in obsessivecompulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441–443.
- Challacombe, F., & Salkovskis, P.** (2009). A preliminary investigation of the impact of maternal obsessive-compulsive disorder and panic disorder on parenting and children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 848–857. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.002>.
- Challacombe F. L.** (2014). *OCD in the Postnatal Period: An investigation into the impact on mothers, parenting and infants*. Неопубликованная диссертация на соискание степени доктора философии. King's College, London.
- Challacombe, F. L., & Salkovskis, P. M.** (2011). Intensive cognitive-behavioural treatment for women with postnatal obsessive-compulsive disorder: A consecutive case series. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6–7), 422–426. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.006>.
- Challacombe, F. L., & Wroe, A. L.** (2013). A hidden problem: Consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive-compulsive disorder. *British Journal of General Practice*, 63(610), 275–276. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X667376>.
- Challacombe, F., Bream Oldfield, V. & Salkovskis, P.** (2011). *Break Free from OCD*. London: Vermilion.
- Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J., & Acheson, R.** (2016). Parenting and mother–infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behavior and Development*, 44, 11–20. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.04.003>.
- Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J., & Acheson, R.** (2017). A pilot RCT for postpartum OCD: effects on maternal

symptoms, mother infant interactions and attachment. *Psychological Medicine*, электронная публикация перед печатью.

- Challacombe, F. L., et al.** (2017). A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive-behaviour therapy for postpartum obsessive-compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother-infant interactions and attachment. *Psychological Medicine*, 1-11.
- Cicek, E., Cicek, I. E., Kayhan, F., Uguz, F., & Kaya, N.** (2013). Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 253-258. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.01.004>.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L.** (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 289-296. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.12.009>.
- de Silva, P., & Marks, M.** (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941-951. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2898%2900185-5>.
- Deacon, B., & Abramowitz, J.** (2006). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. [Оценочные исследования] *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 807-817. ИЦО: [10.1016/j.brat.2005.05.008](http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.008).
- Department of Health.** (2014). *Achieving Better Access to Mental Health Services by 2020*. Статья доступна по адресу: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/361648/mental-health-access.pdf.
- Dettore, D., Pozza, A., & Andersson, G.** (2015). Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for OCD versus control conditions, and in comparison with therapist-administered CBT: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 190-211. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2015.1005660>.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R.** (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M.** (2014). *Cognitive-behavioral Treatment of Perfectionism*. New York, NY: Guilford Press.

- Ehlers, A., & Clark, D. M.** (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2899%2900123-0>.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., et al.** (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 294–304. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>.
- Fairbrother, N., & Abramowitz, J. S.** (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2155–2163. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.019>.
- Ferrao, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., et al.** (2006). Clinical features associated with refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94(1–3), 199–209.
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Kolli, S., & Atmaca, M.** (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1, 40–50.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K.** (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M.** (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303–314. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>.
- Forrester, E., Bream, V., & Salkovskis, P.** (готовится к публикации). Assessing quality in the treatment of obsessive-compulsive disorder: development of the Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive Therapy Scale (OCD-CTS).
- Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., Sinopoli, N., & Ruby, D.** (2015). Motives for acquiring and saving in hoarding disorder, OCD, and community controls. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 4, 54–59. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.006>.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L., & Jenike, M. A.** (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant

obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 69–71. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20284>.

- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A.** (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1029–1041. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2802%2900178-X>.
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., et al.** (2013). Delivering exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder via videoconference: Clinical considerations and recommendations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 137–145. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.01.003>.
- Gilbert, P.** (2002). Body shame: a biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. В издании: P. Gilbert and J. N. V. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualisation, assessment and intervention* (стр. 3–54). London: Routledge.
- Gilbert, P.** (2010). *Compassion Focused Therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. & Irons, C.** (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. В издании: P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (стр. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P. & McGuire, M. T.** (1998). Shame, status, and social roles: psychobiology and evolution. В издании: P. Gilbert and B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (стр. 99–125). Oxford: Oxford University Press.
- Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E.** (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 143–149. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x>.
- Gordon, O. M., Salkovskis, P. M., & Bream, V.** (2016). The impact of obsessive compulsive personality disorder on cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 444–459.
- Gordon, O. M., Salkovskis, P. M., Oldfield, V. B., & Carter, N.** (2013a). The association between obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive personality disorder: Prevalence and clinical presentation. *British Journal of*

- Clinical Psychology*, 52(3), 300–315. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12016>.
- Gordon, O. M., Salkovskis, P. M., & Oldfield, V. B.** (2013b). Beliefs and experiences in hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 328–339.
- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Spitzer, C., et al.** (2008). Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*, 41(2), 129–134. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1159/000112029>.
- Grey, N.** (2009). A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions. В издании: *A Casebook of Cognitive Therapy for Traumatic Stress Reactions* (стр. xvi, 310). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E.** (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional “hotspots” in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 37–56. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465802001054>.
- Huppert, J. D., Moser, J. S., Gershuny, B. S., et al.** (2005). The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 127–136. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.01.001>.
- James, I. A., Blackburn, I. M. & Reichelt, R.A.** (2001). *Manual of the Revised Cognitive Therapy Scale*.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S.** (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68–96.
- Lee, D.** (2005). The perfect nurturer: a model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. В издании: P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (стр. 326–351). London: Routledge.
- Macdonald, J.** (1998). Disclosing shame. В издании: P. Gilbert and B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (стр. 141–157). Oxford: Oxford University Press.
- Magliano, L., Tosini, P., Guarneri, M., et al.** (1996). Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *European Psychiatry*, 11(4), 192–197.
- Mahoney, A. E., Mackenzie, A., Williams, A. D., Smith, J., & Andrews, G.** (2014). Internet cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive

- disorder: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 99–106. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.012>.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A.** (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 197–204. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1080/10401230500295305>.
- Mataix-Cols, D., & Marks, I. M.** (2006). Self-help for obsessive-compulsive disorder: How much therapist contact is necessary? *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 3(6), 404–409.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., et al.** (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 556–572. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20693>.
- Millar, J., Salkovskis, P., & Brown, C.** (2016). Mental contamination in the “Dirty Kiss”: Imaginal betrayal or bodily fluids? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8(1), 70–74.
- Morrison, N.** (2001). Group cognitive therapy: treatment choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311–332.
- Mortberg, E., Clark, D., Sundin, O., & Wistedt, A.** (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142–154. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>.
- Nacasch, N., Fostick, L., & Zohar, J.** (2011). High prevalence of obsessive-compulsive disorder among posttraumatic stress disorder patients. *European Neuropsychopharmacology*, 21(12), 876–879. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.03.007>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence.** (2005). NICE Clinical Guideline 31: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Статья доступна по адресу: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg31>.
- Neziroglu, F., Anemone, R., & Yaryura-Tobias, J. A.** (1992). Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 947–950.

- OCTC (2009). Supervisor competency scale. In M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus, & D. Westbrook (2010). *The Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist*. Oxford: Oxford University Press.
- Oldfield, V. B., Salkovskis, P. M., & Taylor, T. (2011). Time-intensive cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series and matched comparison group. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 7–18. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1348/014466510X490073>.
- Pertusa, A., Frost, R. O., & Mataix-Cols, D. (2010). When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1012–1020. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.003>.
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *The American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289–1298. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111730>.
- Pilling, S. & Roth, A. (2007) *Psychological Interventions with People with Personality Disorder*. Документ доступен по адресу: https://www.ucl.ac.uk/drupal/site_pals/sites/pals/files/migrated-files/Personality_background_document.pdf.
- Pilling, S. & Roth, A. (2008). *A Competence Framework for the Supervision of Psychological Therapies*. Статья доступна по адресу: https://www.researchgate.net/publication/265872800_A_competence_framework_for_the_supervision_of_psychological_therapies.
- Pozza, A., Andersson, G., Antonelli, P., & Dettore, D. (2014). Computer-delivered cognitive-behavioural treatments for obsessive compulsive disorder: Preliminary meta-analysis of randomized and non-randomized effectiveness trials. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1754470X1400021X>.
- Rachman, S. (1994). Pollution of the mind. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 311–314. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2894%2990127-9>.
- Rachman, S. J. (2006). *The fear of contamination: Assessment and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Rachman, S., Coughtrey, A., Shafran, R., & Radomsky, A. (2015). *Oxford Guide to the Treatment of Mental Contamination*. New York, NY: Oxford University Press.

- Rachman, S., Elliott, C. M., Shafran, R., & Radomsky, A. S.** (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 520–522. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.014>.
- Radomsky, A. S., & Elliott, C. M.** (2009). Analyses of mental contamination: Part II, individual differences. *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 1004–1011. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.08.004>.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Coughtrey, A. E., & Barber, K. C.** (2014). The nature and assessment of mental contamination: A psychometric analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 181–187. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.08.003>.
- Renshaw, K. D., Chambless, D. L., & Steketee, G.** (2003). Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 411–421. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10048>.
- Robinson, K. J., Rose, D., Salkovskis, P. M.** (2016). Seeking help for obsessive compulsive disorder (OCD): A qualitative study of the enablers and barriers conducted by a researcher with personal experience of OCD. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice* 2017, ИЦО: 10.1111/papt.12090.
- Roth, A. D. & Pilling, S.** (2007). *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders*. London: Department of Health.
- Rowa, K., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Purdon, C., Young, L., & Swinson, R. P.** (2007). Office-based vs. home-based behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1883–1892. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.009>.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D.** (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 377–385.
- Ryder, J.** (2010). CBT in groups. In M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist* (стр. 157–173). Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H.** (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible

origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1055–1072.

- Salkovskis, P. M.** (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6–19.
- Seaman, C., Oldfield, V. B., Gordon, O., Forrester, E., & Salkovskis, P. M.** (2010). The impact of symptomatic hoarding in OCD and its treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 157–171. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465809990695>.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G.** (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2801%2900059-6>.
- Shafran, R., Egan S. & Wade T.** (2010). *Overcoming Perfectionism*. London, Constable & Robinson Ltd.
- Steketee, G., & Frost, R.** (2013). *Treatment for Hoarding Disorder*. Treatments that work series: Oxford, Oxford University Press.
- Stewart, S., Beresin, C., Haddad, S., Stack, D. E., Fama, J., & Jenike, M.** (2008). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 65–70.
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P. M.** (2007). Contents may vary: A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 273–282. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1017/S135246580700358X>.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Lehmkuhl, H., et al.** (2008). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A non-randomized comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1146–1158. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.12.001>.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A.** (2012). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2035–2043. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0507-8>.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L.** (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.

- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A.** (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1289–1314. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.007>.
- Thornicroft, G., Colson, L., & Marks, I. M.** (1991). An in-patient behavioural psychotherapy unit: Description and audit. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 362–367. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.158.3.362>.
- Timpano, K. R., Abramowitz, J. S., Mahaffey, B. L., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B.** (2011). Efficacy of a prevention program for postpartum obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1511–1517. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.015>.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V.** (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590–596. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>.
- Tumur, I., Kaltenthaler, E., Ferriter, M., Beverley, C., & Parry, G.** (2007). Computerised cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 196–202. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1159/00011264>.
- Van Noppen, B., & Steketee, G.** (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 18–25. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.005>.
- Veale, D., Naismith, I., Miles, S., et al.** (2015). Outcome of intensive cognitive behaviour therapy in a residential setting for people with severe obsessive compulsive disorder: A large open case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 331–346.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P.** (2015). Imagery rescripting for obsessive compulsive disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 230–236.
- Waters, T. L., & Barrett, P. M.** (2000). The role of the family in childhood obsessivecompulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 173–184. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1009551325629>.
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D.** (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74–84.

- Weiss, D. S., & Marmar, C. R.** (1997). The Impact of Event Scale-Revised. В издании: Wilson, J. P., & Keane, T. M. (eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (стр. 399– 411). New York, NY: Guilford Press.
- Welford, M.** (2012). *The Compassionate Mind Approach to Building Self-confidence*. London: Robinson.
- Whittington, A., & Grey, N.** (2014). How to become a more effective CBT therapist: Mastering metacompetence in clinical practice. В издании: Whittington, A., & Grey, N. (eds.) *How to Become a More Effective CBT Therapist: Mastering metacompetence in clinical practice*, (стр. xviii, 318). Wiley-Blackwell, Chichester.

Приложение 1

Бланк листа по теории А/В

Какая теория лучше описывает имеющееся у меня затруднение? Какое затруднение мне необходимо разрешить?	
Теория А	Теория В
Какое имеется тому свидетельство? Почему я в этом убежден(а)?	
Каковы последствия? Что мне делать, если это правда?	
О чем это говорит мне как человеку?	
Какой станет моя жизнь, если я буду и дальше действовать подобным образом?	

Приложение 2

Бланк формы поведенческого эксперимента

Готовность до эксперимента		Готовность после эксперимента		
Запланированный эксперимент	Конкретные прогнозы и степень убежденности в них	Что произошло? Сбылись ли прогнозы?	Какие сделаны выводы? Что можно сказать об этом эксперименте?	Насколько этот эксперимент согласуется с теорией А или В?

Приложение 3

Бланк плана терапии

Развитие и понимание психологического расстройства

- Какого рода исходные факторы, вероятнее всего, вызвали развитие у меня ОКР?
- Как данное расстройство развивалось (что происходило в моей жизни)?
- Какими были навязчивые мысли, образы, побуждения, сомнения и что, на мой взгляд, они означали в то время, когда они донимали меня?
- Какие основные представления были у меня о себе и о моей ответственности или чем объяснить, что данное расстройство продолжало развиваться?
- Как только данное расстройство упрочилось, то что конкретно из того, что я делал(а), о чем я думал(а) и на что обращал(а) внимание, поддерживало развитие данного расстройства? (Нарисуйте порочный цветок, если сможете.)

Изменения

- *Навязчивые мысли:* что мне теперь известно о навязчивых мыслях? Кого они посещают и когда они кажутся важными?
- Что навязчивые мысли означали для меня в начале лечения?

- *Убеждения о внешнем мире, других людях и себе.* Как я подвергал(а) их сомнению и какой урок я из этого извлек(ла)? (Опишите самые полезные поведенческие эксперименты, метафоры и любые другие способы, с помощью которых вы выявляли и подвергали сомнению свои убеждения.)
- Какие варианты этих идей более плодотворны?

Затраты на ОКР и выгоды от изменений

- Что я могу теперь сделать из того, что ОКР мешало мне делать прежде?
- Что я могу делать дальше, чтобы вернуться к нормальной жизни, избавившись от ОКР?
- Какая из лучших черт моего характера позволяет мне противостоять ОКР?

Планирование на будущее

- Какого рода ситуации покажутся мне трудными в будущем и почему? Что я буду делать?
- Какие возможны трудные ситуации:
- Как может проявиться ОКР:
- Что необходимо мне помнить и делать:

Приложение 4

Опросник обсессивно-компульсивного расстройства (ОСИ)

Приведенные ниже утверждения обозначают переживания, испытываемые многими людьми в их повседневной жизни. Обведите, пожалуйста, КРУЖКОМ в столбце “ЧАСТОТА” число рядом с каждым утверждением, лучше всего описывающим, КАК ЧАСТО ВЫ ПЕРЕЖИВАЛИ УКАЗАННОЕ В ПРОШЛОМ МЕСЯЦЕ. Числа в этом столбце имеют следующие обозначения:

0 = Никогда 1 = Почти никогда 2 = Иногда 3 = Часто 4 = Почти всегда

Обведите, пожалуйста, КРУЖКОМ в столбце “ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО” число, лучше всего обозначающее, НАСКОЛЬКО данное переживание РАССТРОИЛО, ОГОРЧИЛО или ДОКУЧАЛО ВАМ В ТЕЧЕНИЕ ПРОШЛОГО МЕСЯЦА. Числа в этом столбце имеют следующие обозначения:

0 = Никак 1 = Немного 2 = Умеренно 3 = Много 4 = Крайне

ЧАСТОТА

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО

1. Неприятные мысли приходят мне на ум против моей воли, и я не могу от них избавиться
0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
2. Я думаю, что соприкосновение с телесными выделениями (потом, слюной, кровью, мочой и проч.) может загрязнить мою одежду или каким-то образом навредить мне
0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
3. Я прошу людей повторить несколько раз то, что они мне говорят, даже если я понимаю их с первого раза
0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
4. Я моюсь и чищусь навязчиво
0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
5. Мне приходится мысленно просматривать прошлые события, разговоры и действия, чтобы убедиться, что они не привели к чему-то плохому
0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

6. У меня накопилось столько вещей, что они стали мне мешать
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
7. Я производжу проверки чаще, чем требуется
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
8. Я стараюсь не пользоваться общественными туалетами, поскольку боюсь заразиться какой-нибудь болезнью или загрязниться
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
9. Я неоднократно проверяю двери, окна, ящики и проч.
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
10. Я неоднократно проверяю газ, водопроводные краны и выключатели освещения после того, как закрою и выключу их
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
11. Я собираю вещи, которые мне не нужны
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
12. У меня появляются мысли о причинении кому-то вреда без всякого ведома
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
13. У меня появляются мысли о желании причинить вред себе или другим людям
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
14. Меня огорчает, если объекты не расположены должным образом
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
15. Я чувствую себя обязанным (обязанной) придерживаться особого порядка, когда одеваюсь, раздеваюсь и моюсь
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
16. Я чувствую необходимость производить подсчет, когда я что-то делаю
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
17. Я боюсь совершить сгоряча что-нибудь постыдное или вредное
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
18. Мне необходимо помолиться, чтобы подавить плохие мысли или чувства
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
19. Я беспрестанно проверяю формы или другие составляемые мной документы
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

20. Я расстраиваюсь от одного вида ножей, ножниц и прочих острых предметов в том случае, если теряю над ними контроль
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
21. Я излишне озабочен(а) чистотой
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
22. Мне кажется трудным прикоснуться к объекту, если я знаю, что к нему прикасались чужие или некоторые люди
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
23. Мне необходимо, чтобы вещи были расположены в особом порядке
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
24. Я отстаю от своей работы, поскольку я снова и снова повторяю то, что делаю
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
25. Я испытываю потребность повторять некоторые числа
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
26. После того, как я сделаю что-то тщательно, у меня по-прежнему остается впечатление незавершенности сделанного
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
27. Мне кажется трудным прикоснуться к мусору или грязным предметам
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
28. Мне кажется трудным контролировать свои мысли
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
29. Мне приходится делать что-то снова и снова до тех пор, пока мне не покажется, что все сделано правильно
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
30. Мне досаждают неприятные мысли, приходящие на ум против моей воли
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
31. Прежде чем идти спать, мне приходится совершать некоторые действия определенным образом
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
32. Я возвращаюсь в определенные места, чтобы убедиться, что не причинил(а) никому вреда
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
33. Меня часто злят мысли, и мне трудно избавиться от них
- 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

34. Я стараюсь не выбрасывать вещи, поскольку боюсь, что они могут понадобиться мне позднее
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
35. Мне досадно, если другие люди изменяют порядок расположения моих вещей
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
36. Я чувствую, что я должен (должна) повторить в уме некоторые слова или фразы в определенном порядке, чтобы уничтожить плохие мысли, чувства или действия
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
37. После того, как я сделаю что-нибудь, меня постоянно терзают сомнения, действительно ли мной сделано все до конца
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
38. Иногда мне приходится мыться или чиститься просто потому, что я чувствую себя загрязненным (загрязненной)
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
39. Мне кажется, что имеются удачные и неудачные номера
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
40. Я неоднократно проверяю все, что могло бы вызвать пожар
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
41. Даже если я делаю что-то тщательно, мне кажется, что я делаю это не совсем правильно
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
42. Я мою свои руки чаще или дольше, чем требуется
 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

Приложение 5

Шкала допущений ответственности (RAS)

В этом опроснике перечислены различные установки или убеждения, которых люди порой придерживаются. Внимательно прочитайте каждое утверждение и решите, согласны ли вы или не согласны с ним.

Укажите свой ответ по каждой установке, обведя кружком те слова, которые **ЛУЧШЕ ВСЕГО ОПИСЫВАЮТ ТО, ЧТО ВЫ ДУМАЕТЕ**. Непременно выберите только *один* ответ по каждой установке. Однозначно правильного или неправильного ответа на эти утверждения не существует, поскольку все люди разные.

Чтобы решить, насколько данная установка типична для вашего взгляда на вещи, просто имейте в виду, на кого вы похожи **ЧАЩЕ ВСЕГО**.

1. Я часто чувствую ответственность за все, что идет не так.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

2. Если я не действую, когда предвижу опасность, тогда я виню себя в любых последствиях, если это случится.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

3. У меня чрезмерная восприимчивость к чувству ответственности за все, что идет не так.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

4. Если подумаю о чем-то плохом, это так же плохо, как и сделать что-то плохое.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

5. Меня сильно беспокоят последствия того, что я делаю или не делаю.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

6. Для меня ничего не сделать, чтобы предотвратить несчастье, так же плохо, как и позволить ему случиться.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

7. Если я знаю, что вред может быть причинен, мне следует всегда пытаться предотвратить его, каким бы невероятным это ни казалось.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

8. Мне следует всегда продумывать последствия даже самых незначительных действий.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

9. Я часто беру на себя ответственность за то, что другие люди не считают моей оплошностью.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

10. Все, что я делаю, может вызвать серьезные осложнения.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

11. Я часто оказываюсь близко к причинению вреда.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

12. Мне следует защищать других людей от причинения вреда.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

13. Мне не следует вообще причинять ни малейшего вреда другим людям.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

14. Меня будут порицать за мои действия.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

15. Если я могу оказать даже незначительное влияние на неудачный исход дела, мне следует этому воспрепятствовать.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

16. Для меня ничего сделать при малейшей возможности несчастья так же плохо, как и позволить ему случиться.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

17. Для меня даже малейшая беспечность непростительна, если это может как-то повлиять на других людей.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

18. В самых разных повседневных ситуациях моя бездеятельность может причинить столько же вреда, как и заведомо плохие намерения.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

19. Даже если вред маловероятен, мне следует всегда пытаться предотвратить его любой ценой.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

20. Как только я подумаю, что мной, возможно, был причинен вред, я не могу этого себе простить.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

21. Многие из моих прошлых действий совершались с намерением предотвратить причинение вреда другим людям.

СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	СОГЛАША- ЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧ- НО	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ	НЕ СОГЛА- ШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

22. Мне следует непременно убедиться, что другие люди защищены от всяких последствий того, что я делаю.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

23. Другим людям не следует полагаться на мои суждения.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

24. Если я не могу быть уверен(а) в своей невиновности, то чувствую себя виноватым (виноватой).

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

25. Если я приму достаточные меры предосторожности, то смогу предотвратить любые причиняющие вред чрезвычайные происшествия.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

26. Я часто думаю, что если я не проявлю достаточную внимательность, то случится что-нибудь плохое.

СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	СОГЛАШАЮСЬ	БЕЗРАЗЛИЧНО	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ	НЕ СОГЛАШАЮСЬ
ПОЛНОСТЬЮ	ВПОЛНЕ	ОТЧАСТИ		ОТЧАСТИ	ВПОЛНЕ	ПОЛНОСТЬЮ
	СОВСЕМ				СОВСЕМ	

Приложение 6

Опросник истолкований ответственности (RIQ)

Ф.И.О..... Дата..... RIQ

Нас интересует ваша реакция на навязчивые мысли, посещавшие вас за последние две недели.

Навязчивыми являются такие мысли, которые неожиданно приходят вам на ум, могут прервать то, о чем вы думаете или то, что вы делаете, и склонны повторяться по разным поводам. Они могут появляться в форме слов, мысленного образа или позыва (внезапного побуждения выполнить какое-то действие). Нас интересуют те навязчивые мысли, которые считаются неприемлемыми. Как показали научные исследования, большинство людей переживают или переживали в большей или меньшей степени подобные мысли в какие-то периоды своей жизни, считая их так или иначе неприемлемыми. Следовательно, в этом нет ничего необычного.

Ниже приведены некоторые примеры неприятных навязчивых мыслей.

- *Повторяющийся образ нападения на кого-то.*
- *Внезапная мысль о том, что ваши руки грязные, и вы можете тем самым вызвать загрязнение.*
- *Внезапная мысль о том, что вы не могли не перекрыть газ или оставить дверь не закрытой на замок.*
- *Повторяющиеся бессмысленные образы причинения вреда тому, кого вы любите.*
- *Повторяющиеся побуждения напасть или причинить вред кому-нибудь, несмотря на то, что вы никогда бы этого не сделали.*

Это лишь некоторые примеры навязчивых мыслей, но они дают вам некоторое представление о том, что мы изучаем. Люди очень сильно отличаются по типу мыслей, которые их посещают.

ВНИМАНИЕ!

Подумайте о НАВЯЗЧИВЫХ МЫСЛЯХ ОПИСАННОГО ВЫШЕ ТИПА, посещавших вас за последние две недели, и ответьте на приведенные ниже вопросы, припоминая эти навязчивые мысли. Эти вопросы имеют отношение не ко всем вашим мыслям, а ТОЛЬКО к навязчивым негативным мыслям.

Запишите, пожалуйста, ниже те навязчивые мысли, которые посещали вас за последние две недели.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Убеждения

За последние две недели. Когда вас дожимали эти докучливые навязчивые мысли, то насколько вы были убеждены в правдивости каждой из них? Оцените свое убеждение в этих навязчивых мыслях, когда они вас посещали, по приведенной ниже шкале. Отметьте на линии точку, точнее всего обозначающую ваше убеждение в момент появления навязчивой мысли.

В1

Я вообще не поверил(а)
этой мысли

Я был(а) совершенно убежден(а),
что эта мысль была правдива

Если я не сопротивляюсь этим мыслям, это означает, что я безответственный (безответственная).

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Я мог(ла) бы отвечать за причинение серьезного вреда.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Я не могу рисковать тем, чтобы эта мысль сбылась.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Если я не предприму никаких действий теперь, то случится что-то ужасное, и в этом будет моя вина.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Мне необходима уверенность, что ничего ужасного не случится.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Мне не следует думать о такого рода вещах.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Я поступлю безответственно, если пренебрегу этими мыслями.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Я почувствую себя ужасно, если не сделаю что-нибудь с этой мыслью.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Я подумал(а), что может случиться что-то плохое, и поэтому мне необходимо действовать, чтобы предотвратить это.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Раз уж эта мысль пришла мне на ум, у меня должно быть желание, чтобы она сбылась.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

После того, как я подумал(а) о том, что могло бы случиться что-то плохое, я отвечаю за то, чтобы ни в коем случае этого не допустить.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Мысль об этом могла бы сбыться.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Мне следует обрести контроль над этими мыслями.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Это могло быть предзнаменование.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Было бы неправильно пренебречь этими мыслями.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Раз уж эти мысли приходят мне на ум, у меня должно быть желание их иметь.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Приложение 7

Руководство по ОКР: шкала когнитивной терапии (OCD-CTS)*

О шкале оценок

Рассматриваемая здесь шкала предназначена для оценивания профессиональных навыков психотерапевтов в отношении когнитивной терапии для лечения ОКР. Несмотря на широкое употребление “Шкалы когнитивной терапии” (Cognitive Therapy Scale — CTS; [Young and Beck, 1980; 1988]), которая была доступна некоторое время, был разработан более современный ее вариант в виде “Исправленной шкалы когнитивной терапии” (Revised Cognitive Therapy Scale — CTS-R; [James *et al.*, 2001]). Обе эти шкалы предоставляют показатели для измерения типичных навыков проведения когнитивной терапии. Разработка “Шкалы когнитивной терапии для лечения обсессивно-компульсивного расстройства” (Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive Therapy Scale — OCD-CTS) была осуществлена, исходя из той предпосылки, что для лечения некоторых психологических расстройств требуются весьма конкретные стратегии и терапевтические вмешательства. И хотя психотерапевт может иметь общую квалификацию в области когнитивной терапии, он не всегда может обладать квалификацией для лечения конкретного психологического расстройства методом КПТ. Несмотря на то, что шкала OCD-CTS может считаться “самостоятельной”, она все же предназначена в качестве дополняющей шкалу CTS-R [James *et al.*, 2001].

Благодаря подробности и ясности шкалы CTS-R [James *et al.*, 2001] ее первоначальный вариант был адаптирован для употребления аналогичной формы и набора критериев. Эта шкала разделена на три описываемые ниже части.

- *Общие терапевтические навыки.* Некоторые навыки проведения когнитивной терапии служат основой для качественного терапевтического вмешательства и, в общем, применяются для лечения целого спектра психологических расстройств.
- *Концептуализация, стратегия и методика.* Несмотря на то, что некоторые пункты, включенные в эту часть шкалы, могут по-прежнему

* Воспроизводится с любезного разрешения доктора Элизабет Форрестер.

рассматриваться как пригодные для лечения всех психологических расстройств, имеется целый ряд стратегий и методик, имеющих особое значение для лечения ОКР.

- *Наблюдения, касающиеся терапевтического вмешательства.* В этой части шкалы рассматривается сложность пациента (например, стиль межличностных взаимоотношений, многие трудности в общении с ним), что может помешать психотерапевту соблюдать общий протокол лечения. А для коллектива исследователей важно оценить, насколько точно порядок проведения терапии соответствует протоколу клинического испытания, поскольку все мы стремимся к согласованности действий психотерапевтов, проводящих испытания.

Применение шкалы оценок

Для подобного измерения употребляются шкалы, состоящие из семи пунктов и простирающиеся в пределах от 0 баллов, где психотерапевт не соблюдал данную сторону терапии (несоблюдение), до 6 баллов, где психотерапевт не только соблюдал протокол лечения, но и продемонстрировал очень высокий уровень своей квалификации. Такой опросник позволяет оценить, как соблюдение психотерапевтов метода терапии, так его профессиональные навыки. Для содействия оцениванию по каждому пункту шкалы в начале каждой ее части приводится краткое описание основных характеристик по каждому пункту, а с правого края — описание различные оценочных критериев.

Приведенные далее примеры предназначены только в качестве полезных рекомендаций. Она призваны служить не в качестве предписываемых оценочных критериев, а лишь в качестве наглядных точек привязки и направляющих. Специалист по оценке должен быть знаком с протоколом лечения ОКР методом КПТ, иметь достаточный клинический опыт для выявления отдельных навыков и стратегий, а также распознавать приемлемые разновидности основного подхода к лечению и уметь грамотно оценивать их соответствующим образом. Но в данном руководстве и опроснике предоставляются достаточно подробные сведения, чтобы начинающие психотерапевты могли пользоваться им в своей практике, целенаправленно выявляя сильные и слабые стороны проводимых ими сеансов терапии. Это означает, в шкале опросника приводится описание подходящих навыков проведения КПТ на разных уровнях квалификации. И это должно позволить практикующему психотерапевту выявлять те стороны его деятельности, которые требуют

усовершенствования, исходя из предложений о том, как это сделать, а также отзывов о тех сторонах его деятельности, которые служат примерами норм надлежащей практики.

Пример расстановки оценок

Основные характеристики. Это осуществляемое на практике описание конкретного пункта (см. примеры в самой шкале).

Обведите кружком оценку, обозначающую уровень, на котором психотерапевт выполнил, по вашему мнению, свою основную функцию. Описательные характеристики справа предназначены в качестве направляющих ваше решение. Если уровень, продемонстрированный психотерапевтом, не вполне отвечает всем критериям, то допускается обвести кружком два уровня. В итоге получится средняя оценка (например, уровни 3 и 4 дают в среднем уровень 3,5).

Приведенная ниже расстановка оценок служит в качестве общей рекомендации.

	Уровень компетенции	Примеры
	0	Отсутствие характеристики или ненадлежащее исполнение
Некомпетентен	1	Ненадлежащее исполнение при очевидных серьезных затруднениях
Начинающий	2	Имеются свидетельства компетентности, но в то же время многочисленные трудности и непоследовательность
Продвинутый начинающий	3	Компетентен, хотя испытывает некоторые трудности и/или проявляет непоследовательность
Компетентен	4	Показывает хорошие характеристики, хотя испытывает небольшие трудности и/или проявляет незначительную непоследовательность
Опытный	5	Показывает хорошие характеристики, испытывает минимальные трудности и/или проявляет едва заметную непоследовательность
Высококвалифицированный	6	Отличное и даже очень хорошее исполнение перед лицом трудностей, имеющихся у пациента

Следует, однако, иметь в виду, что оценивание по пунктам 17 и 18 рассматриваемой здесь шкалы не производится подобным образом, как поясняется более подробно далее.

Распределение оценок

Следует заметить, что оценочный профиль для данной шкалы должен приблизительно соответствовать нормальному распределению (со средней точкой на оценке 3 балла), на краях которого оказывается относительно мало оценок психотерапевтов. Оценивающие специалисты отсылаются к стр. 3 *Руководства по “Исправленной шкале когнитивной терапии”* (Manual of the Revised Cognitive Therapy Scale CTS-R), где приведено полное описание системы оценки. Максимальная оценка по шкале CTS-R составляет 72 балла (т.е. 12 пунктов × 6 баллов на пункт), а Центр когнитивной терапии в г. Ньюкасл, Великобритания устанавливает минимальную норму “компетентности” 36 баллов по данной шкале, что в среднем составляет 3 балла по каждому пункту.

Шкала OCD-CTS состоит, в общем, из 18 пунктов, по 16 из которых оценивание производится по 6-бальной шкале, по пункту 17 (сложность пациента) — по 4-бальной шкале, а по пункту 18 (соответствие протоколу испытания) — просто как один из вариантов: “Да”, “Недостаточно” или “Нет”. Оценка по этому последнему пункту обычно не входит в общую оценку, поскольку данный пункт включен в рассматриваемую здесь шкалу с целью установить минимальную норму для терапевтических навыков, тогда как психотерапевты обучаются соблюдать лечебный протокол рандомизированного контролируемого испытания. По данному пункту совсем не обязательно определяется мера квалификации в когнитивной терапии для лечения ОКР (например, высококвалифицированный психотерапевт может успешно и грамотно пользоваться методами изменения схемы лечения пациентов, с которыми он работает, но при этом считается, что он не соблюдает протокол испытания, поскольку ему по должности положено придерживаться конкретных стратегий).

Шкала OCD-CTS состоит из большего числа пунктов, и поэтому любую общую оценку по этой шкале нельзя сравнивать с аналогичной оценкой по шкале CTS-R. На самом деле оценки по шкале OCD-CTS не предназначены для получения общей оценки, хотя они могут быть использованы в сопутствующей итоговой сводке для предоставления общего профиля профессиональных качеств психотерапевта. Это считается более полезным для выявления тех сторон деятельности психотерапевта, где очевидны достаточные уровни его квалификации и где следует уделить внимание уточнению наметившихся компетенций. В одном научном исследовании, проведенном в области образования (см., например, в [Black and Wiliam, 1998]) было показано, что это разумный шаг. Ведь когда учащимся ставят отметки или оценки,

они обращают на это больше внимания, чем на любой отзыв о качестве их знаний, даже если такой отзыв полон похвал за выполнение конкретного задания.

Библиографические ссылки

- Black, P., & Wiliam, D.** (1998). Assessment and classroom learning. *Assessment in Education*, 5, 1–74.
- Blackburn, I., James, I. A., Milne, D. L., et al.** (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29, 431–446.
- James, I., Blackburn, I., & Reichelt, F. K.** (2001). *Manual of the Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R)*. Неопубликованная рукопись.
- Young, J., & Beck, A. T.** (1980). *Cognitive Therapy Rating Scale: Rating manual*. University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Неопубликованная рукопись.
- Young, J., & Beck, A. T.** (1988). *Cognitive Therapy Scale*. University of Pennsylvania, PA. Неопубликованная рукопись.

Обсессивно-компульсивное расстройство: опросник профессиональных навыков психотерапевта

Ниже приведено содержимое данной части шкалы.

Часть 1. Общие терапевтические навыки

1. Основания
2. Установка повестки дня
3. Разрешение вопросов
4. Поиск утешения
5. Ясность в общении
6. Размеренность и эффективное использование времени.
7. Эффективность межличностных взаимоотношений.

Часть 2. Концептуализация, стратегия и методика

8. Просмотр назначенных ранее домашних заданий.
9. Использование ответной реакции и подведение итогов.

10. Применение метода направляемых открытий.
11. Концептуальная интеграция и сосредоточенность на когнициях, связанных с ОКР.
12. Нормализация переживаний пациента.
13. Применение подходящих стратегий для когнитивного изменения и видоизменения компульсий.
14. Целенаправленность терапевтического вмешательства.
15. Внедрение воздействия в когнитивную схему лечения.
16. Назначение домашнего задания.

Часть 3. Наблюдения за терапевтическим вмешательством

17. Сложность пациента.
18. Соблюдение протокола испытания.

Часть 1. Общие терапевтические навыки

В этой части описывается порядок оценивания общих навыков психотерапевта.

Введение

В этой части специалист по оценке получает возможность поразмыслить над общими терапевтическими навыками, засвидетельствованными на сеансе терапии. Некоторые из этих навыков являются не характерными для лечения ОКР методом КПТ, но более универсальными, как для практики КПТ, так и терапии с другой теоретической направленностью. Например, эффективность межличностных отношений, ясность в общении, размеренность и эффективное использование времени, а также разрешение насущных вопросов — все это довольно обширные навыки, и вполне разумно ожидать, что психотерапевт продемонстрирует основы владения ими.

Оценивание в этой части может быть совсем не обязательно проведено в строгом порядке. На самом деле специалисту по оценке, возможно, было бы лучше обратиться к вопросам после просмотра всего сеанса терапии, поскольку оценивание по некоторым пунктам опирается на общее впечатление (например, эффективности межличностных отношений). А возможно, оценивание (например, размеренности и эффективного использования времени) удастся провести лишь в конце сеанса терапии.

1. Основания

Порядок, в котором представлены основания для лечения, может изменяться в соответствии со стадией терапии. Первоначально ожидается, что психотерапевт ясно и обстоятельно объяснит пациенту основания для его лечения (т.е. сделает общий обзор теоретической модели терапии).

Основания совсем не обязательно оказываются явными. По мере продвижения курса лечения пациент, вероятно, усвоит теоретическую модель, на что можно надеяться. В таком случае основания для лечения могут стать *неявно подразумеваемыми*, т.е. из содержания диалога с ним, видов поведенческих экспериментов и работы над домашними заданиями очевидно, что теоретические основания для проведения сеанса терапии ясно разделяются пациентом и психотерапевтом.

Примером первого уровня компетенции в представлении оснований для лечения может служить предложение психотерапевт провести эмпирически обоснованный эксперимент, чтобы пациент сам убедился, что то, что его беспокоит, не случится, а примером пятого/шестого уровней компетенции — сократическое опрашивание, проводимое психотерапевтом с целью проверить, насколько хорошо пациент понимает то, что ему предлагается (в частности, при разработке подходящего поведенческого эксперимента или упражнения, выполняемого в качестве домашнего задания). К примерам сократического опрашивания относятся следующие вопросы: “Каким образом, на ваш взгляд, было бы полезно сделать ...?”, “Почему вы считаете, что было бы лучше сделать [нечто крайнее вроде намеренного “загрязнения” бутылок, предназначенных для утилизации], когда этого не делает большинство людей?”

Основные характеристики. *Форма терапии полностью объяснена. Процедуры точно следуют теоретической модели, объясненной психотерапевтом и понятой пациентом.*

- 0 Не представлено никаких оснований для любых применяемых процедур и не было сделано попыток обеспечить понимание этих процедур пациентом
- 1 Предпринята попытка представить основания для лечения, но она была совершена неверно, искаженно или неудачно. Ничего не было сделано, чтобы обеспечить понимание пациентом таких оснований
- 2 Представлены подходящие основания для лечения, но в то же время очевидны главные трудности (например, основания представлены неявно, путано, неполно или неудачно). Предпринята некоторая попытка проверить понимание пациентом таких оснований, но его ответная реакция не запрашивалась, а недопонимание не было выявлено или устранено

- 3 Представлены подходящие основания для лечения, хотя имеются некоторые трудности (например, возникают иногда неясности, затруднения в содержании или стиле подачи). Предприняты некоторые попытки проверить понимание пациентом таких оснований и получить его ответную реакцию. Недопонимание устранено не полностью
- 4 Представлены, в целом, ясно и доходчиво подходящие основания для лечения. Обеспечено понимание пациентом таких оснований, запрошена ответная реакция, а трудности или недоразумения устранены. Очевидны незначительные трудности (например, порой неясные и не всегда полные объяснения)
- 5 Представлены ясно и доходчиво вполне подходящие основания для лечения. Проверено понимание пациентом таких оснований, запрошена ответная реакция, а недоразумения устранены. Трудности невелики
- 6 Представлены ясно превосходные основания для лечения. Проверено понимание пациентом таких оснований, запрошена ответная реакция, а недоразумения разрешены вместе с пациентом. Или же основания для лечения представлены ясно и доходчиво, а также запрошена ответная реакция перед лицом возникших трудностей

2. Установка повестки дня

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении установки повестки дня.

Введение

“Повестка дня гарантирует, что самые важные вопросы разрешаются эффективно. Психотерапевт и пациент должны поставить эти вопросы совместно. Повестка дня должна предусматривать подведение итогов по отдельным пунктам предыдущих сеансов терапии и, в частности, назначение домашнего задания, а также включать в себя один или два пункта для текущего сеанса терапии. Как только повестка дня будет установлена, она должна непременно соблюдаться. Но если потребуется внести в нее изменения в связи с вновь возникшим вопросом, отступление от повестки дня должно быть сделано явно”.

[James *et al.*, 2001, стр. 4]

Повестка дня может быть установлена формально или неформально. Примером “формального” подхода к установке повестки дня может служить ситуация, когда психотерапевт явно говорит: “Итак, начнем с установки повестки дня на сегодняшний сеанс терапии”, а затем переходит к установке повестки дня с помощью пациента. А более неформальный (в равной степени приемлемый) подход может быть принят в том случае, когда психотерапевт предвосхищает горячее стремление пациента немедленно приняться за то, что его донимает (возможно, ему очень хочется высказать свое мнение по

поводу домашнего задания или пуститься в рассуждения о причинах, например, неудач на прошлой неделе), а также попытки наполнить содержанием повестку дня, выведя согласованный с пациентом план действий на текущий сеанс терапии. Психотерапевт может искусно уклониться от разговора на любые темы, которые вносит пациент, но которые неуместно или бесполезно обсуждать на данном сеансе терапии (например, пациент может выразить желание поговорить о недавней ссоре на работе, никак не связанной с ОКР). Не налагая на пациента запрет в одностороннем порядке, психотерапевт, вероятно, спросит в подобных случаях мнение пациента, насколько установленная ими повестка дня соответствует общей целенаправленности терапии. И не разрешая затруднение непосредственно, психотерапевт может способствовать достижению приемлемого компромисса, предположив, что было бы уместно и своевременно проанализировать, каким образом эмоциональные срывы, возникающие, например, от ссоры, содействуют переживанию ОКР. Подобным образом в повестке дня могут быть отражены конкретные опасения пациента в настоящий момент, а также общие основания и цели терапии.

Как и в части “1. Основания”, пациенты, лучше знакомые с данной формой терапии, могут автоматически “придерживаться” подразумеваемой повестки дня, где психотерапевту не требуется вводить отдельным пунктом ответную реакцию на изменения в промежутках между сеансами терапии или даже назначение домашнего задания. И в этом случае пациент вправе ожидать, что именно в таком направлении и будет продвигаться сеанс терапии. Он автоматически выразит свою ответную реакцию на лечение в начале сеанса терапии и может даже указать, что, по его мнению, требуется разобрать на данном сеансе терапии. Так, без особого приглашения со стороны психотерапевта пациент может просто спросить: “Так, что же было бы полезно разобрать сегодня?” Тем самым пациенту будет позволено взять на себя ответственность за установку повестки дня, что является долгосрочной целью КПТ для лечения ОКР.

Очень важно, чтобы любая повестка дня не была слишком сложной или длинной. В ней не должно быть слишком много пунктов, которые нереалистично разобрать полностью надлежащим образом. Если у пациента много потребностей, высококвалифицированный психотерапевт поможет ему выявить то, что больше всего следует разобрать на данном сеансе терапии, а, возможно, зарезервировать рассмотрение остальных тем на будущее или оставить время в конце сеанса терапии, чтобы вернуться к менее важным вопросам и выяснить, были ли они разрешены должным образом, когда все усилия

были направлены на решение возникших ключевых вопросов. Аналогичным образом, некоторые пациенты заостряют внимание на многочисленных несущественных вопросах, которые они считают не менее важными. В этой связи психотерапевту крайне важно не рассматривать каждый вопрос по отдельности, руководствуясь принципом “мухобойки”. Это особенно касается обсессивных пациентов, которые могут проявлять склонность рассматривать несходные затруднения или их проявления как вопросы, требующие отдельного внимания. С точки зрения развития общего понимания затруднений, обусловленных ОКР, существенно, чтобы психотерапевт не пришел к такому выводу, но побудил пациента к тому, чтобы рассмотреть эти разрозненные, на первый взгляд, вопросы под одной “эгидой”. Например, когда пациент говорит: “Я знаю, что одно дело — позволить мыслям о заражении токсоплазмозом просто приходить и естественно уходить, не пытаюсь задержать их в своем уме или выбросить их из головы, но совсем другое дело, когда появляются образы вспарывания ножом моих собак...”.

Основные характеристики. *Чтобы оптимально использовать время на сеансе терапии, необходимо выявить отдельные, уместные и реалистичные темы для обсуждения на данном сеансе. Повестка дня должна быть установлена психотерапевтом вместе с пациентом, отражая конкретные текущие вопросы, которые могут появиться у пациента, а также общие основания и цели терапии.*

- 0 Повестка дня не установлена, а если и установлена, то совершенно неуместна
- 1 Неуместная повестка дня (например, ей недостает целенаправленности, она нереалистична, в ней не учитываются жалобы пациента, не предусмотрен просмотр домашнего задания)
- 2 Предпринята попытка установить повестку дня, но главные трудности очевидны (например, установка повестки дня в одностороннем порядке). Повестка дня соблюдается плохо
- 3 Повестка дня подходящая и установлена хорошо, но некоторые из главных трудностей все же очевидны (например, слабое сотрудничество). Повестка дня соблюдается отчасти
- 4 Психотерапевт поработал вместе с пациентом над установкой взаимно приемлемой повестки дня, включающей в себя разрешение конкретных затруднений в понимании или преодолении ОКР. Очевидны незначительные трудности (например, отсутствие расстановки приоритетов), хотя и разобраны соответствующие особенности (например, просмотр домашнего задания). Повестка дня соблюдается умеренно
- 5 Подходящая повестка дня установлена с отдельными целями, расставленными по приоритетам, а в конце подведены итоги. Повестка дня соблюдается. Трудности невелики
- 6 Установлена превосходная повестка дня, которая очень подошла для имевшегося момента и стадии терапии. Или же была установлена весьма эффективная повестка дня перед лицом возникших трудностей

3. Разрешение вопросов

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении разрешения насущных вопросов терапии.

Введение

Психотерапевт должен быть в состоянии разрешать надлежащим образом вопросы, которые могут возникнуть у пациента во время сеансов терапии, но в то же время сохранять должный контроль над повесткой дня, чтобы исключить незапланированные отклонения от нее и не допустить, чтобы вопросам, выходящим за пределы повестки дня, уделялось слишком много времени на сеансах терапии. Некоторые вопросы, разумеется, совершенно уместны. Например, пациенту, возможно, требуется прояснить конкретный вопрос или отозваться на него. В подобных случаях разрешение насущных вопросов вряд ли вызовет большие трудности у психотерапевта. Подобные вопросы разрешаются быстро и искусно в ходе общего непрерывного терапевтического диалога. И это не отнимет много времени и не приведет к сильному отклонению от повестки дня.

Однако при ОКР вопросы пациентов могут быть характерной особенностью их жалоб на обсессивные трудности. Например, постоянный поиск утешения может означать, что пациент все время обращается к психотерапевту с просьбой, чтобы тот успокоил его, скажем, по поводу заражения от сосуда из-под мощющего средства, встретившегося ему по дороге в терапевтический кабинет. В других случаях вопросы порождаются необходимостью для пациента “быть уверенным”, что ему понятны последствия терапии, что он знает, когда начнется и когда завершится сегодняшний сеанс терапии, что психотерапевт понял соображение, которое пациент пытался до него донести. Такой постоянный шквал вопросов, бесспорно, пожирает время терапии, способен нарушить любую установленную повестку дня, привести к затратным отклонениям и расстроить любые попытки направить усилия непосредственно на преодоление обсессивного расстройства.

Психотерапевту, возможно, будет трудно поддерживать соответствующий уровень контроля над работой с такими пациентами, хотя для него крайне важно провести удовлетворительную терапию. Имеются различные методы для разрешения частных вопросов: от простого ответа на вопрос до принятия средства более тесного сотрудничества, где пациент побуждается решать, насколько вопрос “естественный” (т.е. пациент не знает ответа, а сам вопрос уместен в настоящем обсуждении) или “обсессивный” (т.е. пациент уже за-

давал такой вопрос и пытается почувствовать себя менее тревожным и более уверенным, хотя этот вопрос никак не связан с тем, что обсуждается в настоящий момент). Когда подобные “вопросы” задаются часто, психотерапевт может предложить пациенту отложить их разрешение на конец сеанса терапии, когда появится время для рассмотрения любых вопросов, которые не были должным образом обсуждены как часть содержания сеанса терапии. Если речь идет о затруднении, которое возникало у пациента раньше, то время ответов на вопросы должно быть с самого начала включено в повестку дня.

Основные характеристики. *Важной стороной качественной терапии является способность разрешать любые вопросы пациента, возражения или затруднения, которые могут возникнуть у пациента по поводу любой стороны терапии или терапевтических взаимоотношений. Психотерапевт должен выявить любые затруднения или возражения и разрешить их чутко и непосредственно, также получить на это ответную реакцию на сеансе терапии. Это похоже на выявление ответной реакции на весь сеанс терапии в целом, хотя имеет свои отличия.*

- 0 Психотерапевту не удастся признать вопросы, поэтому он уклоняется от них или не пытается ответить на них
- 1 Психотерапевт не демонстрирует понимание вопросов и отвечает на них неуместно, неадекватно или слишком кратко
- 2 Психотерапевт отвечает на вопросы пациента, хотя главные трудности остаются (например, некоторое недопонимание, ответы могут быть неясными, пациенту не понятен ответ)
- 3 Психотерапевт чуток к вопросам пациента, как правило, понимает и достигает некоторого успеха, отвечая на них ясно и уместно. Некоторые трудности все же очевидны (например, некоторые ответы могут быть неполными или слишком подробными, а понимание пациентом ответа или реакция на него не проверяется)
- 4 Психотерапевт чуток к вопросам пациента, отвечает на них ясно и уместно, запрашивая, как правило, ответную реакцию пациента. Трудности невелики
- 5 Психотерапевт чуток к вопросам пациента и понимает их, отвечая на них уместно и запрашивая ответную реакцию пациента
- 6 Психотерапевт чуток к вопросам пациента и понимает их, отвечая на них уместно и запрашивая ответную реакцию пациента. Он связывает вопросы с концептуализацией или более полной картиной

4. Поиск утешения

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении тех мер, которые он принимает для преодоления того утешения, которого ищет пациент.

Введение

Поиск утешения часто встречается в лечении ОКР. Такое поведение особенно преобладает на протяжении первых сеансов терапии, когда пациент незнаком с теоретическим представлением об имеющемся у него расстройстве. Но оно может сохраняться или снова появляться в дальнейшем, возможно, потому, что пациент не совсем понимает основы лечения и что поиск утешения означает средство для “нейтрализации” obsессивных опасений. Полное описание поиска утешения можно найти выше во введении к разделу “3. Разрешение вопросов”.

Основные характеристики. *Малозффективный характер поиска утешения — это вопрос, который вполне обоснован в когнитивном подходе к лечению ОКР. Психотерапевт должен принимать во внимание, что утешения можно искать самыми разными и едва заметными путями, и когда это происходит, то должно быть выявлено и надлежащим образом преодолено на сеансе терапии.*

- 0 Психотерапевт пренебрегает или демонстрирует непонимание прямых и непрямых запросов утешения
- 1 Психотерапевт отвечает на запросы, давая утешение, когда делать это неуместно, или испытывает трудности в распознавании поиска утешения
- 2 Психотерапевт обычно чуток к запросам утешения и пытается справиться с ними должным образом, хотя и очевидны некоторые трудности (например, он втягивается в споры по поводу сосредоточия опасений, связанных с ОКР, упускает из виду менее заметные способы поиска утешения, его ответы излишне нравоучительны или неясны)
- 3 Психотерапевт чуток к запросам утешения, пытается справиться с ними вместе с пациентом и, как правило, реагирует эффективно. Трудности незначительны (например, психотерапевт проявляет непоследовательность, может упустить из виду неясные запросы утешения)
- 4 Психотерапевт распознает прямые и неясные запросы утешения и эффективно реагирует на них, что дает пациенту возможность лучше осознать влияние поиска утешения на поддержание данного расстройства
- 5 Последовательное и компетентное распознавание и реагирование на прямые и неясные запросы утешения или же хорошо выполненная работа перед лицом трудностей
- 6 Отличное распознавание реагирование на все формы поиска утешения. Содействие пациенту в распознавании такого поведения и его выявлении, когда оно происходит, без помощи психотерапевта

5. Ясность в общении

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении тех мер, которые он принимает для достижения ясности в общении с пациентом.

Введение

Для проведения качественной терапии требуется ясность в общении с пациентом. Это означает, что язык, которым пользуется психотерапевт, должен быть ясным и соответствующим тому уровню, на котором пациент способен его понимать. Профессионального жаргона следует всячески избегать, хотя вполне приемлемо ознакомить пациента с соответствующей терминологией, предназначенной не для повседневного употребления, а для обсуждения нарушений его психического здоровья. Например, термин “нейтрализация” понятен не всем, но с его помощью можно объяснить те меры, которые пациент принимает, чтобы снизить свою тревогу в ситуациях, имеющих отношение к ОКР. Но если у пациента уже имеется свой термин, которым он обозначает свое поведение (например, “устранение” мыслей), то зачастую будет лучше, если психотерапевт будет дальше пользоваться этим термином, а не знакомить пациента с терминологией, которая может считаться ненужным жаргоном.

Если говорить в целом, то психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы употреблять словарь, который пациент может легко понять, а не малопонятные ему слова. Как правило, употребление простого языка должно быть нормой, и психотерапевт не должен пытаться “поразить” пациента своими знаниями непонятного или с трудом воспринимаемого языка. Однако психотерапевту требуется также беречься “покровительственного” отношения к пациентам, поскольку ему может показаться, что его интеллект будет ущемлен, если он станет употреблять слишком простой язык или постоянно делать подробные объяснения, когда очевидно, что этого не требуется. Как правило, психотерапевту благоразумнее всего принять простой языковый стиль общения, в который, возможно, придется внести совсем немного изменений, чтобы удовлетворить потребности отдельных пациентов.

Ясность в общении означает не только употребление определенного словаря. Психотерапевт должен также продемонстрировать уверенное владение методом лечения и способность представить его ясным и упорядоченным образом. На самом высоком уровне психотерапевт должен быть в состоянии легко перефразировать то, что он хочет донести до пациента, чтобы тот мог легко его понять, а не просто повторять свое первоначальное заявление.

Употребление аналогий и метафор способствует лучшему объяснению. Однако они должны соответствовать как высказываемому психотерапевтом соображению, так и опыту пациента. Например, метафора, в которой употребляется понятие страхования жилища, может быть полезной для того, чтобы наглядно показать, что затраты пациента на ритуалы способны намного перевесить мнимые выгоды. Но такая метафора может не подойти для более молодых пациентов, которые еще не владеют своим жильем и не знакомы с особенностями договора о страховании. Аналогично, метафоры световых фар могут иногда оказаться неуместными в общении с пациентами, не водившими автомашину и незнакомыми с правилами уличного движения.

Основные характеристики. *Ясность в общении является существенной стороной качественной терапии. Она подразумевает ясное употребление языка на уровне, приемлемом для восприятия пациентом, исключение профессионального жаргона и, как правило, представление информации в ясном и легко понятном стиле.*

- 0 Психотерапевт сбивчиво представил надлежащую информацию, злоупотребляя профессиональным жаргоном или употребляя язык, совершенно непригодный для уровня понимания пациента
- 1 Психотерапевт испытывал трудности в представлении надлежащей информации простым языком. Злоупотребление профессиональным жаргоном
- 2 Психотерапевт, в общем, складно представил надлежащую информацию, но все же злоупотреблял специальным терминами или же ему было трудно упростить информацию, чтобы пациенту легче было ее понять
- 3 Психотерапевт, в общем, был ясен в общении, но порой ему было трудно донести должным образом свои мысли. Он не воспользовался наглядными примерами, чтобы донести свои мысли, а если он и воспользовался примерами, то они оказались неподходящими
- 4 Психотерапевт ясно представил надлежащую информацию, хотя и очевидны незначительные трудности (например, иногда он переходил на профессиональный жаргон, употреблял язык, который пациенту было трудно понять)
- 5 Психотерапевт ясно и по порядку представил надлежащую информацию, употребляя язык и терминологию удобным для пациента образом. Он привел уместные примеры и метафоры. Незначительные трудности в общении
- 6 Психотерапевт продемонстрировал превосходные навыки общения, пользуясь языком и терминологией удобным для пациента образом. Он привел немало уместных примеров и метафор, которые оказались довольно эффективными, наглядно показывая мысли, которые требовалось донести до пациента

6. Размеренность и эффективное использование времени

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении размеренности и эффективного использования времени в ходе терапии.

Введение

Психотерапевт должен оптимально использовать время, согласуясь с пунктами, установленными в повестке дня. Он должен сохранять достаточный контроль, ограничивать обсуждение второстепенных вопросов, прерывать непродуктивное обсуждение и задавать подходящий темп проведения сеанса терапии. Тем не менее, психотерапевту следует стараться не торопить решающие моменты сеанса терапии.

Сеанс терапии должен быть хорошо упорядочен во времени, чтобы проводить его ни слишком медленно, ни слишком быстро. Например, психотерапевт может невольно разжевывать доносимую им мысль после того, как пациент уже усвоил ее, или собирать намного больше данных, чем требуется, прежде чем сформулировать стратегию для изменения. В подобных случаях сеансы терапии могут показаться пациенту мучительно затянутыми и неэффективными. А с другой стороны, психотерапевт может слишком быстро переходить от одной темы к другой, не позволяя пациенту усвоить в достаточной степени новый материал. Кроме того, психотерапевт может приступить к делу, не собрав еще достаточно данных для того, чтобы осуществить концептуализацию психологического расстройства. Таким образом, если терапия проводится слишком медленно или же слишком быстро, это может мешать терапевтическому изменению и лишить пациента мотивации к нему.

Размеренность в изложении материала следует всегда приспособлять к потребностям пациента и скорости его обучения. Так, если у пациента имеются очевидные (например, эмоциональные или когнитивные) трудности, в таком случае, возможно, придется уделить больше времени и внимания их преодолению. В подобных обстоятельствах пункты повестки дня могут быть соответственно переставлены или адаптированы. А в некоторых крайних случаях, когда, например, пациент признается в мыслях о самоубийстве, структуру и размеренность сеанса терапии придется решительно изменить, исходя из того, чего требует сложившаяся ситуация.

Терапия должна проходить отдельные стадии. Сначала должна быть структурирована повестка дня. Затем согласованный план действий на сеанс терапии должен соблюдаться в течение основной стадии.

Очень важно, чтобы психотерапевт сохранял общее представление о сеансе терапии, чтобы проводить его в нужном темпе. С этой целью психотерапевт может вежливо прерывать обсуждение второстепенных вопросов, направляя пациента обратно к повестке дня.

“Размеренно проводимый сеанс терапии не должен превысить выделенное для него время и должен охватить все пункты, установленные в согласованной повестке дня. Это позволит также уделить достаточно времени надлежащему назначению домашнего задания и без излишней спешки”.

[James *et al.*, 2001]

Основные характеристики. *Сеанс терапии должен быть хорошо упорядочен во времени, допуская плавное продвижение от начальной к средней и завершающей стадии. Работа должна вестись в темпе, отвечающем потребностям пациента (например, по скорости обучения). И хотя важные вопросы должны быть разрешены, непродуктивные отступления следует плавно преодолевать. Сеанс терапии не должен выходить за пределы выделенного для него времени без веских на то оснований.*

- 0 Плохая организация времени бесцельно или излишне жестко проводимого сеанса терапии или же психотерапевту не удалось справиться с проявлениями ОКР, что позволило пациенту полностью властвовать над сеансом терапии
- 1 Сеанс терапии проводится слишком медленно или же слишком быстро, принимая во внимание насущные потребности и возможности пациента
- 2 Приемлемый темп, хотя имеются отступления или повторения со стороны психотерапевта и/или пациента, приводящие к неэффективному использованию времени, или же психотерапевту не удается должным образом справиться с обсессивным поведением пациента, проявляющимся во время сеанса терапии. Неравномерное распределение времени или выход сеанса терапии за установленные временные пределы без веских на то оснований
- 3 Хороший темп, о чем свидетельствует время, равномерно распределенное по отдельности на начальную, срединную и завершающую стадии сеанса терапии, хотя и с некоторым порой рассредоточением. Очевидны некоторые трудности (например, психотерапевту было трудно справиться с проявлениями обсессивного поведения, что помешало эффективно использовать время)
- 4 Равномерное распределение времени по отдельности на начальную, срединную и завершающую стадии сеанса терапии. Очевидны незначительные трудности (например, психотерапевт иногда допускает проявления обсессивного поведения властвовать над сеансом терапии)
- 5 Очевидны хорошие навыки организации времени для плавного проведения сеанса терапии. Психотерапевт работает эффективно, контролируя ход сеанса терапии и по большей части в состоянии ограничить неуместные и непродуктивные обсуждения. Трудности невелики

- 6 Превосходная организация времени, позволяющая полностью разобрать все пункты повестки дня, или очевидно весьма эффективное преодоление возникающих трудностей. Психотерапевт в состоянии ограничить неуместные и непродуктивные обсуждения и помочь пациенту осознать их как особенность обсессивных трудностей

7. Эффективность межличностных взаимоотношений

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта касательно эффективности межличностных взаимоотношений.

Введение

“Умение психотерапевта сформировать хорошие взаимоотношения с пациентом считается крайне важной для проведения терапии. В самом деле, чтобы пациент смог раскрыть трудный материал, он должен почувствовать доверие и поверить психотерапевту. Рождерс полагает, что неспецифические факторы “сочувствия, искренности и сердечности” являются главными особенностями эффективной терапии.

Чтобы передать соответствующие уровни [этих] трех особенностей, от психотерапевта требуется внимательность и рассудительность. Личные и зависящие от контекста потребности пациента должны быть приняты во внимание. Например, к концу терапии могут потребоваться более низкие уровни сердечности, чем в его начале, чтобы содействовать освобождению пациента от его недуга.

Сочувствие относится к умению психотерапевта убедить пациента, что его трудности признаются и объяснимы, как на эмоциональном, так и на когнитивном уровне. Психотерапевту требуется показать, что мысленно он разделяет чувства пациента. Например, содействие разделению системы ценностей между психотерапевтом и пациентом поможет усилить данную сторону их взаимоотношений. Психотерапевту следует стараться не быть сухим, холодным, отчужденным или критичным по отношению к пациенту.

Хороший психотерапевт должен принять искренний и простосердечный терапевтический стиль. Искренний и открытый стиль будет способствовать доверительным, совместным рабочим отношениям. Психотерапевту не следует напускать на себя снисходительный или покровительственный вид.

Кроме того, психотерапевту важно передать пациенту свою сердечность и участие через словесное или бессловесное поведение. Психотерапевту следует стараться не быть критичным, осуждающим, нетерпеливым или холодным. Он должен передать свое расположение к принятию пациента, но,

разумеется, не к стилю его мышления. Очень важно заострить внимание на том, что уместное употребление юмора нередко может способствовать установлению и поддержанию хороших терапевтических отношений”.

[James et al., 2001]

Основные характеристики. Своим словесным и бессловесным поведением (например, умением слушать) психотерапевт дает пациенту возможность почувствовать себя непринужденно. Пациент должен почувствовать присутствие главных условий (например, сердечности, искренности, сочувствия и понимания). Но психотерапевту следует все же соблюдать профессиональные границы.

- 0 У психотерапевта плохие навыки межличностного общения. Его манера поведения и вмешательства вызывают у пациента желание самоустраниться и стать недоверчивым и/или враждебно настроенным, например, потому, что психотерапевт кажется ему неприязненным, требовательным или иным образом уничижительно относящимся к пациенту
- 1 Психотерапевту трудно проявить сочувствие, искренность и сердечность или же передать пациенту свою уверенность и компетенцию
- 2 Стиль психотерапевта (например, интеллектуализация) порой мешает его сочувственному пониманию обращений к нему пациента или же психотерапевт проявил мало уверенности в себе
- 3 Психотерапевт способен понять явный смысл обращений к нему пациента, в результате чего развивается некоторое доверие. Очевидны некоторые несоответствия в поддержании взаимоотношений
- 4 Психотерапевт способен понять явный или неявный смысл обращений к нему пациента, демонстрируя это своим поведением. Очевидны незначительные трудности (например, непоследовательность). Психотерапевт демонстрирует удовлетворительную степень сердечности, участия, искренности, уверенности и профессионализма
- 5 Психотерапевт демонстрирует очень хорошую личную эффективность. В итоге пациент уверен, что его понимают, что способствует его самораскрытию. Трудности невелики
- 6 Отличная или высокая эффективность межличностных отношений перед лицом трудностей. Психотерапевт демонстрирует оптимальные уровни сердечности, искренности, профессионализма и проч., подходящие для конкретного пациента на данном сеансе терапии

Часть 2. Концептуализация, стратегия и методика

В этой части описывается порядок оценивания навыков психотерапевта в отношении концептуализации, а также выбора стратегии и методики лечения.

8. Просмотр назначенных ранее домашних заданий

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении проверки домашних заданий, назначенных ранее для пациента.

Введение

Домашнее задание считается существенной частью терапии, и поэтому его особое значение крайне важно отразить в тщательном просмотре на сеансе терапии. Помимо выявления степени успешности выполнения домашних заданий пациентом, психотерапевту необходимо также получить ответную реакцию пациента по поводу его переживаний при выполнении домашнего задания, выяснить любые возникшие при этом трудности, а также то, чему научило пациента выполнение домашнего задания, что, может быть, важнее всего. Сведения, полученные от просмотра домашнего задания, должны быть в идеальном случае внедрены в повестку дня текущего сеанса терапии, чтобы составить ее конкретным образом, опираясь на концептуализацию (т.е. проверить гипотезы, сформированные по модели лечения). Примером тому может служить ситуация, где пациент убежден, что ему не удастся заснуть, поскольку его ум охвачен переживаниями и размышлениями о том, каким бы он был грязным, если бы не принимал ванну обыкновенным для себя (т.е. обсессивным) образом перед отходом ко сну. Выполнение домашнего задания могло бы потребовать от него отхода ко сну, вообще не умываясь. И после того, как он это сделал, пациент может сообщить, что ему все же удалось заснуть и крепко поспать до самого утра, хотя первоначально его некоторое время одолевало беспокойство.

Не менее важно просмотреть показатели, полученные из опросников. Пациентам нередко бывает трудно заполнять опросники, возможно, потому что ОКР мешает им справиться с этим заданием или потому что их обуревают смешанные чувства, которые они пытаются подавить, либо потому что им кажется утомительным часто заполнять опросники. В этой связи психотерапевту важно не просто принять и подшить опросники к делу, даже не просмотрев их мельком. И хотя следует принять меры, чтобы просмотр показателей не занял весь сеанс терапии, для терапевтического процесса все же полезно оценить обнаруженные изменения, особенно в отношении уровней тревоги и депрессии, которые следует затем обсудить в свете недавних переживаний. Возможно, неблагоприятные жизненные события могли послужить причиной увеличения оценок депрессии, а снижение тревоги могло

произойти в результате избегания ситуаций, вызывающих симптомы ОКР вместо привыкания!

Опросники, нацеленные на оценивание ответственности, предоставляют важные сведения о силе убеждений и могут оказать помощь в выявлении причин сопротивления изменяющему поведению. Такие убеждения очень важно выявить в ходе лечения. И напротив, менее красноречивые пациенты могут демонстрировать значительное сокращение компульсивного поведения, но не в состоянии выразить то, что содействовало изменениям в их поведении. Представив примеры оценок, имеющих отношение к ОКР, можно помочь пациенту лучше распознать убеждения, которым он руководствуется.

Таким образом, роль назначения домашних заданий состоит в том, чтобы внести когнитивный сдвиг. Аналогично, применение опросников позволяет измерить степень изменений. Именно поэтому так важно просматривать домашние задания и внедрять их результаты в общую форму терапии.

Основные характеристики. *Домашнее задание является существенной частью терапии, позволяющей проверять идеи, вырабатывать новое понимание, а также испытать что-то новое. Чтобы убедиться, насколько успешно пациент справляется с домашними заданиями, а также узнать, чему они его научили, очень важно убедить время просмотра этих заданий.*

В домашние задания следует регулярно включать воздействие, которому пациент подвергается самостоятельно, активно занимаясь этим в промежутках между сеансами терапии. Для отслеживания изменений, что может быть сведено к минимуму, как только пациенты достигнут конкретной цели воздействия, очень важно, чтобы такие действия постоянно контролировались и измерялись. Аналогично, клинически важными являются ответы на опросники, поскольку они позволяют выявить изменения в убеждениях, появившиеся в результате изменений в поведении, или заострить внимание на укоренившихся убеждениях, которые могут препятствовать улучшениям. Просмотр опросников и других показателей или записей еще больше подчеркивает важность домашних заданий.

- 0 Психотерапевт не просмотрел предыдущее домашнее задание и не проанализировал показатели или дневник воздействия
- 1 Психотерапевт мельком просмотрел предыдущее домашнее задание, показатели или дневник воздействия, но никак не прокомментировал неоправданное поведение пациента
- 2 Психотерапевт просмотрел предыдущее домашнее задание, показатели или дневник воздействия, но прокомментировал поведение пациента лишь мельком. Он не попытался выяснить, чему пациента научил опыт выполнения домашнего задания

- 3 Психотерапевт просмотрел предыдущее домашнее задание, показатели или дневник воздействия, отметил любые изменения и попытался каким-то образом воспользоваться этими сведениями на сеансе терапии. Очевидны некоторые трудности (например, результаты просмотра не внедрены в повестку дня или же не удалось разрешить некоторые затруднения, выявленные на сеансе терапии). Помимо упомянутых трудностей, очевидны некоторые несоответствия
- 4 Психотерапевт подробно просмотрел предыдущее домашнее задание, показатели или дневник воздействия и достиг некоторого успеха в выяснении результатов просмотра или того, чему пациент научился, выполняя домашнее задание. Очевидны незначительные трудности (например, недостаточно времени отведено обсуждению домашнего задания, сократительное опрашивание с целью установить, чему научился пациент, использовано непоследовательно, но, в общем, психотерапевт компетентен)
- 5 Психотерапевт умело просмотрел предыдущее домашнее задание, показатели или дневник воздействия, выявил затруднения, установил результат выполнения назначенного домашнего задания или воздействия и, в общем, сумел поработать с пациентом, чтобы тот извлек максимальную пользу из того, чему он мог бы научиться, выполняя домашнее задание. Однако было предпринято мало или вообще не предпринято попыток внедрить любые вновь приобретенные навыки пациента в его повседневную жизнь. Очевидны лишь самые незначительные трудности
- 6 Психотерапевт умело просмотрел предыдущее домашнее задание, показатели или дневник воздействия, выявил любые затруднения, установил результат выполнения назначенного домашнего задания или воздействия, поработал с пациентом, чтобы тот извлек максимальную пользу из того, чему он мог бы научиться, выполняя домашнее задание, а также выяснил, как внедрить вновь приобретенные навыки пациента в его повседневную жизнь

9. Использование ответной реакции и подведение итогов

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении использования ответной реакции и подведения итогов.

Введение

Психотерапевт должен не только предоставить, но и выявить ответную реакцию на протяжении сеанса терапии. Ответная реакция психотерапевта должна происходить через регулярные промежутки времени, а также в конце сеанса терапии, что особенно важно. Ответная реакция может предоставляться кратко и лаконично, возможно, отвечая пациенту или перефразируя его слова в краткой форме. В другое время (особенно тогда, когда произошел основной когнитивный сдвиг) ответная реакция должна быть более подробной, а в идеальном случае следует также побудить пациента к подведению итогов. Ответная реакция помогает нацелить пациента на главные терапевтические вопросы и помочь ему свести неясные или нечеткие во-

просы к поддающимся управлению блокам. Она также помогает пациенту и психотерапевту определить, где они находят общее понимание затруднений и опасений.

Выявление ответной реакции гарантирует, что пациенту понятны вмешательства, формулировки и ход рассуждений психотерапевта. Она позволяет также пациенту выразить негативные и положительные реакции во время терапии.

Главные итоги должны быть подведены в начале или конце сеанса терапии, чтобы содействовать закреплению и упрочению терапевтического материала. Очень важно, чтобы ответная реакция была уместной. Например, предоставляя ответную реакцию, психотерапевт должен выбрать представленный ему характерный материал, а затем подытожить его особенности таким образом, чтобы прояснить и высветить ключевые вопросы. Такая форма подведения итогов и ответной реакции служит основанием для многих форм когнитивных методик (например, сократического опрашивания). Выявляя ответную реакцию, психотерапевт должен осознавать, что некоторые пациенты (особенно люди, страдающие депрессией), нередко выказывают понимание просто из уступчивости. Поэтому очень важно, чтобы психотерапевт тщательно исследовал понимание и отношение пациента к терапии.

Не менее важно, как ответная реакция выявляется и доставляется. Например, психотерапевт должен быть чутким к негативным и скрытым реакциям, выражаемым пациентом словесно или бессловесно, а когда он замечает подобные признаки, то спрашивать пациента, о чем он думает. Психотерапевт должен, когда это уместно, обратиться к пациенту за любыми предложениями по поводу дальнейшего продолжения или выбора среди альтернативных порядков действий.

Предоставляя ответную реакцию, психотерапевт должен доставить ее конструктивным способом, помогающим продвинуть терапию вперед. Для этого необходимо предвидеть, каким образом могут быть получены сведения в доставляемой ответной реакции (например, восприняты как критика).

Основные характеристики. *Общему пониманию пациентом и психотерапевтом ключевых вопросов должно помочь применение двухсторонней обратной связи для обмена ответными реакциями. И это можно сделать, главным образом, подведя общий итог и разбив на фрагменты важные сведения (т.е. подведя краткие итоги). Психотерапевт должен регулярно запрашивать ответную реакцию у пациента, чтобы лучше понять ситуацию, в которой оказался пациент, а также убедиться, что он понимает назначение терапии.*

И это должно помочь пациенту обрести новые представления, совершить терапевтические сдвиги и придерживаться режима лечения.

- 0 Психотерапевт не запросил ответную реакцию, чтобы определить понимание пациента в любой момент сеанса терапии, или же ответная реакция оказалась крайне неуместной
- 1 Минимально уместная ответная реакция (в словесной и/или письменной форме)
- 2 Уместная ответная реакция, хотя она и предоставляется психотерапевтом не очень часто, а попытки выявить и предоставить ответную реакцию недостаточны (например, ответная реакция слишком туманна, чтобы представить возможности для понимания и изменения)
- 3 Уместная ответная реакция предоставляется и выявляется часто, хотя очевидны некоторые трудности в отношении содержания или метода доставки ответной реакции
- 4 Уместная ответная реакция или подведение итогов предоставлены и выявлены во время сеанса терапии, способствуя умеренным терапевтическим достижениям. Итоги сеанса терапии подведены в конце терапии. Очевидны незначительные трудности (например, несогласованность или нравоучительство)
- 5 Весьма уместная ответная реакция предоставляется и выявляется регулярно на протяжении (например, в начале и в конце) сеанса терапии, содействуя общему пониманию и значительным терапевтическим достижениям. У психотерапевта и пациента есть время поразмыслить над сеансом терапии. Психотерапевт побуждает пациента подвести итоги в конце сеанса терапии. Трудности невелики
- 6 Превосходное использование ответной реакции на протяжении (например, в начале и в конце) сеанса терапии, или же весьма эффективное предоставление и выявление ответной реакции перед лицом трудностей. У психотерапевта и пациента есть время поразмыслить над сеансом терапии

10. Применение метода направляемых открытий

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении применения метода направляемых открытий.

Введение

“Метод направляемых открытий является формой обращения и опрашивания, помогающей пациенту обрести новые представления о себе, не прибегая к обсуждению или поучительству. Он применяется на протяжении сеансов терапии с целью содействовать обретению пациентом понимания. Данный метод основывается на принципах сократического диалога, в ходе которого употребляется определенный стиль опрашивания для содействия открытию, исследования понятий, обобщения идей и разработки гипотез, касающихся нарушений и переживаний, испытываемых пациентом.

Согласно наблюдениям пациенты готовы с большей вероятностью принять новые представления, если они были способны сами прийти к таким представлениям и заключениям. Следовательно, вместо того чтобы принять спорную позицию, психотерапевт должен воспользоваться стилем опрашивания, чтобы привлечь пациента к процессу разрешения его затруднений.

Умело сформулированные, ясно задаваемые вопросы могут помочь выявить связи или расхождения в мышлении пациента. Чтобы приспособиться к новым сведениям или обучению, зачастую требуется обрести новое представление. Автор публикации [Padesky, 1993] подчеркивает, что цель опрашивания состоит не в том, чтобы “переубедить” пациента посредством логики, но в том, чтобы вовлечь его в сократический диалог. И в этом диалоге пациент может самостоятельно прийти к новым представлениям и решениям”.

[James *et al.*, 2001]

Методика опрашивания, применяемая психотерапевтом, должна выявлять постоянный поток расспросов: от конкретных и специфических (например: “Снижается ли ваша тревога всякий раз, когда вы проверяете, выключен ли свет?”) до абстрактных (в частности: “Как вы решаете, когда следует остановить проверку?” или “Что плохого в том, чтобы не проверять?”), и обратно. Хорошими считаются такие вопросы, которые задаются в духе расспросов, тогда как менее полезными — вопросы, которые приводят пациента к предопределенному заключению.

Несмотря на основной, логически обоснованный принцип КПТ стараться не приводить пациента к предопределенному заключению, иногда это оказывается уместным в работе с ОКР. Руководствуясь своим “рациональным” (т.е. не обсессивным) складом ума, пациенты обычно согласятся с тем, что они, например, переоценивают угрозу в определенных ситуациях. Но когда они руководствуются обсессивными принципами, то вряд ли обращают внимание на любые альтернативные представления, вступающие в противоречие с их убеждениями, обусловленными ОКР, или подрывающие их. Чтобы выявить особенности обсессивных убеждений пациента, психотерапевту нередко требуется сыграть роль “глухого”, побудив тем самым пациента довольно подробно описать часто возникающие у него поразительные связи между его действием (или бездействием) и внушающей страх катастрофой. Психотерапевт может откровенно заявить, что такая череда вопросов на самом деле задается в духе расспросов, поскольку для него крайне важно не делать никаких допущений о подобных связях, не проверяя их вместе с пациентом.

Применяемые методики могут также разрешать пациенту составлять горизонтальные и вертикальные связи. Горизонтальными называются такие связи, которые обозначают повседневные особенности жизни пациента, создающие и поддерживающие его трудности (т.е. оценки ответственности, нейтрализующие действия, настроения и физические ощущения). А вертикальными называются такие связи, которые обозначают исторические закономерности и циклы, явно имеющие отношение к текущим затруднениям пациента (т.е. трудное детство, воспитание, трудности во взаимоотношениях, проблемы на работе и т.д.).

Задаваемые вопросы не должны быть выше текущего уровня понимания пациента, поскольку это вряд ли будет способствовать эффективному изменению. Напротив, они должны быть сформулированы в пределах текущего уровня понимания пациента или около того, чтобы он смог действительно ответить на них. Результатом попыток ответить на столь грамотно сформулированный вопрос, вероятно, будут новые открытия. Психотерапевту следует проявить не только любознательность, но и чуткость, не доходя до снисходительности.

(Составлено на основе публикации [James *et al.*, 2001] с примерами, измененными в соответствии с основаниями для лечения ОКР)

Основные характеристики. *Пациенту следует оказать помощь в разработке гипотезы, касающейся сложившейся у него ситуации, а также в самостоятельном принятии потенциальных решений методом направляемых открытий. Для содействия этому психотерапевт должен поддерживать открытый и любознательный стиль общения, используя сократическое опрашивание с целью направить пациента к новым представлениям.*

- 0 Никаких попыток применить метод направляемых открытий (например, запугивание или поучительство). Похоже, что психотерапевт устроил пациенту перекрестный допрос, вынуждая его занять оборонительную позицию или навязывая ему свои взгляды
- 1 Психотерапевт сильно полагался на убеждение или "поучительство", предоставив пациенту мало возможностей для открытия. Однако стиль общения психотерапевта был достаточно участливым, чтобы пациент не почувствовал нападки на себя или необходимость обороняться
- 2 Минимальная возможность для открытия. И хотя было использовано некоторое опрашивание, оно не помогло пациенту обратиться к своим мыслям и чувствам или установить связь между поднимавшимися вопросами
- 3 Очевидно некоторое размышление. Психотерапевт пользовался в основном стилем опрашивания, вслед за которым последовала череда продуктивных открытий

- 4 Умело пользуясь опрашиванием (например, изучая свидетельства и рассматривая альтернативы) вместо обсуждения, психотерапевт, в целом, помог пациенту обрести новые представления. Очевидны незначительные трудности (например, некоторая непоследовательность, а порой — склонность к поучительству)
- 5 Очевидно эффективное размышление. Психотерапевт умело пользуется стилем опрашивания, приводя к размышлению, открытию и обобщению. Трудности невелики
- 6 Психотерапевт умело пользовался методом направляемых открытий во время сеанса терапии, чтобы исследовать затруднения, связанные с ОКР, а также помочь пациенту прийти к собственным заключениям. Достигнуто гармоничное сочетание умелого опрашивания и других режимов терапевтического вмешательства. Очевидно, что у пациента развилось более глубокое понимание сложившейся ситуации

11. Концептуальная интеграция и сосредоточенность на когнициях, связанных с ОКР

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении концептуальной интеграции и сосредоточения основного внимания на когнициях, связанных с ОКР.

Введение

Концептуализация относится к снабжению пациента подходящей базой знаний, способствующей лучшему пониманию и содействующей терапевтическому изменению. Она охватывает основания для когнитивной терапии, а также когнитивную формулировку. Благодаря концептуализации пациент сможет уяснить когнитивные основания его психологического расстройства, его исходные и сохраняющиеся особенности и соответствующие иницирующие факторы. Важно то, что пациент должен также уяснить относительную эффективность стратегий нейтрализации и видов поведения в поисках убежища (ППУ), которыми он пользуется в настоящий момент, чтобы преодолеть свой недуг.

Процесс концептуализации подразумевает первоначальную подготовку пациента к восприятию терапевтических оснований его лечения и менее угрожающее объяснение его переживаний. Например, в начале терапии пациент может быть убежден, что его мысли означают, что он растлитель малолетних, потенциальный убийца, богохульник и т.д. При таких убеждениях неудивительно, что он стремится справиться со сложившейся ситуацией, борясь с подобными мыслями и нейтрализуя любые последствия их появления и тем самым пытаясь убедиться, что он не может отвечать за любой причиненный вред или обвинение в чем-то ином. Именно поэтому так важно на

ранних стадиях лечения помочь пациенту увидеть другое возможное объяснение испытываемых им трудностей.

С этой целью психотерапевт знакомит пациента с когнитивной моделью, учитывающей особенности его психологического расстройства и предлагающей другое и менее угрожающее объяснение испытываемых им затруднений. Психотерапевт работает вместе с пациентом над составлением диаграммы, подытоживающей согласованную формулировку, исходя из конкретных убеждений и реакций, обсуждавшихся во время сеанса терапии (см. в [Salkovskis *et al.*, 1998], где можно также найти пример общей формы концептуализации или формулировки).

Несмотря на то, что формулировку (в форме диаграммы) следует составить на ранней стадии терапии (обычно на протяжении первых трех сеансов терапии), в ходе всей терапии могут рассматриваться вместе два возможных объяснения затруднений, испытываемых пациентом. А подробности формулировки служат для того, чтобы направлять и “продвигать” терапевтический процесс. Нередко формулировку требуется время от времени пересматривать, чтобы убедиться, способна ли она объяснить другие симптомы ОКР, на которые жалуется пациент. Иными словами, способна ли формулировка предоставить более универсальную модель опасений по поводу ОКР.

Таким образом, концептуализация должна предоставить ту нить, которая может связать вместе все сеансы терапии. Помимо выявления особенностей, поддерживающих психологическое расстройство (“здесь и теперь”) в порочном круге, а, возможно, и целой связке порочных кругов, концептуализация должна включать и факторы более обширного влияния на развитие данного расстройства (например, исторические факторы, основополагающие глубинные убеждения и проч.). Следуя формулировке, пациент должен приобрести знания, позволяющие ему уяснить, что именно требуется изменить и какие наиболее подходящие механизмы изменений задействовать (например, насколько важно подвергаться воздействию ситуаций, вызывающих опасения по поводу ОКР, какова роль нейтрализации в поддержании обсессивных убеждений и т.д.). Составленная надлежащим образом формулировка должна быть способна объяснить большинство особенностей испытываемых пациентом трудностей (в прошлом и настоящем). И служа общей “системой взглядов”, разделяемых пациентом и психотерапевтом, формулировка приводит к выбору методик лечения, помогающих донести до пациента потенциальные механизмы изменений.

Концептуализация является одним из главных процессов терапии, в ходе которых происходят изменения. Она дает теоретический обзор всей предстоящей работы. В ее отсутствие терапия может оказаться разлаженной, что помешает пациенту обрести основное понимание ее назначения. Если концептуализация не внедрена должным образом в терапию, работа может потерять свою целенаправленность и будет состоять только из ряда не связанных вместе методик.

При оценивании по данному пункту следует иметь в виду, что сама концептуализация, а, по существу, диаграмма, совсем не обязательно используется на каждом сеансе терапии. Но целенаправленность терапевтического вмешательства должна (явно или неявно) отражать модель через обсуждаемые темы и применяемые методики изменений.

Основные характеристики. *Всесторонняя концептуализация существующего психологического расстройства имеет решающее значение для эффективного лечения ОКР, поскольку она обосновывает целенаправленность терапевтического вмешательства. Психотерапевт должен помочь пациенту обрести понимание, каким образом его восприятия и истолкования, убеждения, установки и правила связаны с текущими нарушениями, историческими факторами, которые могут обуславливать развитие этих нарушений, а также факторами, закрепляющими их в настоящий момент.*

0 Отсутствие надлежащей концептуализации

- 1 Недостаток надлежащей концептуализации ОКР, приводящий к бесцельному применению процедур
- 2 Очевидна неразвитая концептуализация, хотя она не приводит к ясному основанию для терапевтических вмешательств. Психотерапевту не удалось выявить или обсудить смысловые значения, привязываемые к появлению навязчивых мыслей, образов или побуждений
- 3 Концептуализация развита частично и содержит некоторые цели терапии. Психотерапевт обсудил с пациентом в общих чертах роль оценок ответственности. Однако психотерапевту не удалось сосредоточиться на конкретных оценках пациента. Очевидны некоторые трудности, хотя имеется достаточное основание для слаженного терапевтического вмешательства
- 4 Концептуализация развита умеренно и интегрирована в терапию. Психотерапевт выявил и обсудил характерные смысловые значения, привязываемые к проявлениям ОКР у пациента, и сумел связать их с моделью
- 5 Концептуализация вполне развита. Психотерапевту, в общем, удалось эффективно применить ее на сеансе терапии и поделиться ею с пользой для пациента. Очевидны незначительные трудности (например, некоторые трудности обобщения модели для объяснения других обсессивных опасений)

- 6 Концептуализация развита превосходно, а ее интеграция в терапию очевидна. Психотерапевт умело выявил и обсудил соответствующие смысловые значения, связав их с когнитивной моделью ОКР. Высокая эффективность перед лицом трудностей

12. Нормализация переживаний пациента

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении нормализации переживаний пациента.

Введение

Давая альтернативное и менее угрожающее объяснение переживаний пациента, психотерапевту очень важно в качестве существенной составляющей такого объяснения подчеркнуть, что обсессивные мысли сами по себе не считаются аномальным явлением. Многие пациенты считают обсессивные мысли настолько чуждыми, что боятся, не доведут ли они до безумия. А беспокойство по поводу частоты их появления может означать, что для них существует опасность потерять самообладание.

Одна из главных целей терапии состоит в том, чтобы помочь пациенту осознать, что появление навязчивых мыслей вполне вероятно, но все дело в том, как он истолковывает появление и содержание таких мыслей. И в этом, собственно, и состоит вся проблема.

Психотерапевт должен воспользоваться любой возможностью, чтобы предоставить пациенту нормализующие сведения в ходе терапии. На ранних стадиях лечения, может быть, особенно полезно прибегнуть к наглядным примерам. “Нормализация” может принимать простую форму сократического вопроса вроде следующего: “Кого, вероятнее всего, беспокоят мысли о дьяволе?” Полезно, может быть, также показать на наглядном примере, что неклиническая часть населения ведет себя очень похоже на людей, страдающих ОКР. Так, большинство людей, включая и специалистов по психическому здоровью, вряд ли напишут: “Я желаю [имярек] умереть ужасной смертью в автомобильной катастрофе”, заполняя бланк с именем близкого человека. А те, кто все же напишут такое, зачастую вычеркивают написанное или рвут бумагу на клочки.

Основные характеристики. *Нормализация переживаний пациентом его затруднений является существенной стороной достижения общего понимания и содействия изменениям. Она помогает снизить тревогу пациента по поводу происходящего (например, не сходит ли он с ума) и порождает у него позитивное отношение к преодолению его затруднений. И хотя такую*

нормализацию можно провести отдельным пунктом терапии, квалифицированный психотерапевт успешно сплетает ее в нить, проходящую через всю терапию.

- 0 Психотерапевт не делает никаких попыток нормализовать переживания пациента или же прибегает к биологическому или патологическому объяснению (например, "заминками" в деятельности мозга)
- 1 Психотерапевт делает некоторые слаборазвитые попытки нормализовать переживания пациента, но пользуется совершенно неуместными примерами (например, склоняется к биологическому или патологическому объяснению). Очевидны большие трудности
- 2 Психотерапевт демонстрирует некоторую компетентность в нормализации, но испытывает многочисленные трудности и проявляет недостаточную последовательность (например, применяет нормализацию как методику, приводит малоубедительные примеры и т.д.)
- 3 Психотерапевт компетентно пользуется нормализацией, приводит удачные примеры, но применяет ее как методику
- 4 Хорошие характеристики. Некоторые признаки того, что нормализация проходит заметной нитью через всю терапию, но все же имеются незначительные трудности и несоответствия (например, упущена возможность нормализовать недавние переживания, описанные пациентом)
- 5 Психотерапевт умело пользуется нормализацией и зачастую не упускает появляющуюся во время сеанса терапии возможность сделать это. Трудности невелики
- 6 Психотерапевт должным образом подчеркивает, что обсессивные опасения пациента являются преувеличенной разновидностью его обычных опасений и реакций на те мысли, которые он находит неприемлемыми и т.д. И это гармонично вплетается заметной нитью во всю терапию. Психотерапевт помогает пациенту воспользоваться нормализующим объяснением его недуга

13. Применение подходящих стратегий для когнитивного изменения и видоизменения компульсий

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении применения подходящих стратегий для когнитивного изменения и видоизменения компульсий.

Введение

Методики изменений являются когнитивными и поведенческими стратегиями, применяемыми психотерапевтом в соответствии с когнитивными основаниями и/или формулировкой и предназначенными для содействия терапевтическому изменению. Действенность таких методик будет зависеть от того, применяются ли они на подходящей стадии терапии и насколько уме-

ло они реализованы, хотя иногда изменения у пациентов, страдающих ОКР, происходят медленнее, а плоды конкретных методов могут стать очевидными не сразу, но все же способствовать более постепенным изменениям во времени. Оценивающему специалисту следует иметь в виду, что оценивать следует умение применять конкретный метод, а не его *эффективность* в данный момент. В частности, у оценивающего специалиста может возникнуть желание рассмотреть своевременность и логичность применения отдельного метода, а также его вероятное содействие изменениям таким образом, чтобы это помогло ему должным образом оценить ситуацию, в которой он находится. При этом важно отметить, что во время сеансов терапии, возможно, будет неуместно пользоваться обширным рядом методов. Это обстоятельство оценивающему специалисту следует принять во внимание, когда он оценивает психотерапевта по данному пункту.

Психотерапевт сам умело пользуется и помогает пациенту пользоваться подходящими когнитивными и поведенческими методами, сообразуясь с формулировкой. Кроме того, психотерапевт помогает пациенту разработать подходящие когнитивные методы, чтобы оценить основные когниции, связанные с тягостными эмоциями. И благодаря этому у пациента появляются новые представления и перемены в эмоциях. Психотерапевт помогает также пациенту применять поведенческие методы, сообразуясь с формулировкой. И, наконец, психотерапевт помогает пациенту выявить потенциальные трудности и осмыслить когнитивные основания для выполнения заданий.

Несмотря на то, что подобные методы дают пациенту удобные возможности проверить свои убеждения на практике и приобрести опыт совладания с высокими уровнями эмоций в ходе лечения ОКР, основополагающий механизм изменений будет состоять для пациента в том, чтобы установить, сочетая методы обсуждения с поведенческими экспериментами, что формулировка действительно предоставляет точную модель поддержания трудностей. Методы, применяемые психотерапевтом для получения ответной реакции, касаются уровня понимания пациентом назначаемых в перспективе практических заданий (выполняемых, например, на сеансе терапии). На ранних стадиях лечения психотерапевт, вероятнее всего, “с моделирует” некоторые задания, чтобы показать пациенту, каким образом следует их выполнять (например, прикоснется к подошве своей туфли, прежде чем съесть бутерброд).

При оценивании необходимо рассмотреть три перечисленные ниже характеристики.

1. Уместность и пределы действия когнитивных методов (например, дневников когнитивных изменений, континуумов, круговых диаграмм ответственности, альтернативных способов оценивания, исследования достоинств и недостатков, определения смысловых значений, реструктуризации образов и т.д.), а также поведенческих методов (например, дневников и проверок поведения, исполнения ролей, постепенного выполнения назначенных домашних заданий, подавления реакции, закрепления проделанной пациентом работы, моделирования и т.д.).
2. Умение применять подобные методы. Однако такие навыки, как предоставление и запрашивание ответной реакции, эффективность межличностных отношений и проч., следует оценивать отдельно по соответствующим пунктам.
3. Пригодность методов для удовлетворения потребностей пациента (т.е. их применение не должно быть слишком трудным или сложным).

Принимая решение о пригодности метода, очень важно выяснить, насколько данный метод согласуется со стратегией изменений, логически вытекающей из формулировки.

Клиническое заключение требуется для оценивания степени того умения, с которым применяется конкретная методика. Данная характеристика выходит далеко за пределы одного лишь соблюдения (т.е. точности применения метода). На самом деле оценивающего специалиста должно интересовать, каким образом применяется отдельный метод. Иными словами, психотерапевт должен действовать четко, понятно, чутко и систематично, обсуждая с пациентом и реализуя конкретный метод. Психотерапевт должен также проявлять творческую инициативу и находчивость при выборе методов. Он должен быть способным опираться на обширный ряд пригодных когнитивных и поведенческих методов.

Не следует забывать, что у одной и той же методики могут быть разные функции в зависимости от стадии терапии. Например, дневник может действовать как инструмент оценивания процессов мышления или изменений количества ритуалов, совершаемых пациентом в день. Временные рамки терапевтического вмешательства крайне важны и должны соответствовать потребностям пациента. Так, если психотерапевт слишком рано подвергает сомнению основные допущения или глубинные убеждения пациента в ходе терапии, еще не поняв до конца его представление о мире, то он может быть понят превратно или отвратить от себя пациента. И только после достаточной подготовки психотерапевт должен предложить пациенту снова оценить

уровень своей когнитивности. Оценивание автоматических мыслей и ответственности начинается раньше: сначала как часть подготовки к когнитивному режиму, а затем как метод изменения с целью улучшить настроение или совладающее поведение.

Как и в том случае, когда применяются когнитивные методы, психотерапевт должен продемонстрировать умение применять поведенческие методики. Основания для выполнения заданий должны быть тщательно исследованы, а цели обучения — ясно установлены. Очень важно не забывать, что поведенческие задания играют ключевую роль в закреплении новых знаний. Например, привлекая пациента к исполнению определенной роли, можно оценить, насколько теоретические сведения были действительно усвоены пациентом и вошли в его поведенческий репертуар. Исполнение роли позволит также пациенту применить новые навыки на практике.

Кроме того, поведенческие задания являются полезными методиками, которые применяются перед тем, как предложить пациенту заняться конкретной деятельностью в качестве домашнего задания. Первоначально психотерапевт должен смоделировать требуемое поведение, а затем понаблюдать за тем, как его исполняет пациент. Но при этом пациент побуждается взять на себя повышенную ответственность за выполнение задания (во избежание намеренного или непреднамеренного поиска утешения). В конечном счете, следует ожидать, что пациент станет сам назначать себе домашние задания, не обсуждая их с психотерапевтом (при условии, что он берет на себя полную ответственность за свои действия). И в этом случае очень важно, чтобы поведенческие методики были своевременны. Так, если побудить пациента к подавлению реакции, прежде чем он поймет формулировку, это, вероятнее всего, приведет к неудаче, которая может поставить под угрозу дальнейшие попытки подавлять реакцию.

Кроме того, психотерапевт должен выяснить и составить вместе с пациентом планы практических действий по эффективному изменению (например, что, где, когда и как должна выполняться программа воздействия). На самом деле частью процесса выработки эффективного поведенческого изменения является составление планов, помогающих проверить гипотезы и нарушить ошибочные модели поведения. При планировании задания следует задать пациенту уместные вопросы, касающиеся его понятий, когнитивных, эмоциональных и физиологических состояний и поведенческого репертуара.

Принимая решение об уместности применяемого метода, очень важно выяснить, насколько он согласуется со стратегией изменений, логически пе-

рейдя от формулировки пациента к предмету обсуждения. Неразборчивое применение обширного ряда методик нельзя считать демонстрацией высокой квалификации психотерапевта.

Основные характеристики. *Для содействия когнитивному изменению может быть использован обширный ряд методик. К их числу относятся выявление альтернативных объяснений ОКР (например, в чем, собственно, дело: в загрязнении или беспокойстве о загрязнении?), рассмотрение свидетельств ошибочного толкования, составление круговых диаграмм, поэтапный анализ вероятностей, постановка поведенческих экспериментов и т.д.*

Примечание: *основное внимание уделяется качеству стратегии, выбираемой психотерапевтом, а не эффективности ее применения.*

- 0 Психотерапевту не удалось применить методики когнитивного изменения или видоизменения нейтрализующих видов поведения либо он воспользовался ими неверно
- 1 Психотерапевт применяет непригодные или неуместные методы либо пытается подвергнуть сомнению навязчивые мысли, а не их смысловое значение. Очевиден недостаточный опыт или гибкость
- 2 Психотерапевт выбрал подходящие методики для когнитивного изменения и/или видоизменения нейтрализующих видов поведения. Впрочем, очевидны значительные трудности (например, методики не показались пациенту многообещающими, у психотерапевта оказался ограниченный набор методик и/или же он испытал трудности перехода от одного из них к другому)
- 3 Психотерапевт компетентно применяет целый ряд методов, хотя и очевидны некоторые трудности (например, терапевтические вмешательства недостаточны)
- 4 Психотерапевт умело и гибко применяет обширный ряд методов, позволяя пациенту выработать новые представления. Очевидны незначительные трудности
- 5 Психотерапевт систематически, творчески, изобретательно и эффективно применяет обширный ряд методов. Трудности невелики
- 6 Превосходное применение отличных методов или успешное их использование перед лицом трудностей. Психотерапевт придерживался согласованной, последовательной терапевтической стратегии, включая наиболее подходящие методы когнитивного изменения или видоизменения нейтрализующих видов поведения

14. Целенаправленность терапевтического вмешательства

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении целенаправленности терапевтического вмешательства.

Введение

Терапевтические цели должны быть обсуждены и согласованы с самого начала терапии. Они должны быть разумными, легко достижимыми

и конкретными ориентирами, согласованными психотерапевтом вместе с пациентом. В идеальном случае они должны быть разделены на краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные цели.

Таким образом, основное внимание в терапии следует направить на достижение этих целей, которые должны быть согласованы с формулировкой. Но не менее важно, чтобы психотерапевт не руководствовался поставленными целями настолько дотошно, а сеансы терапии — до такой степени ориентированными на конкретные задачи, что не останется гибкости, чтобы охватить важные вопросы, возникающие во время сеанса терапии. В общем, психотерапевт должен умело реагировать на другие возникающие вопросы, устанавливая их связь с существующим психологическим расстройством. Это особенно характерно для пациента, жалующегося на психологическое расстройство, которое он представляет себе иначе, чем существующее обсессивное расстройство.

Характерным тому примером может служить пациент, которого немало беспокоит заражение или загрязнение, и поэтому он часто совершает ритуалы против случайного заражения себя и членов своей семьи. При этом он жалуется на какое-то “другое” расстройство, проявляющееся совсем иначе, в связи с чем у него появляются навязчивые мысли о намеренном доставлении людям лишних хлопот. В подобных случаях очень важно, чтобы это отвлекло основное внимание психотерапевта в сторону, но он смог бы помочь пациенту привести свое новое переживание в соответствие с уже имеющейся у него формулировкой, чтобы обобщить понимание принципа действия обсессивных расстройств.

Межличностный стиль общения может означать для пациента, что он недостаточно сосредоточен и склонен говорить на самые разные темы, не имеющие непосредственного отношения к терапии: от погоды до очереди на автобусной остановке и расспросов психотерапевта о его семье или поиска сведений о других затруднениях, комментировать которые у психотерапевта недостаточно знаний и опыта (например, обеспокоенность состоянием физического здоровья или финансовые трудности).

Иногда оказывается уместно отстраниться от терапевтической направленности. Такое возможно в том случае, когда пациент прибывает на сеанс терапии в сильно подавленном состоянии, которое может быть результатом недавнего происшествия или жизненного события. И хотя реагировать на существующий кризис следует сочувственно и конструктивно, высококвали-

фицированный психотерапевт должен умело делать это с учетом ОКР (например, изучить влияние недавних событий на ОКР у пациента).

Время от времени в ходе лечения могут возникать “золотые моменты”. Вполне возможно, что пациент сопротивлялся концептуализации или скептически отнесся к терапевтическому подходу, способному изменить его представление, поскольку у него уже имеется негативный опыт такого изменения. В подобных случаях не менее важно, чтобы психотерапевт проявил гибкость в терапевтической целенаправленности, что позволило бы ему эффективно поработать с выявленным материалом и извлечь выгоду из того толчка, который могут дать эти “золотые моменты”.

Основные характеристики. *Целенаправленность терапии сохраняется в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе. Однако для охвата важных вопросов, возникающих во время сеанса терапии, психотерапевту следует проявить достаточную гибкость (например, извлечь выгоду из “золотых моментов”). Благодаря такой гибкости поддерживается соответствие общим целям терапии.*

- 0 Терапевтическая целенаправленность отсутствует. Психотерапевт реагирует на любые темы, поднимаемые пациентом, или совершенно пренебрегает вопросами, поднимаемыми им самим
- 1 Весьма незначительная терапевтическая целенаправленность. Психотерапевт часто отвлекается на неуместные отступления и неэффективно избегает их
- 2 Психотерапевт остается вполне сосредоточенным во время сеанса терапии, но все же испытывает некоторые трудности или несоответствия (например, легко отвлекается или с трудом уделяет внимание другим вопросам, которые могут возникнуть, помимо существующего расстройства)
- 3 Подходящая, в общем, терапевтическая целенаправленность. Впрочем, имеются некоторые трудности (например, слишком много времени уделяется некоторым пунктам повестки дня, основное внимание отвлекается на незначительные вопросы, упускается возможность обратить внимание на другие вопросы, т.е. проявляется недостаточная гибкость)
- 4 Поддерживается ясная целенаправленность терапии. Психотерапевт, в общем, компетентно реагирует на другие возникающие вопросы, связывая их с существующим расстройством. Очевидны незначительные трудности (например, возникающие порой трудности в избегании непродуктивных и неуместных отступлений). Или же проявляется достаточная гибкость, когда требуется отвлечься от терапевтического вмешательства, направленного на достижение конкретной цели, когда на то указывает клиническая практика (например, после тяжелой утраты). Но психотерапевту все же не удается в достаточной мере установиться связи с общими целями терапии

- 5 Поддерживается ясная целенаправленность терапии. Психотерапевт умело реагирует на другие возникающие вопросы, разрешая их продуктивно и с пользой для дела. Четко следуя поставленным целям, психотерапевт своевременно выявляет непродуктивные отклонения от них. С другой стороны, психотерапевт проявляет гибкость, отклоняясь от целенаправленного терапевтического вмешательства, когда на то указывает клиническая практика (например, после тяжелой утраты), но в то же время он придерживается общих целей терапии (например, изучает влияние, которое данное обстоятельство может оказывать на ОКР)
- 6 Психотерапевт квалифицированно вносит вопросы, возникающие во время сеанса терапии, в повестку дня, согласуя ее пересмотр вместе с пациентом. Он своевременно выявляется “золотые моменты” и эффективно работает с материалом, выявляемым на сеансе терапии

15. Внедрение воздействия в когнитивную схему лечения

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении того, как воздействие внедряется в когнитивную схему лечения.

Введение

Автор публикации [Salkovskis, 1996] высказал предположение, что взаимодействие между когнитивными и поведенческими элементами терапии причастно к поддержанию всех тревожных расстройств. В своей публикации он рассмотрел тесное взаимодействие когнитивных и поведенческих методик лечения. Это означает, что поведенческие эксперименты являются существенной составляющей терапии для избавления от ОКР. Поведенческие эксперименты при ОКР, в общем, следуют поведенческому принципу “воздействия” с дополнительным акцентом на проверку гипотезы. Следует, однако, уделить внимание целенаправленности поведенческого эксперимента.

Так, если пациент опасается заражения ВИЧ, то воздействие должно быть направлено не на сам вирус, а, например, на дверные ручки. Ведь избегание подобных ситуаций является одной из главных составляющих, обостряющих подобное опасение. Психотерапевту не следует опровергать вероятность контакта с ВИЧ, но все же укрепить альтернативное (психологическое) представление пациента о том, что существующее у него расстройство связано с беспокойством по поводу заражения этим вирусом. Таким образом, поведенческие эксперименты позволяют непосредственно проверить оценки, допущения и процессы, гипотетические причастные к обсессивным нарушениям у пациента (например, демонстративным попыткам подавить мысль, приводящим к более частому ее появлению; [Salkovskis *et al.*, 1998]).

Следовательно, рассмотрение воздействия в контексте поведенческих экспериментов может включать в себя обширный ряд стратегий, которые могут быть разделены на следующие категории.

1. Оценивание степени, до которой конкретный процесс, может поддерживать опасения пациента (например, неоднократная проверка дверей может вызвать у пациента чувство *большого*, а не меньшего беспокойства по поводу безопасности).
2. Выявление мыслей, вызывающих беспокойство, а также исходных оценок, где преобладает избегание (т.е. пациент неспособен объяснить свое побуждение мыть руки по 20 раз в день лишь тем, что он делает это автоматически, не допуская, чтобы внушающие страх последствия не сделать этого завладели его умом).
3. Обнаружение типичным поведенческим способом, что уровни тревоги, в конечном счете, снижаются, если не выполнить никаких нейтрализующих действий (т.е. происходит постепенное привыкание). Но это не единственный вывод, который может быть сделан из задания на воздействие. К такому выводу психотерапевт должен склонять пациента в схеме когнитивно-поведенческой терапии, задавая ему вопросы вроде следующего: “Чему вас это научило?”, а не обращаясь к нему более поучительным тоном: “Ваша тревога снизится, если вы будете противодействовать попыткам совершать нейтрализующие ритуалы”.

Эксперименты на воздействие или поведенческие эксперименты должны соответствовать содержанию сеанса терапии. Они, по большей части, должны быть поставлены вместе с пациентом на основании концептуализации и понимания им того, что поддерживает его психологическое расстройство. На первоначальных стадиях терапии пациента, вероятнее всего, придется больше направлять на выполнение подходящих заданий. И это можно, по-прежнему, сделать, активно привлекая пациента к заданию и, возможно, задавая ему вопросы вроде следующего: “Как бы вы могли узнать, почему вы так боитесь прикасаться к сидению на унитазе?” в ситуациях, где ритуалы совершаются пациентом с целью не подвергать себя непосредственному воздействию. И даже если пациент неохотно высказывает свои предположения, психотерапевту все равно следует ничего не предписывать ему, хотя и допускается побуждать его к этому сократическим способом. Но самое главное, чтобы задание на воздействие соответствовало содержанию сеанса терапии и имело ясные основания, понятные пациенту.

По мере продвижения терапии пациенту полезно взять на себя повышенное обязательство за самостоятельное составление задания на воздействие. Конечной целью пациента должно стать проведение самостоятельно поставленного им подходящего эксперимента без предварительного обсуждения с психотерапевтом. Отчитываясь за проведенный эксперимент на следующем сеансе терапии, пациент должен в общих чертах описать, насколько, по его мнению, успешно это было сделано и какой урок он из этого извлек. Но при этом пациент не должен разглашать свои конкретные действия, поскольку это означало бы попытку едва заметно найти утешение у психотерапевта. (Подробнее об этом см. в разделе “4. Поиск утешения” данного приложения.)

Основные характеристики. *Воздействие является важной частью КПТ для лечения ОКР. Главное отличие воздействия в КПТ от поведенческой терапии состоит в порядке его постановки в качестве поведенческого эксперимента. Такие поведенческие эксперименты должны вырабатываться вместе с пациентом, а не предписываться ему. Кроме того, в ходе подобных экспериментов должна проверяться конкретная гипотеза.*

- 0 Психотерапевту не удастся подвергнуть пациента воздействию на сеансе терапии или в качестве домашнего задания
- 1 Психотерапевту удастся подвергнуть пациента воздействию поучительным образом. Для этого были приведены поведенческие основания (например, привыкание) или же никаких оснований
- 2 Психотерапевт пытается поставить задание на воздействие в виде поведенческого эксперимента, но все же очевидны многочисленные трудности (например, проверяемая гипотеза неясна, никаких оснований не приведено, задание не было составлено вместе с пациентом)
- 3 Компетентное употребление воздействия в качестве поведенческого эксперимента. Обоснованная для проверки гипотеза. Имеются все же некоторые трудности (например, незначительная работа вместе с пациентом, отсутствие ясной связи данного эксперимента с текущим сеансом терапии)
- 4 Компетентное употребление воздействия в качестве поведенческого эксперимента, поставленного вместе с пациентом. Ясная гипотеза для проверки. Психотерапевт получает ответную реакцию пациента, чтобы убедиться, что тот ясно понимает свое задание. Психотерапевт покидает свое рабочее место и сначала моделирует эксперимент или задание на воздействие там, где это возможно. Имеются незначительные трудности или несоответствия
- 5 Весьма компетентное употребление воздействия в качестве поведенческого эксперимента в соответствии с содержанием сеанса терапии. Психотерапевт выявил ответную реакцию пациента, чтобы убедиться, что тот ясно понимает свое задание, а также выяснил и обсудил потенциальные препятствия для успешного выполнения задания, назначенного пациенту. Трудности невелики

- 6 Превосходное употребление воздействия в качестве поведенческого эксперимента. Пациент понимает, может применять когнитивную модель и способен самостоятельно ставить поведенческие эксперименты. Или же очень хорошее употребление воздействия перед лицом трудностей

16. Назначение домашнего задания

Ниже приведено описание порядка оценивания психотерапевта в отношении назначения домашнего задания.

Введение

Прогресс, вероятнее всего, достигается в том случае, когда пациенты способны применить понятия, усвоенные на сеансах терапии, поэтому назначение домашних заданий служит своего рода мостом между терапией и реальным миром. Домашнее задание помогает перенести в реальную обстановку все, что было усвоено на сеансах терапии. Для содействия такому переносу материал домашнего задания обычно основывается на материале, рассмотревшемся на сеансе терапии (адаптировано из [James *et al.*, 2001]).

В предыдущем разделе этого приложения было описано внедрение воздействия в когнитивную схему лечения ОКР. И хотя воздействие фактически является основной составляющей домашнего задания, в него может быть включен целый ряд других занятий, соответствующих содержанию сеанса терапии. Например, психотерапевт может предложить пациенту вести ежедневно дневник, записывая в нем ситуации, в которых возникают обсессивные опасения и их оценки. После просмотра этих записей психотерапевт может представить пациенту сбалансированное представление (т.е. видоизмененный вариант оценок ответственности). А для того чтобы пациент лучше уяснил отдельную особенность своего психологического расстройства, психотерапевт может предложить ему почитать записи в своем дневнике.

Домашнее задание может состоять из конкретных занятий или включать в себя более обширные изменения. Так, если ОКР заняло главное место в жизни пациента вплоть до исключения всей остальной его деятельности, то очень важно заполнить вакуум, который образовался в результате сокращения (или исключения) ритуалов. В этом отношении домашнее задание может включать в себя посещение вечерних занятий, работу на условиях неполной занятости или аналогичную деятельность, направленную на достижение среднесрочных или долгосрочных целей.

Аргументы в пользу необходимости совместного подхода к составлению домашних и отдельных заданий, согласующихся с концептуализацией, в данном случае оказываются такими же, как и приведенные в предыдущем разделе этого приложения.

Основные характеристики. *Домашние задания должны соответствовать стадии терапии, быть согласованными с концептуализацией и иметь точные и ясные цели. На более поздней стадии терапии целесообразно побудить пациентов взять на себя ответственность за самостоятельное составление домашнего задания. А само домашнее задание следует всегда просматривать на следующем сеансе терапии.*

- 0 Психотерапевту не удается составить домашнее задание, а если ему это все же удается, то домашнее задание оказывается неподходящим
- 1 Психотерапевт не согласовал домашнее задание с пациентом. Для надлежащего объяснения домашнего задания не было выделено достаточно времени, в результате чего оно было составлено неэффективно
- 2 Психотерапевт согласовал домашнее задание с пациентом в одностороннем и обычном порядке, но не объяснил основания для выполнения нового домашнего задания
- 3 Психотерапевт составил новое домашнее задание должным образом, хотя и с некоторыми очевидными трудностями (например, он недостаточно объяснил назначение домашнего задания и/или не составил его вместе с пациентом)
- 4 Подходящее домашнее задание согласовано вместе с пациентом, ясно поставлены его цели и приведены достаточные основания. Но все же очевидны некоторые трудности
- 5 Подходящее домашнее задание согласовано вместе с пациентом и хорошо объяснено его назначение, включая исследование потенциальных препятствий. Трудности невелики
- 6 Домашнее задание согласовано превосходно. Или же вполне подходящее домашнее задание согласовано перед лицом трудностей

Часть 3. Наблюдения за терапевтическим вмешательством

В этой части описывается порядок наблюдения за терапевтическим вмешательством.

17. Сложность пациента

Ниже приведено описание порядка оценивания пациента в отношении установления его сложности.

Введение

Несмотря на то, что первоначальное оценивание проводится до принятия пациентом курса лечения, для такого оценивания все же имеются подробные сведения о сложности случая и коморбидности. Поэтому оценивающему специалисту предлагается оценить по соответствующей шкале оценок сложность пациента, основываясь на собственном субъективном суждении об оцениваемом сеансе терапии. И хотя коморбидность не всегда оказывается очевидной на сеансе терапии, важнее то, на что пациент жалуется в конкретном случае. Например, межличностный стиль общения может меняться от одного сеанса терапии к другому, а пациент, который часто проявляет уступчивость, может порой стать довольно неуступчивым, или же какое-нибудь жизненное событие способно усложнить его случай. Подобные факторы могут оказывать влияние на оценки, полученные по предыдущим пунктам рассматриваемого здесь опросника, и поэтому данный его пункт служит для указания на то, что такое вполне вероятно.

Основная характеристика. *Характер существующего расстройства совсем не обязательно является определяющей его особенностью в отношении сложности пациента, но включает в себя такие факторы, как межличностный стиль общения, уровень понимания “психологическую неполноценность” и проч.*

- 0 Пациент прост с точки зрения диагноза и его постановки
- 1 Пациент удовлетворяет диагнозу более чем одного психологического расстройства, хотя и относительно прост
- 2 Пациент удовлетворяет диагнозу одного или большего числа психологических расстройств, но его лечение представляет некоторые трудности (например, неблагоприятные жизненные обстоятельства, нерегулярная посещаемость, неполное соблюдение режима терапии на ее сеансе или между ее сеансами, трудности в понимании отдельных понятий и т.д.)
- 3 С пациентом зачастую трудно работать (например, он необщителен, часто отвлекается или хаотичен в своих жалобах, проявлении ОКР во время сеанса терапии, что затрудняет соблюдение повестки дня, и т.д.)
- 4 С пациентом неизменно трудно работать (например, он постоянно пытается властвовать на сеансе терапии, отказывается работать вместе с психотерапевтом, систематически отвергает любые попытки психотерапевта провести согласованное терапевтическое вмешательство)

18. Соблюдение протокола испытания

Ниже приведено описание порядка соблюдения установленного протокола испытания.

Введение

Этот пункт рассматриваемого здесь опросника является необязательным и включен в него потому, что шкала данного опросника была разработана как средство для измерения степени соблюдения установленных протоколов испытаний, в которых КПТ применяется для лечения ОКР.

Нет	Психотерапевт, по большей части, работает за пределами области действия протокола испытания
Недостаточно	В общем, протокол испытания соблюдается, хотя имеются некоторые трудности и/или несоответствия
Да	Стиль и содержание терапии согласуются с протоколом испытания

© Elizabeth Forrester, IOP OCD Group, 2004.

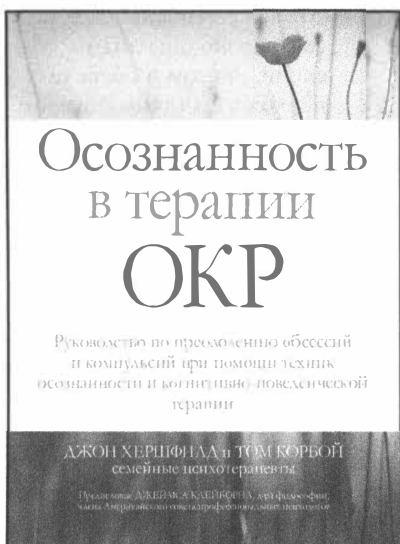
Библиографические ссылки

- Padesky, Christine A.** (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery. A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London. Vol. 24.
- Rogers, Carl.** (2012). Client Centred Therapy (New Ed). Hachette, UK.
- Salkovskis, Paul M., (ed.)**. (1996). Frontiers of cognitive therapy. Guilford Press.
- Salkovskis, Paul M.** (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment, 33–50.

ОСОЗНАННОСТЬ В ТЕРАПИИ ОКР

РУКОВОДСТВО ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ОБСЕССИЙ И КОМПУЛЬСИЙ ПРИ ПОМОЩИ ТЕХНИК ОСОЗНАННОСТИ И КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

*Джон Хершфилд
Том Корбой*



www.dialektika.com

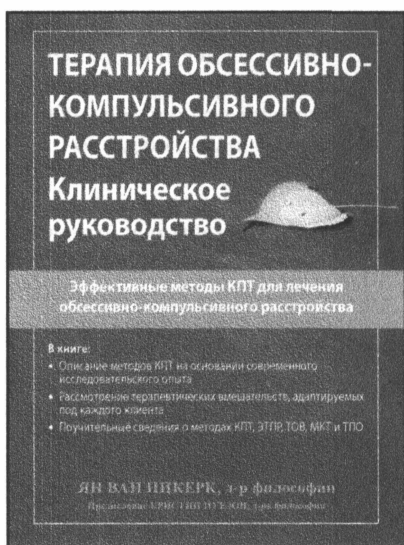
Эта книга предназначена для людей с ОКР и посвящена теме борьбы с расстройством при помощи практик осознанности и методов когнитивно-поведенческой терапии. Ее можно использовать как под руководством психотерапевта, так и самостоятельно. Книга поможет вам овладеть рядом доступных способов борьбы с навязчивыми мыслями и компульсивными позывами. Главная ценность книги заключается в том, что все почерпнутое из нее идеи и навыки можно смело применять на практике. Кроме того, книга пригодится и профессиональным психотерапевтам, которые хотят узнать больше об использовании когнитивной терапии, основанной на осознанности, в лечении ОКР и органично встроить этот метод в свою практику.

ISBN 978-5-907365-21-6

в продаже

ТЕРАПИЯ ОБСЕССИВНО- КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Ян ван Никерк



www.dialektika.com

Это исчерпывающее руководство составлено опытным специалистом в области психологии таким образом, чтобы дать практические рекомендации и описать действенные протоколы лечения обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Пять самостоятельных методов лечения, описанных в отдельных главах этой книги, представляют конкретную модель и процедуру для избавления от разных механизмов, обуславливающих появление ОКР. В конце этого руководства прилагаются формы рабочих листов, которые помогут читателю составлять индивидуализированные программы лечения ОКР. Рекомендуется не только начинающим, но и опытным психотерапевтам для обучения методам когнитивно-поведенческой терапии для излечения от ОКР.

ISBN 978-5-907365-50-6

в продаже

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) может оказывать сильное влияние на трудоспособность и приносить тяжелые и болезненные ощущения. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) оказалась весьма эффективным методом, помогающим людям преодолевать ОКР. Это весьма разнородное психологическое расстройство нередко осложняется зависящими от контекста факторами, и поэтому психотерапевты часто остаются в недоумении, как им применить свои знания, когда они сталкиваются с конкретными трудностями в клинической практике лечения подобного расстройства. Эта книга постепенно проводит читателя через понимание основ и принципов применения КПТ для лечения ОКР в ясном практическом стиле. На иллюстративном материале конкретных клинических случаев и руководящих принципах терапевтического вмешательства, основанного на формулировке каждого такого случая, в этой книге проливается свет на особые задачи и их решения при лечении ОКР методом КПТ. В книге также поясняется, как разрешаются типичные затруднения, возникающие в ходе лечения ОКР, в том числе коморбидность, перфекционизм, стыд и участие семьи в появлении симптомов данного расстройства. Повсюду в книге даются полезные советы по устранению затруднений, часто возникающих при получении лечения ОКР и наблюдении за его ходом. Книга может служить руководством по усовершенствованной практике лечения ОКР для практикующих психологов всех уровней квалификации.

“В этой книге изложен тщательно разработанный на основе богатого клинического опыта специализированный концептуальный лечебный подход к ОКР. Конкретные когнитивные и эмпирические стратегии описаны и наглядно продемонстрированы в книге с целью преобразовать смысловые значения и реакции пациентов в отношении их когнитивных и эмоциональных переживаний. Этот капитальный труд имеет большое значение для дальнейшего совершенствования специализированных эмпирически обоснованных методов лечения данного столь разрушительного расстройства во множестве его проявлений.”

— доктор **Дебби Сукман**, директор Канадского центра лечения обсессивно-компульсивных расстройств (www.ctcocd.ca), директор клиники ОКР в Центре здоровья при университете Макгилла, президент Канадского института ОКР (www.ciocd.ca), доцент кафедры психиатрии медицинского факультета Монреальского университета, Канада.

Категория: психотерапия

Предмет рассмотрения: методы когнитивно-поведенческой терапии для лечения обсессивно-компульсивного расстройства

Уровень: начальный—продвинутый

 **ДИАЛЕКТИКА**
<http://www.dialektika.com>

ISBN 978-5-907365-71-1



9 785907 365711