

# Содержание

---

Об авторах	11
Об этой книге. <i>Эффективные методы современной терапии</i>	13
Благодарность авторов	16
От издательства	17
<b>Глава 1. Вводная информация для психотерапевтов</b>	<b>19</b>
Общие сведения о лечении методом экспозиции и предотвращении ритуалов	19
Обсессивно-компульсивное расстройство	22
Подтипы симптомов ОКР	29
Разработка программы лечения методом экспозиции, предотвращения ритуалов и доказательства ее эффективности	35
Общая эффективность лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов	45
Лекарственные препараты при ОКР	46
Роль лекарственных препаратов в лечении методом экспозиции и предотвращения ритуалов	54
Экспертный консенсус в отношении эффективности лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов	55
Уровень квалификации, требующийся для эффективного проведения лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов	56
Риски и преимущества данной программы лечения	58
<b>Глава 2. Оценка симптомов</b>	<b>63</b>
Оценка типов симптомов ОКР и их тяжести	65
Оценка степени инсайта	68
Средства самоотчета	71
Кому стоит назначать лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов	78
Как представить клиенту лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов	79

<b>Глава 3. Компоненты лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов</b>	81
Экспозиция <i>in vivo</i>	81
Зачем проводить экспозиции <i>in vivo</i>	83
Как экспозиция помогает уменьшить симптомы ОКР	84
Введение экспозиций <i>in vivo</i>	84
Воображаемая экспозиция	86
Введение воображаемых экспозиций	89
Когда не стоит проводить воображаемую экспозицию	91
Предотвращение ритуалов	92
Процессинг	93
Что происходит в ходе процессинга	94
Домашние визиты	100
<b>Глава 4. Сессия 1: планирование лечения. Часть I</b>	103
Продолжительность	103
Необходимые материалы	103
План	103
Сбор общей информации (25 минут)	104
Сбор информации об ОКР клиента (40 минут)	104
Что такое ОКР? (10 минут)	107
Основание целесообразности лечения (20 минут)	109
Общая информация о программе лечения (5 минут)	112
Самомониторинг (10 минут)	113
Согласование телефонных контактов (5 минут)	114
Домашнее задание (5 минут)	115
Телефонный контакт 1	116
<b>Глава 5. Сессия 2: планирование лечения. Часть II</b>	117
Продолжительность	117
Необходимые материалы	117
План	117
Проверка самомониторинга (5 минут)	118
Основание целесообразности лечения (10 минут)	118
Сбор более подробной информации о симптомах ОКР клиента (50 минут)	119
Составление плана лечения (30 минут)	123
Психотерапевтическое соглашение между терапевтом и клиентом (15 минут)	130
Домашнее задание (5 минут)	132

Планирование телефонного контакта (5 минут)	133
Телефонный контакт 2	133
<b>Глава 6. Сессия 3: экспозиция и предотвращение ритуалов – введение экспозиции <i>in vivo</i></b>	135
Продолжительность	135
Необходимые материалы	135
План	135
Проверка самомониторинга (5 минут)	136
Экспозиция <i>in vivo</i> (80 минут)	136
Инструкции по самостоятельной экспозиции (15 минут)	140
Предотвращение ритуалов (5 минут)	142
Домашнее задание (5 минут)	145
Планирование телефонного контакта (5 минут)	145
Телефонный контакт 3	145
<b>Глава 7. Сессия 4: экспозиция и предотвращение ритуалов – введение воображаемой экспозиции</b>	149
Продолжительность	149
Необходимые материалы	149
План	149
Проверка самомониторинга и домашней экспозиции (5 минут)	150
Воображаемая экспозиция (45 минут)	150
Экспозиция <i>in vivo</i> и предотвращение ритуалов (45 минут)	154
Инструкции по самостоятельной экспозиции (5 минут)	154
Домашнее задание (5 минут)	155
Планирование телефонного контакта (5 минут)	155
Телефонный контакт	156
<b>Глава 8. Промежуточные сессии: продолжение практики экспозиций и предотвращения ритуалов</b>	157
Продолжительность	157
Необходимые материалы	157
План	157
Обзор сессий	158
Экспозиция и предотвращение ритуалов	158
Домашние визиты	159
Обзор прогресса	160
Профилактика рецидива	160

Домашнее задание	161
Планирование телефонного контакта	162
<b>Глава 9. Заключительная сессия</b>	163
Продолжительность	163
Необходимые материалы	163
План	163
Обзор сессии (5 минут)	164
Проверка прогресса клиента (45 минут)	164
Возвращение к обычному поведению (15 минут)	164
Профилактика рецидива. Инструкции для заключительной сессии (10 минут)	165
Домашнее задание (5 минут)	166
Планирование последующих телефонных контактов (5 минут)	166
Итоги терапии (5 минут)	166
<b>Глава 10. Проблемы, чаще всего возникающие в ходе лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов</b>	167
Общие сложности с экспозиционной терапией	167
Как повысить мотивацию клиента соблюдать лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов	176
<b>Приложение</b>	179
Форма сбора информации	180
Общие сведения об ОКР	185
Причины ОКР	186
Пример формы самомониторинга ( <i>частично заполнена</i> )	188
Форма самомониторинга	189
График приемов	191
Рекомендации и напоминания о контактах между сессиями	192
Заметки по телефонным контактам	194
Форма планирования лечения	195
Понимание терапии ОКР методом экспозиции и предотвращения ритуалов (EX/RP)	199
Что такое экспозиция	200
Что такое предотвращение ритуалов	202
Что такое процессинг	203
Почему мне следует воспользоваться методом экспозиции и предотвращения ритуалов	204

Насколько следует вовлекаться в экспозиции и предотвращение ритуалов	204
Как извлечь максимальную пользу из лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов	205
Форма иерархии	207
Форма записи экспозиций психотерапевта	208
Правила клиентов по предотвращению ритуалов	210
Особые инструкции	211
Форма записи домашних экспозиций	212
Бланк сценария воображаемой экспозиции	214
Форма записи воображаемых экспозиций	215
Рекомендации по “нормальному поведению”	217
Общие рекомендации	217
Другие рекомендации	218
<b>Источники и литература</b>	<b>219</b>

К данному руководству психотерапевта *Экспозиция и предотвращение реакций при ОКР* прилагается практическое пособие клиента *Терапия ОКР методом экспозиции и предотвращения ритуалов*. Руководство и лечение разработаны для терапевтов, которые знакомы с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) или принимали участие в интенсивных практикумах по экспозиции и предотвращению ритуалов (EX/RP), проводимых экспертами в этой терапии. Руководство направлено на то, чтобы помочь терапевтам реализовать непродолжительную программу КПТ, которая нацелена на симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). *Примечание:* в области ОКР термины “предотвращение реакции” и “предотвращение ритуалов” используются как синонимы. Аббревиатуры EX/RP и ERP также применяются взаимозаменяемо, когда речь идет об экспозиции и предотвращении реакции (ритуалов). В этом руководстве мы будем использовать термин “предотвращение ритуалов” и аббревиатуру EX/RP.

## **Общие сведения о лечении методом экспозиции и предотвращении ритуалов**

---

Данное руководство описывает программу КПТ при ОКР, включающую 17–20 сессий лечения. Первые две сессии представляют собой ознакомление с когнитивно-поведенческой моделью ОКР, описание программы лечения, а также сбор информации о клинической истории клиента. Эта информация охватывает историю болезни

(ОКР) клиента, изучение начала и течения расстройства, определение триггеров для различных интрузивных и навязчивых мыслей клиента, а также определение компульсий (ритуалов) и паттернов избегания. На этих двух сессиях психотерапевт также обучает клиента самомониторингу симптомов и вместе с клиентом создает иерархию упражнений по EX/RP.

Лечение методом EX/RP включает следующие процедуры.

- **Экспозиция in vivo** (т.е. экспозиция в реальной жизни) подразумевает помощь клиенту в противостоянии триггеру, вызывающему навязчивые мысли. Триггеры включают предметы, слова, образы, изображения или ситуации. Например, прикосновение к умывальникам в общественном туалете может вызвать навязчивые мысли о микробах (подробности описаны в главе 3).
- **Воображаемая экспозиция** состоит из того, что терапевт просит клиента в деталях представить ситуации или образы, провоцирующие дистресс. В первую очередь она используется для того, чтобы помочь клиентам столкнуться с ужасными последствиями, к которым, по их мнению, приведет неисполнение ритуалов. Например, воображаемая экспозиция того, что клиент заразился болезнью, передающейся половым путем, потому что он недостаточно вымыл руки после посещения общественной уборной, и, следовательно, его избегают друзья и семья (подробнее эта ситуация рассмотрена в главе 3).
- **Предотвращение ритуалов** представляет собой воздержание клиента от ритуалов, которые, по его мнению, предотвращают катастрофу или уменьшают дистресс, вызванный навязчивыми мыслями (например, мытье рук после прикосновения к полу и боязнь заразиться тяжелым заболеванием). Практикуя предотвращение ритуалов, клиент узнает, что тревога

и дистресс уменьшаются без ритуалов и ужасающие их последствия не возникают (см. главу 3).

- **Процессинг** включает в себя обсуждение с клиентом того, что произошло во время экспозиции — изменение уровня тревожности и осознание возможных последствий (см. главу 3).
- **Домашние визиты** состоят из планирования и осуществления визитов в домашнюю среду клиента как для сбора важной информации о симптомах ОКР, так и для помощи в реализации практических упражнений лечения (см. главу 3).

Программа состоит по большей части из практики экспозиций и предотвращения ритуалов как во время сессий, так и при домашних упражнениях, уровень сложности экспозиций постепенно нарастает. Сессии проводятся раз в неделю, дважды в неделю либо ежедневно, в зависимости от тяжести симптомов и технических соображений (см. главу 3). Лечение включает EX/RP под присмотром врача и самостоятельную практику. В течение последних двух сессий основное внимание уделяется предотвращению рецидива и сохранению достигнутых результатов. Практическое пособие содержит материалы для чтения и формы для домашних заданий.

На первой сессии проводится ознакомление с когнитивно-поведенческой моделью ОКР, а также объяснение того, как экспозиция и предотвращение ритуалов связаны с данной моделью. Очень важно, чтобы клиент имел четкое представление о том, как и почему EX/RP способствует эффективному снижению симптомов ОКР. Понимание целесообразности лечения мотивирует клиентов сталкиваться с триггерами их обсессивного дистресса и противостоять желанию исполнять ритуалы. Кроме того, оно стимулирует клиентов выполнять домашние задания, которые они обычно делают самостоятельно.

# Обсессивно-компульсивное расстройство

---

## Уровень распространенности заболевания и курс лечения

По нынешним оценкам экспертов, от двух до трех миллионов человек в США страдают ОКР (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988). Согласно Национальному исследованию коморбидной патологии около 1,6% населения США заявили, что страдали ОКР в течение жизни (Kessler, Berglund et al., 2005), причем 1% выборки страдали этим расстройством в течение последнего года (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Возрастные категории возникновения заболевания варьируются от раннего подросткового возраста до начала зрелого возраста, хотя были зарегистрированы случаи ОКР уже в возрасте двух лет (Rapport, Swedo, & Leonard, 1992). У мужчин это расстройство обычно развивается раньше, в подростковом возрасте: от 13 до 15 лет, тогда как у женщин заболевание чаще возникает в молодом возрасте: от 20 до 24 лет (Rasmussen & Eisen, 1990). Среди взрослых у мужчин и женщин равный уровень заболеваемости ОКР (Rasmussen & Tsuang, 1986). Развитие ОКР обычно постепенное, хотя были редкие случаи острого начала болезни.

В некоторых случаях детского ОКР у клиентов наблюдалось внезапное проявление расстройства после стрептококковой инфекции. Когда инфекцию лечат, симптомы у детей значительно уменьшаются; однако, если инфекция снова возвращается, симптомы ОКР резко усиливаются (Swedo, Leonard, & Rapport, 2004). Такое проявление ОКР называют *педиатрическим аутоиммунным психоневрологическим расстройством*, связанным со стрептококковыми инфекциями (PANDAS).

Как правило, без лечения ОКР становится хроническим, и течение болезни происходит с периодическими улучшениями и ухудшениями состояния (Antony et al., 1998; Eisen & Steketee, 1998). Вместе с тем, среди невысокого процента клиентов были обнаружены случаи, когда ОКР чередовалось с периодами ремиссии. Также извест-

ны случаи, когда симптомы ОКР постоянно ухудшаются в течение всей жизни (Rasmussen & Eisen, 1989). Со временем большинство людей продолжают соответствовать всем диагностическим критериям ОКР или по-прежнему проявляют остаточные симптомы (Steketee, Eisen, Dыck, Warshaw, & Rasmussen, 1999). Несмотря на то что эффективное лечение существенно улучшает качество жизни (Bystritsky et al., 1999), многие люди с ОКР годами страдают от недуга перед тем, как обратиться за лечением. Одно исследование показало, что в среднем люди с ОКР ждут более семи лет после появления серьезных симптомов, прежде чем обратиться за медицинской помощью (Rasmussen & Tsuang, 1986).

## Влияние ОКР

Без лечения ОКР оказывает весьма негативное влияние на жизнь человека. Ежедневная трата времени на обсессии и компульсии вызывает серьезный дистресс и мешает работе, отношениям и повседневной деятельности. От 80 до 100% людей с тяжелым ОКР сообщают о значительных ухудшениях дома, на работе, в отношениях и социальной жизни (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2008). Исследования показали, что от 22 до 40% клиентов с ОКР, обращающихся за лечением, были безработными (по сравнению с типичным уровнем безработицы в 6% для населения США в целом (Koran, Thienemann, & Davenport, 1996; Steketee, Grayson, & Foa, 1987)). Люди с ОКР не только часто страдают от потери работы (Leon, Portera, & Weissman, 1995), но также испытывают трудности в межличностных отношениях (Calvocoressi et al., 1995; Emmelkamp, de Naan, & Hoogduin, 1990; Riggs, Hiss, & Foa, 1992). Примерно половина состоящих в браке лиц, обращающихся за лечением от ОКР, сообщают о серьезных проблемах в семейных отношениях (Emmelkamp et al., 1990; Riggs et al., 1992). Половина страдающих ОКР сообщают о потере дружеских отношений, а 25% — о потере интимных отношений из-за симптомов ОКР (Gallup, 1990). Показатели безбра-

чия также выше среди населения с ОКР даже по сравнению с другими тревожными расстройствами (Steketee et al., 1987). В целом ОКР считается одной из десяти основных причин нетрудоспособности во всем мире (Lopez & Murray, 1998).

## Сопутствующие (коморбидные) расстройства

Люди с ОКР обычно обращаются за лечением с другими проблемами и симптомами, такими как депрессия, фобии, тревога и беспокойство (Karno et al., 1988; Rasmussen & Tsuang, 1986; Tynes, White, & Steketee, 1990). Недавние исследования показывают, что в течение жизни от 86 до 90% людей с ОКР соответствуют диагностическим критериям по крайней мере одного дополнительного расстройства согласно классификации DSM-IV (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Ruscio et al., 2008). Другие исследования показали, что от 50 до 60% клиентов с текущим диагнозом ОКР также соответствуют диагностическим критериям как минимум одного расстройства первой оси (Axis I) (Brown et al., 2001; Lucey, Butcher, Clare, & Dinan, 1994; Rasmussen & Eisen, 1990; Ruscio et al., 2008). Тревожные расстройства, такие как социальная фобия, специфическая фобия и паническое расстройство, по-видимому, являются наиболее частым дополнительным диагнозом, при этом примерно 76% клиентов соответствуют критериям этих расстройств на протяжении всей жизни (Ruscio et al., 2008). В 1994 году Вайссман и другие обнаружили, что примерно половина людей с текущим диагнозом ОКР соответствуют диагностическим критериям другого тревожного расстройства. Аффективные расстройства также характерны для людей, страдающих ОКР. Возникновение любого аффективного расстройства в течение всей жизни составляет 60%, наиболее распространенным из которых является большое депрессивное расстройство (41%; Ruscio et al., 2008). Другие исследования показали, что примерно 30% клиентов с текущим диагнозом ОКР также соответствуют кри-

териям большой депрессии (Crino & Andrews, 1996; Karno et al., 1988; Weissman et al., 1994). Это особенно важно, потому что некоторые исследования показали, что тяжелая депрессия, в частности, связана с худшими результатами КПТ (Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, & Foa, 2000; Foa, Grayson, & Steketee, 1982). Связь ОКР с расстройствами пищевого поведения также описана в исследовательской литературе. Около 10% женщин с ОКР сообщили, что у них была обнаружена анорексия (Kasvikis et al., 1986), а 33% женщин с диагнозом булимии имели в анамнезе ОКР (Hudson & Pope, 1987; Hudson et al., 1987; Laessle et al., 1987). Тиковые расстройства также связаны с ОКР. От 20 до 30% людей с ОКР сообщили о проблемах с нервными тиками в настоящем или прошлом (Pauls, 1989). Оценки коморбидности синдрома Туретта и ОКР колеблются от 35 до 50% (Leckman & Chittenden, 1990; Pauls et al., 1986).

## Диагностические критерии ОКР

Диагностические критерии ОКР Американской психиатрической ассоциации (*DSM-IV-TR*, 2000, С. 462) таковы.

### А. Обсессии или компульсии.

*Обсессии по определению (1), (2), (3) и (4):*

- 1) повторяющиеся и постоянные мысли, импульсы или образы, которые в какой-то момент во время нарушения психического равновесия воспринимаются как интрузивные и неуместные и вызывают заметную тревогу или дистресс;
- 2) мысли, импульсы или образы — не просто чрезмерное беспокойство по поводу жизненных проблем;
- 3) человек пытается игнорировать либо подавлять такие мысли, импульсы или образы либо нейтрализовать их другими мыслями или действиями;
- 4) человек признаёт, что обсессивные мысли, импульсы или образы являются продуктом его соб-

ственного разума (не навязанного извне, как при вкладывании мыслей).

*Компульсии по определению (1) и (2):*

- 1) повторяющиеся модели поведения (например: мытье рук, упорядочение, проверка) или умственные действия (например: молитва, подсчет, беззвучное повторение слов), которые человек чувствует, что обязан выполнить в ответ на обсецию или в соответствии со строгими правилами;
  - 2) поведение или ментальные действия, направленные на предотвращение, уменьшение дистресса или предотвращение какого-либо ужасного события или ситуации; однако такое поведение или ментальные действия либо не связаны реалистичным образом с тем, что они предназначены нейтрализовать, либо явно чрезмерны.
- Б. В какой-то момент в ходе расстройства человек осознал, что обсеции или компульсии чрезмерны или не обоснованы. *Примечание:* это не относится к детям.
- В. Обсеции или компульсии вызывают заметный дистресс, отнимают много времени (занимают более часа в день) или значительно мешают нормальному распорядку дня, профессиональной деятельности человека, обычной социальной деятельности или отношениям.
- Г. Если присутствует другое расстройство первой оси (Axis I), наличие обсеций или компульсий им не ограничивается (например: озабоченность едой при расстройстве пищевого поведения; вырывание волос при трихотилломании; озабоченность внешним видом при телесном дисморфическом расстройстве; озабоченность наркотиками при расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ; озабоченность иметь серьезное забо-

левание при наличии ипохондрии; озабоченность половым влечением или фантазиями при парафилии; или руминации при большом депрессивном расстройстве).

- Д. Нарушение психического равновесия не связано с прямыми физиологическими эффектами какого-либо вещества (например, наркотического вещества или лекарства) или общим состоянием здоровья при соматическом заболевании.

*Уточните у клиента следующее.*

**Уровень понимания симптомов болезни (степень инсайта):** если большую часть времени в течение текущего приступа человек не осознаёт, что обсессии и компульсии чрезмерны или необоснованны.

Стоит отметить несколько аспектов, вытекающих из этих критериев.

- Обсессии всегда повышают уровень дистресса или тревоги; положительных обсессий не существует.
- Обсессии отличаются от повседневных забот и переживаний (например: “Если я не повторю число 4, то убью своего ребенка” вместо “Мой ребенок простудится, если я не одену его потеплее”).
- Человек прилагает усилия к тому, чтобы избавиться от обсессий, пытаясь не думать о них; подобное поведение наблюдается и при других расстройствах.
- Человек также пытается избавиться от обсессий, нейтрализуя их другими мыслями или действиями; только люди, страдающие ОКР, нейтрализуют свои тревожные мысли.
- Многим клиентам невозможно установить наличие критерия Б: “В какой-то момент в ходе расстройства человек осознал, что обсессии или компульсии чрезмерны или не обоснованы”. Это связано с тем, что большинство клиентов обращаются за лечением спустя годы после проявления симптомов, и если

у них наблюдается плохое осознание настоящего приступа, то они не вспомнят, что в прошлом у них действительно было хорошее понимание иррациональности obsessions или compulsions.

- Классификация *DSM-IV-TR* (2000) указывает на то, что у человека ОКР, если он демонстрирует наличие obsessions или compulsions. Однако подавляющее большинство клиентов, которым в экспертной клинике был поставлен диагноз ОКР, имели как obsessions, так и compulsions (Foa et al., 1995). Во второй главе мы подробнее остановимся на этом моменте и выдвинем предположение, что клиенты, у которых есть только obsessions или только compulsions, вряд ли будут иметь диагноз ОКР.
- Большую часть времени compulsions направлены на предотвращение или уменьшение obsessional distress. В исследовании *DSM-IV* по ОКР около 90% участников сообщили, что их compulsions направлены либо на предотвращение вреда, связанного с их obsessions, либо на уменьшение obsessional distress; только 10% считали свои compulsions не связанными с obsessions (Foa et al., 1995). Например, obsession клиента с ОКР о том, что он может причинить кому-либо вред, пренебрегая закрытием двери, вызовет тревогу или distress. Постоянно проверять дверь — это поведение, которое пытается *уменьшить* distress и убедить клиента в том, что последствия, которых он опасается, не произойдут. Следовательно, если клиент не демонстрирует четкой взаимосвязи между obsessional и compulsional (obsessions вызывают distress, а compulsions направлены на уменьшение этого distress), следует рассмотреть другой диагноз.
- Obsessions также могут иметь необычное или причудливое содержание. Например, подросток может опасаться, что, если он будет сидеть или дышать ря-

дом с учениками, которые плохо учатся в школе, он потеряет свой интеллект. Поэтому подросток избегает сидеть рядом с этими учениками и задерживает дыхание в их компании, тем самым уменьшая свою тревогу. Что отличает эти необычные мысли от психотических симптомов, так это то, что клиент обычно осознаёт бессмысленность и нереалистичную природу obsessions.

## Подтипы симптомов ОКР

---

Ряд ученых и исследователей определяли и описывали подтипы ОКР (например, Baer, 1994; Feinstein, Fallohn, Petkova, & Liebowitz, 2003; McKay et al., 2004; Summerfeldt, Richter, Antony, & Swinson, 1999). Здесь мы приводим наиболее распространенные подтипы симптомов.

### Заражение и мытье/уборка

Страдающие ОКР с этими типами симптомов поглощены obsessions о заражении определенными предметами или ситуациями. Например, грязь и микробы, химические вещества или физиологические выделения, такие как кровь или моча. Больные могут сильно бояться заразиться гепатитом, заболеванием, передающимся половым путем, обычной простудой или гриппом. Для многих людей obsessions заражения включают ужасные последствия заразиться и умереть или инфицировать других. Однако другие люди с подобными obsessions не опасаются таких катастрофических последствий, как заболеть. Скорее, ритуалы мытья и уборки направлены на уменьшение отвращения от прикосновения к предметам, к которым прикасались другие, например к кнопкам банкоматов или телефонным трубкам. Другие исполняют ритуал просто для того, чтобы уменьшить тревогу, связанную с чувством заражения. Часто заражение передается от одного объекта к другому. Например, клиент идет по

магазину, видит на полу использованный лейкопластырь, становится чрезвычайно обеспокоенным, выходит из магазина и едет домой. Теперь клиент чувствует, что одежда, которую он носил, машина и любые предметы, которые находились в машине, заражены, и к ним нельзя прикасаться. Компульсии часто включают такое “обеззараживание”, как чрезмерное мытье рук, длительный душ или многократная стирка одежды. Ритуалы могут состоять из предотвращения заражения, сюда входит применение защиты, такой как перчатки или использование салфеток или локтей для того, чтобы открыть дверь. Избегание зараженных мест или предметов — еще один способ предотвратить заражение. Избегание может серьезно повлиять на жизнедеятельность клиента и качество его жизни. Например, человек может закрыть доступ к большинству комнат в доме и принудить семью к проживанию лишь в нескольких определенных районах города. Необычные формы этого подтипа ОКР включают боязнь заражения конкретным человеком, городом, “злом” или смертью.

## **Обсессии о нанесении вреда и навязчивая проверка**

Люди с обсессиями о нанесении вреда другим, себе или имуществу часто чрезмерно проверяют какие-либо предметы или действия, чтобы предотвратить определенную “катастрофу”. Распространенными проблемами являются проверка плиты или электроприборов для предотвращения возгорания, проверка оконных и дверных замков, чтобы избежать взлома, и проверка зеркала заднего вида, чтобы увидеть, не пострадали ли автомобиль или человек в результате вождения больного ОКР. Обычно эти люди проверяют предмет один раз, а затем сразу же сомневаются, правильно ли они выполнили проверку, и должны проверять его снова. Некоторые “контролеры” на несколько часов застревают в этом разочаровывающем цикле проверки, сомнения и перепроверки. Чтобы получить облегчение, они иногда просят других взять на себя ответственность за такие задачи, как запираание дома,

когда они уходят, или наблюдение за ними, пока они проверяют. Обсессии также могут включать нежелательные мысли о причинении вреда другим или самим себе, подаваясь неконтролируемым импульсам, таким как: нанести удар ножом, совершить сексуальное домогательство или кощунственное поведение. Менее типичные формы этого подтипа включают страх причинить вред новорожденному ребенку, непреднамеренное выполнение социально неприемлемых поступков, таких как магазинная кража или оскорбление людей, либо страх вызвать смерть младенца в мусорном баке из-за того, что человек не смог проверить все мусорные баки в округе.

## **Симметрия, порядок и упорядочение**

Людам с этим подтипом ОКР необходимо упорядочивать вещи вокруг себя определенным образом, в частности располагать предметы симметрично. Например, им может быть необходимо заправить кровать безупречно, без единой складки. Другие тратят много времени на то, чтобы убедиться, что все находится “на своих местах”, и сразу же замечают, когда какой-либо шаблон расположения предметов нарушается. Они могут часами собирать ворсинки с дивана или выравнивать бахрому на коврике. Часто они очень расстраиваются, если кто-то перекладывает их вещи. Обычно эти люди не опасаются надвигающейся катастрофы. Скорее, они вынуждены исполнять ритуалы из-за общего чувства дискомфорта, возникающего, когда вещи не расположены “идеально”, или до тех пор, пока предметы не будут размещены, по их мнению, “правильно”.

Впрочем, иногда страдающие ОКР с этим подтипом действительно опасаются катастрофы, если что-то будет в беспорядке или выполнено неправильно. Например, если их посещает пугающая мысль, они чувствуют необходимость повторить какое-то действие, чтобы эта мысль не реализовалась. Поэтому, как и те, которые навязчиво проверяют что-либо, они стремятся предотвратить или нейтрализо-

вать возможные катастрофы. Однако, в отличие от “контролеров”, повторяющие свои действия часто не могут определить логическую связь между obsессией и compulsией. Фактически в их мышлении часто присутствует какое-то магическое качество, такое как идея предотвратить смерть супруга, постоянно одеваясь и раздеваясь до тех пор, пока не прекратится мысль о возможной смерти. Некоторые люди с этим подтипом ОКР повторяют действия, чтобы получить “правильное” чувство завершенности или удовлетворения. Если они ударяются правой ногой о стол, они чувствуют себя вынужденными намеренно удариться левой ногой, чтобы “сравнять” чувство.

## Накопительство

Люди с данным подтипом ОКР собирают различные предметы и очень тревожатся, пытаясь избавиться от этих вещей. Человек, который копит, может ходить по улице и собирать маленькие кусочки бумаги, храня их дома на случай, если когда-нибудь в будущем они ему понадобятся. Иногда человек может собирать сломанные предметы и то, что другие воспринимают как мусор. В то время как остальные считают коллекции бесполезными, “собира-тель” считает их очень ценными. Некоторые люди будут собирать газеты десятилетиями на случай, если им понадобится определенная статья. В тяжелых случаях весь дом человека настолько заполняется такими коллекциями, что остается лишь узкий проход между ними или необходимо арендовать дополнительное помещение. Типичный страх выбросить предметы — это принять “неправильное” решение, о котором человек позже пожалеет. Некоторые необычные obsессии накопления включают страх потерять свою индивидуальность или боязнь “обидеть” предметы, которые “почувствуют себя” отвергнутыми и брошенными. Для получения дополнительной информации и лечения, разработанного специально для накопителей, см. *Compulsive Hoarding and Acquiring, Therapist Guide* (Steketee & Frost, 2006).

## Ментальные ритуалы без явных компульсий

Как мы упоминали ранее, DSM-IV-TR (2000) определяет компульсии ОКР не только как “повторяющиеся модели поведения” (мытьё рук, упорядочение и проверка), но и как “ментальные действия” (молитва, подсчет или повторение слов про себя). Согласно данным исследования DSM-IV, подавляющее большинство (более 90%) клиентов с ОКР проявляют как obsessions, так и поведенческие ритуалы. Если добавить мысленные ритуалы, только 2% испытуемых сообщили о “чистых” obsessions (Foa et al., 1995). Ментальные ритуалы, подобно поведенческим, служат уменьшению obsessional distress или предотвращению причинения вреда. Таким образом, хотя obsessions на самом деле являются ментальными действиями, компульсии могут быть поведенческими или ментальными. Люди с ментальными компульсиями обычно прибегают к повторяющимся мыслям или образам, чтобы *противодействовать* obsessional тревоге или *уменьшить* ее. Паттерн этого подтипа ОКР похож на паттерн повторения, но основное внимание уделяется повторяющимся ритуальным *мыслям*, а не *поведению*. Самые распространенные ритуалы — это молитва, повторение определенных слов или фраз и подсчет. Люди с этим подтипом ОКР могут также пытаться подробно вспоминать события или повторять мысленный список, чтобы обеспечить безопасность. Например, если клиент, будучи за рулем, наезжает на выбоину на дороге, то может испытывать obsession: “Я сбил кого-то, и он остался лежать на дороге”. Связанная с этим ментальная компульсия может включать в себя мысленный обзор своей поездки по дороге и уменьшение тревоги путем мысленной “проверки”, что никого нет на тротуаре или на дороге. Или же человек может успокаивать себя, мысленно повторяя: “Все в порядке. Это была просто выбоина. Я не мог никого сбить”. Хотя этот тип самоубеждения может показаться логичным и рациональным, ментальные ритуалы могут быть коварными и отнимать у клиента часы времени, когда человек мыс-