

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Адреса: вул. Червоної Калини 86 а, м. Львів, 70049

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

**УКРАЇНСЬКІ ПРИСЛІВ'Я ТА ПРИКАЗКИ У КОГНІТИВНО-  
ПОВЕДІНКОВІЙ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ**

**ЛАРИСА ЗАСЄКІНА**

**ЛУЦЬК 2014**

## **ЗМІСТ РОБОТИ**

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....</b>	<b>3</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....</b>	<b>5</b>
1.1. Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми когнітивно-поведінкової терапії обсесивно-компульсивного розладу.....	5
1.2. Когнітивно-поведінкове розуміння і втручання при соціальній фобії: теоретичний аналіз літератури.....	
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИХ ВТРУЧАНЬ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УКРАЇНСЬКИХ ПРИСЛІВ'ЇВ І ПРИКАЗОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ.....</b>	<b>13</b>
2.1. Опис випадку обсесивно-компульсивного розладу.....	13
2.2. План когнітивно-поведінкової терапії обсесивно-компульсивного розладу.....	16
2.3. Українські прислів'я і приказки у когнітивно-поведінковій терапії обсесивно-компульсивного розладу.....	18
2.4. Опис випадку соціальної фобії.....	25
2.5. Українські прислів'я і приказки у когнітивно-поведінковій терапії соціальної фобії.....	27
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>29</b>
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>31</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

КПТ когнітивно-поведінкова терапія

ОКР obsесивно-компульсивний розлад

ГТР генералізований тривожний розлад

### ВСТУП

З огляду на поширення тривожних розладів серед психіатричних деструкцій та їхню широку класифікацію існує значна база науково обґрунтованих теоретичних і емпіричних даних, які потребують узагальнення і подальшої індивідуалізації відповідно до конкретного випадку. Серед основних тривожних розладів розрізняють відповідно до DSM-IV панічний розлад, генералізований тривожний розлад, іпохондрію, соціальну фобію, посттравматичний стресовий розлад, obsесивно-компульсивний розлад, специфічні фобії. Усі тривожні розлади мають спільну особливість – уникання ситуацій або вироблення охоронної поведінки, які дають змогу зменшити тривогу, водночас лише у короткотривалій перспективі, а у довготривалій – лише поглиблюють проблему. Так, при панічному розладі особи уникають ситуацій, у яких можна втратити контроль над своїм тілом і психікою; при соціальній фобії – ситуацій, які загрожують соромом; при посттравматичному стресовому розладі – ситуацій, у яких неприємні спогади знову здійсняться; при obsесивно-компульсивному розладі – ситуацій, у яких нав'язливі думки перевтілюються у реальні дії; при генералізованій тривожності – будь-яких ситуацій, які є загрозливими і небезпечними. Вибір тривожних розладів як предмета нашого дослідження зумовлено тим, що за даними DSM-IV ці розлади у США становлять близько 18%, серед них в осіб від 18 років і старше розлади генералізованої тривожності становлять – 3,1%, соціальної фобії – близько 6,8%, obsесивно-компульсивного розладу – близько 1%. За даними Американської психіатричної асоціації наприкінці ХХ століття на лікування тривожних розладів виділялося щорічно понад 48 бiльйонів американських доларів, що становить третину усіх коштів (148 бiльйонів), виділених на усунення психічних порушень. На сьогоднішній момент ситуація з тривожними розладами не покращилася, а навпаки загострилася, про що свідчить деякий перегляд і уточнення категорій і діагностичних критеріїв тривожних розладів у DSM-V. Цим зумовлено **актуальність дослідження** та вибір теми.

**Метою цієї праці** є теоретичне обґрунтування і емпіричне дослідження використання українських прислів'їв і приказок у когнітивно-поведінковій терапії обсесивно-компульсивного розладу та соціальної фобії.

В основу дослідження покладено таке **припущення**: українські прислів'я і приказки слугують своєрідним сховищем національно-культурної пам'яті та етнічною пам'яткою щодо поведінки у різних життєвих контекстах, у ситуаціях небезпеки зокрема. Виходячи із того, що метафора є одним із важливих інструментів терапії, для встановлення зрозумілого терапевтичного стосунку зокрема, вважаємо, що прислів'я і приказки, які охоплюють колективні національно обумовлені архетипи (архетипи соціетальної психіки українців), сприятимуть налагодженню ефективної взаємодії між терапевтом і клієнтом, а також полегшуватимуть уведення моделі когнітивно-поведінкової терапії під час лікування.

Для досягнення мети сформульовано низку таких **завдань**: здійснити теоретичний аналіз сучасних когнітивно-поведінкових моделей для зазначених тривожних розладів, а також встановити їхні спільні риси та специфіку; емпірично дослідити конкретні випадки цих розладів, використання прикладів технік та відповідних прислів'їв, які мають вплив на встановлення терапевтичного стосунку, покращення введення моделі КПТ тривожних розладів та їх глибшого розуміння з боку клієнта.

**Теоретичне значення** дипломної роботи полягає у тому, що розширено уявлення про спільні та специфічні риси тривожних розладів – соціальної фобії, обсесивно-компульсивного розладу, а також запропоновано українські прислів'я та приказки як супровід до когнітивно-поведінкового втручання. Поглиблено уявлення про больові нав'язливі відчуття при обсесивно-компульсивному розладі як хронічний біль, який потребує прийняття і планування низку відповідних і доступних видів діяльності.

**Практичне значення** дипломної роботи полягає у тому, що визначені українські прислів'я та приказки спільно із КПТ техніками можуть бути використані у терапії тривожних розладів. Окрім того, конкретизовано індивідуальні підходи у лікуванні соціальної фобії та обсесивно-компульсивного розладу на реальних прикладах терапевтичної взаємодії психолога і клієнта.

**Структура дипломної роботи.** Робота містить вступ, два розділи (теоретичний і емпіричний), висновки, список літератури.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ**

Важливою рисою тривожності є те, що сама по собі вона є необхідним емоційним станом людини, який значною мірою зумовлює її самозбереження та створює особистісну безпеку. Відтак, дуже хиткою є та межа, за якою тривога починає заважати нормальному функціонуванню організму, і трансформується із норми у патологію. На буденному рівні цю межу, яка відділяє нормальний емоційний стан від розладу, визначаємо за рівнем якості життя людини: якщо тривога не знижує цієї якості, не формує надлишкові стратегії уникнення і охорони, і дає змогу людині функціонувати повноцінно, розглядаємо тривогу як норму. В іншому випадку – при переважанні уникаючої і охоронної поведінки, що значно знижує якість життя і руйнує повноцінні соціальні контакти, тлумачимо тривогу як розлад. На науковому рівні межу норми і патології розглядаємо за критеріями DSM-V. Слід зазначити, що у DSM-V відбулися певні зміни щодо класифікації тривожних розладів порівняно із попереднім довідником, відповідно, тривожні розлади згруповані у три широкі категорії: тривожні розлади, obsесивно-компульсивні і подібні розлади, травма і стресові розлади. Розлади, які слугують предметом нашого наукового пошуку, належать до перших двох категорій: соціальна фобія належить до категорії тривожних розладів, obsесивно-компульсивний розлад – до категорії obsесивно-компульсивних і подібних розладів. Розглянемо особливості цих розладів більш докладно відповідно до таких аспектів: діагностичні критерії розладу, розповсюдження розладу, етіологія та основні моделі походження розладів, когнітивно-поведінкова терапія.

### **1.1. Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми когнітивно-поведінкової терапії obsесивно-компульсивного розладу**

Obsесивно-компульсивний розлад відповідно до DSM-V – це розлад, при якому діти і дорослі страждають від небажаних і нав'язливих думок (obsесій), які супроводжуються певними розумовими чи фізичними діями (ритуалами), що послаблюють тривогу. Більшість людей із цим розладом відзначають нереальність і безглуздість своїх думок, водночас не можуть позбавитися їх. Водночас це не стосується дітей, оскільки останні часто оцінюють свої думки як реальні. *Діагностичні критерії obsесивно-*

*компульсивного розладу* ґрунтуються на вираженні низки симптомів. До основних симптомів належать постійні нав'язливі думки про мікроби, бруд; надлишковий порядок; страх, що нав'язливі думки зашкодять собі чи рідним; надлишкові справи з речами, які не мають цінності; думки щодо нанесення шкоди іншим; відчуття власної відповідальності за інших; неприйнятні думки на релігійні і сексуальні теми; сумніви щодо нерациональності чи перебільшення цих думок. Серед основних дій: перевірка, миття та прибирання, повторення, накопичення речей, мисленнєві ритуали (повтори імен, цифр тощо).

Щодо *поширення обсесивно-компульсивного розладу*, існують розбіжності, так деякі вчені наводять статистичні дані близько 2,5% щодо поширення цього розладу (Романчук, 2011). Водночас інші епідеміологічні дослідження сходяться на думці близько 1% (Andrews et.al., 2002). Зазвичай діагноз ОКР ставиться за умови, якщо присутні як обсесії, так і компульсії, або лише обсесії або лише компульсії (Andrews et.al., 2002: 332). За результатами дослідження Д. Блек, не існує статевих і крос-культурних відмінностей у прояві ОКР, цей розлад найчастіше виникає у віці від 10 до 40 років (Black et al., 1990). На думку Р. Салковкіс, усіх пацієнтів з ОКР можна поділити на три групи. Перша група – найчисленніша охоплює пацієнтів, які мають як обсесії, так і ритуали; друга група містить пацієнтів лише з обсесіями, і найменша група представлена особами лише з ритуалами. Також ці вчені чітко розмежовують обсесії і мисленнєві ритуали, оскільки саме останні спрямовані на зменшення тривоги (Salkovskis, 1985).

Існують різні *підходи до дослідження етіології ОКР*. Початкова гіпотеза щодо нестачі серотоніну не витримала експериментальної перевірки, натомість з'явилися нейроанатомічні моделі (Andrews et.al., 2002). Зокрема дослідження методом нейроіміджингу засвідчили підвищену активацію у лобних ділянках. Оскільки психоедукація щодо діяльності мозку не є простою для цих пацієнтів, обсесії пропонується переназвати як фальшиві повідомлення, які витікають із дірявої брами, що розміщена у смугастому тілі мозку (Schwartz, 1998).

Російські вчені зазначають про зменшення на 25% симптомів обсесій при використанні методу «розщеплення асоціацій», який також ґрунтується на нейроанатомічній моделі ОКР. Активація нейронної сітки та передача асоціацій з допомогою нейромедіаторів фіксують у клієнтів з ОКР переважно негативні асоціації. Терапевтична робота ґрунтується на одночасному збудженні і гальмуванні вищих нервових процесів: поява нових нейтральних чи позитивних асоціацій може загальмувати існуючі негативні асоціації. Наприклад, червоний може замість негативних асоціацій кров, СНІД,

викликати позитивні асоціації: любов, троянда тощо. Асоціативне розщеплення можна проводити як на вербальному, так і на образному рівнях. Так, у нашому випадку із клієнтом В. опрацьовувалися асоціації на слово ніж, при цьому клієнт надавав виключно негативні асоціації: кров, вени тощо. При підборі слова-рими, клієнт називав на на стимул ніж-асоціацію ріж. Відтак, опрацьовувалися нейтральні чи позитивні асоціації: столовий прибор, торт, відбивна, ресторан, обід тощо.

У побудові формулювання при ОКР та розумінні цього розладу до уваги психотерапевта повинні потрапляти фактори схильності (біологічні і набуті), критична подія, яка часто слугує пусковим механізмом розладу. Нав'язливі думки у клієнтів з ОКР, на противагу пересічним особам, мають велику інтрузивну силу та супроводжуються значним почуттям відповідальності за контроль безпеки своєї власної та своїх близьких. Ця відповідальність часто запускає ритуали, які дають змогу усунути чи попередити цю небезпеку. Окрім того, пацієнти з ОКР переймаються тим, що вони божевільні, оскільки їм спадають на думку такі фантазії. Вони починають боятися вже самих цих думок, намагаються позбутися них, що є неможливим, і ще більше посилює їхню появу, а відтак, тривогу. Для зменшення тривоги використовується низка ритуалів, які починають займати часу більше ніж 1 година вдень. До основних характеристик клієнтів з ОКР також належить ототожнення думки з дією, внаслідок чого думка розглядається як надважлива і надімовірна, стовідсоткова, а також нетерпимість до невизначеності, втрати контролю над різними подіями і сферами життя.

На думку О. Романчука, проблемою лікування ОКР в Україні є недоступність когнітивно-поведінкової терапії, яка є методом першого вибору при лікуванні ОКР поряд із медикаментозним втручанням (Романчук, 2011). Відтак, розглянемо більш докладно *можливі когнітивно-поведінкові втручання* для лікування ОКР. Серед основних когнітивно-поведінкових втручань при ОКР вважаються експозиція та профілактика ритуалів. Профілактика ритуалів на сучасному етапі зазнала значних змін. Якщо у початковій моделі Мейера, профілактика ритуалів здійснювалася примусово персоналом клініки чи родичами, то сьогодні доцільним вважається самостійна профілактика ритуалів пацієнтом (Гоа, 2010). Для цього використовується заохочення, інструкції, а для зменшення тривоги – експозиція. Пропонується певний щоденник для опису obsesій і використання ритуалів: ситуація, думка, ритуал (Andrews et.al., 2002). Експозиція є можливою у двох варіантах – мисленнева та *in vivo*, при цьому перша використовується, якщо клієнт переконаний у негативних наслідках у припиненні ритуалів, або якщо ситуації не можна змоделювати в реальності.

Вважається, що тривалість експозиції впливає на ефективність лікування, хоча кожен випадок є індивідуальним. За результатами досліджень Е. Фoa, М. Вілксона, середня тривалість експозиції, яка зменшує тривогу, становить 90 хвилин (Foa et.al, 1991). Водночас, якщо клієнт не говорить про зниження тривоги, то експозиція може збільшуватися, і навпаки, при зменшенні тривоги, експозиція може скоротитися. При важких випадках ОКР рекомендуються щоденні двогодинні сесії (в середньому близько 15 сесій), при простіших випадках – сесії можуть бути менш частотними. Експозиції також проводяться вдома під наглядом когось із близьких. Пропонується також щоденник для експозицій: сутність експозиції, час, витрачений на експозицію, труднощі, викликані при експозиції (Andrews et.al., 2002).

Результати рандомізованих 16 досліджень з групою контролю показали, що експозиція поряд із профілактикою ритуалів (n=376) у 76% дали позитивний результат (Foa et.al, 1991). Важливо пам'ятати про коморбідність ОКР, зокрема депресію. Адже при яскравому вираженні останньої знижується мотивація та активність щодо виконання експозиції. Тому у випадку сильної депресії, спочатку треба працювати із нею. Експозиція та профілактика ритуалів зумовлюють значний емоційний дискомфорт для клієнта, тому потрібне значна вмотивованість до одужання, щоб витримати це.

Таким чином, результати дослідження наукових праць з проблеми ОКР дають змогу дійти таких теоретичних узагальнень: obsесивно-компульсивний розлад – це один із тривожних розладів, який супроводжується obsесіями і компульсіями (фізичними чи мисленнєвими), які зумовлюють короткотривале зменшення тривоги, а в довготривалій перспективі – значно знижують якість життя людини (займають багато часу на ритуали, зумовлюють втрату працездатності, соціальних контактів тощо); пояснюється нейроанатомічними, нейрохімічними та когнітивно-поведінковими моделями; має низку конкретних симптомів, які конкретизують думки і ритуали, а також піддається когнітивно-поведінковій терапії.

## **1.2. Когнітивно-поведінкове розуміння і втручання при соціальній фобії: теоретичний аналіз літератури**

Соціальна фобія – це страх негативної оцінки людини у соціально значущих ситуаціях з боку оточення, який зазвичай завершується уникненням цих ситуацій, а в глобальному контексті – нездатністю людини до професійної і особистісної реалізації. Соціальна фобія приблизно однаковою мірою притаманна жінкам і чоловікам і виникає у пізньому підлітковому віці. Водночас існує також думка, щ близько 80% клієнтів із соціальною фобією пам'ятають цей дискомфорт у віці, починаючи з 6 років, 28% - у віці, починаючи з 15 років, і 9% клієнтів зазначають, що відчували соціальну фобію



упродовж усього життя (Andrews, et. al, 2002). Найпоширенішою є думка про те, що соціальна фобія з'являється пізніше ніж специфічні фобії та раніше ніж генералізований тривожний розлад. *Діагностичними критеріями соціальної фобії* є страх, який зосереджується або на соціальній взаємодії (знайомство, привітання, підтримання розмови) або на виконанні публічної дії, зокрема публічний виступ, відповідь перед аудиторією тощо. Відповідно до шкали соціальної тривожності Liebowitz розрізняють три категорії соціальної фобії.

Перша категорія представлена генералізованою соціальною тривожністю, яка охоплює публічний виступ, соціальну взаємодію, страх буди у центрі уваги, прийоми їжі у публічних місцях, страх перед владою. Друга категорія специфічної соціальної тривожності охоплює публічний виступ і соціальну взаємодію, третя категорія стосується переважно публічного виступу.

До основних діагностичних критеріїв соціальної фобії належать страх опинитися в одній чи багатьох соціальних ситуаціях, у яких своєю поведінкою особа викличе приниження, глузування, сором; пацієнт розуміє, що страхи ірраціональні і необґрунтовані; особа намагається уникнути ситуації соціальної взаємодії або пересилує цей страх, що надає значного дискомфорту; для постановки діагнозу соціальної фобії в осіб до 18 років цей страх повинен зберігатися не менше 6 місяців, також цей страх не повинен бути зумовлений певним медикаментозним лікуванням чи іншими психічними розладами.

*Поширення цього розладу* є доволі істотним від 9,5 до 16% у західних націях, також зазначається висока коморбідність цього розладу з іншими тривожними розладами. Зокрема з ОКР – в 11,1%. Найбільша коморбідність зустрічається з великою депресією, агорафобією, алкогольною залежністю та специфічними фобіями (Andrews et.al., 2002). *Етіологія соціальної фобії* пояснюється різними моделями, зокрема нейроанатомічними і біохімічними. Так, зазначається про ведучу роль правої лобної ділянки, яка на противагу лівій зумовлює пасивну і стриману поведінку людини, що часто впливає на соціальну фобію. У світлі цих моделей пацієнти із соціальною фобією розміщуються посередині між пацієнтами із панічними атаками і здоровими людьми. Також встановлено зниження серцевої реактивності у пацієнтів із соціальною фобією при пред'явленні тривожних стимулів.

Велику роль у поясненні соціальної тривожності відіграють психологічні моделі, зокрема соціального наuczіння А. Бандури, теорії особливого темпераменту Кагана тощо (Andrews et.al., 2002). Етіологія соціальної фобії розглядається переважно з позиції дуального підходу, у якому 50% належить спадковим факторам (сором'язливості, стриманості, темпераменту) та 50%

соціальному оточенню. Саме тому у розумінні природи соціальної фобії часто виокремлюють крос-культурні чинники, а DSM-IV наводить статистику соціальної фобії у представників західних культур. Основними наслідками соціальної фобії є те, що, по-перше, особа не може впоратися із необхідними справами, пов'язаними із провідним видом діяльності, а по-друге, є соціально ізольованою і не може налагодити повноцінні контакти чи одружитися. У деяких джерелах наводиться той факт, що понад 64% осіб із генералізованою соціальною фобією ніколи не були одружені (Turner et al., 1989).

Когнітивно-поведінкова терапія соціальної фобії передбачає зменшення симптомів соціальної тривожності та покращення функцій людини у соціальній взаємодії. Серед терапевтичних впливів також виділяють навчання соціальним навичкам, когнітивна (зміна глибинних переконань) та поведінкова (експозиції) терапія. Серед медикаментозного лікування призначають антидепресанти та бензодіазепіни. При обстеженні осіб із соціальною фобією важливо знати, які ситуації вони уникають чи, які охоронні дії використовують. Надзвичайно важливим є питання про те, щоб вони хотіли робити, якби їм не заважала соціальна тривога. Від цього можна відштовхуватися для формулювання цілей терапії.

Для соціальної фобії використовується як індивідуальна (10-20 годин), так і групова терапія (24-50 годин). При формулюванні випадку соціальної фобії корисно написати перелік ситуацій «Ситуації, у яких я почуваюся дуже тривожно», для встановлення тригуючих факторів. Також важливо під час психоедукації відзначити вплив генетичних факторів, оточення і виховання (оскільки багато людей відчують злість на батьків і обвинувачують їх). Немаловажним є обговорення кривої Йеркеса-Додсона про взаємозв'язок тривоги і успішного виконання діяльності, оскільки зазвичай люди ставлять нереалістичну мету про повне подолання тривоги.

Серед основних поведінкових технік є експозиція – прогулянка на вулиці, спостереження за тим, чи люди звертають увагу; можна спеціально привертати увагу специфічним одягом, макіяжем, поведінкою. Також важливою є градуйована експозиція від найменш тривожного до найбільш тривожної ситуації, наприклад, просто від обіду з друзями в ресторані до необхідності привернення уваги. Корисною є формула: хто, що, коли, де, як довго. Серед основних когнітивних реконструкцій є уявлення найгіршого сценарію, що може відбутися найстрашнішого, і відкриття того, що тривожність можна перенести, не уникаючи ситуацій.

Результати теоретичного аналізу літератури з проблеми obsesивно-компульсивного розладу та соціальної фобії дають змогу встановити спільні і відмінні риси цих розладів (див. табл.1.1).

**Спільні риси obsесивно-компульсивного розладу та соціальної фобії**

№ з/п	Аспекти дослідження	Obsесивно-компульсивний розлад	Соціальна фобія
1	Діагностичні критерії	<b>Зазвичай більше ніж одна</b> нав'язливі думки та дії (ритуали) для зменшення тривоги	Страх взаємодії чи виконання діяльності у <b>зазвичай більше ніж одній</b> соціальній ситуації
2	Природа	<b>Тривога, страх, гіпервідповідальність</b>	<b>Тривога, страх, сором, скутість</b>
3	Хронологія дослідження	<b>1960-роки</b>	<b>1960-роки</b>
4	Етіологія	<b>Генетика, оточення, виховання</b>	<b>Генетика, оточення, виховання</b>
5	Класифікація	<b>3 групи: I- obsесії і компульсії, II – obsесії, III - компульсії</b>	<b>3 групи: I – генералізована соціальна фобія, II – фобія публічного виступу і соціальної взаємодії; III - фобія публічного виступу</b>
6	Типова поведінка	Охоронна	Унікаюча
6	Когнітивно-поведінкові втручання	<b>Експозиції, профілактика ритуалів</b>	<b>Експозиція, когнітивне реструктурування</b>
7	Наслідки	Втрата якості життя, працездатності	Неможливість реалізувати свій інтелектуальний і професійний потенціал, соціальна ізоляція

Як видно з таблиці, спільними рисами цих розладів є те, що вони є тривожними розладами, які вирізняються страхом втрати контролю у різних ситуаціях. Провідним втручанням когнітивно-поведінкової терапії цих розладів є експозиція і експерименти, при соціальній фобії також широко використовується когнітивне реконструювання. Відмінністю соціальної фобії від ОКР є те, що вона є більш поширеною і має крос-культурні особливості: переважає у західних культурах. Також домінуючою поведінкою при соціальній фобії є уникання, тоді як при ОКР – охоронна поведінка. Серед основних особистісних утворень при ОКР є особистісна відповідальність за власне життя і життя своїх рідних, а при соціальній фобії – чуття сорому. Слід зазначити, що ОКР більшою мірою пояснюється через медичний і нейроанатомічний контекст, тоді як соціальна фобія – більшою мірою психологічне утворення і до 1960 року розглядалася як стійка особистісна риса. Конкретизація і індивідуалізація когнітивно-поведінкових втручань та їх зіставлення із українськими прислів'ями і приказками на конкретних випадках буде здійснено в емпіричному розділі роботи.

## **РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження ефективності когнітивно-поведінкових втручань та використання українських прислів'їв і приказок для лікування тривожних розладів**

### **2.1. Опис випадку обсесивно-компульсивного розладу**

*І. Представлення випадку (скарги, запит, історія хвороби, сімейний і соціальний анамнез, історія розвитку, дані додаткових обстежень, психічний статус, діагноз).*

Владиславу 27 років. Він ніде не працює вже упродовж трьох років. До 22 років вів повноцінне життя, виховувався в гарній сім'ї, де батьки його дуже любили. Поряд із ним ще є старша сестра, яка зараз заміжня. Має медичну освіту, працював фельдшером на швидкій допомозі, а з 22 років почав працювати паралельно дистриб'ютором фармацевтичної фірми. Дуже втомлювався, не досипав, хвилювався за реалізований товар. Одного дня таке надмірне хвилювання спричинило затерпання в обличчі, яке згодом поширилося на ноги і руки. Такі затерпання почали повторюватися дуже часто, виникла думка про розсіяний атеросклероз, довго обстежувався і вперше замислився про самогубство, адже не хотів бути інвалідизованим. На той час клієнт був одружений і дружина підтримувала його. Згодом діагноз не підтвердився, був поставлений інший діагноз: вегето-судинна дистонія, довго обстежувався і лікувався, але й цей діагноз не підтвердився. Звільнився з роботи, розлучився з дружиною і почав лікуватися у психіатрів. Діагноз, поставлений психіатрами: тривожно-депресивний розлад з панічними атаками, соматизацією, контрастною настирливістю. Основна скарга: печіння у зап'ястках, наче перерізані вени, а також печіння в ногах – в п'ятах. Ці відчуття тривають постійно з однаковою інтенсивністю, внаслідок чого виникають нав'язливі думки про те, що одного разу клієнт не витримає і накладе на себе руки. Найбільш імовірний спосіб – перерізати собі вени.

Комплексне обстеження Владислава дало змогу встановити фактори схильності, передусім, генетичні: бабуся Владислава лежала в психіатричній клініці з діагнозом депресії, батько також має напади депресії, вживає антидепресанти, також кілька разів перевіряє газ, світло тощо. Водночас на якість життя це не вплинуло. Серед набутих факторів ми виділили випадок, коли у віці 11 років, кинь вдарив в голову Владиславу, внаслідок чого він втратив свідомість. Після цього випадку з'явилися відчуття тиску у скронях і компульсивні дії: терти скроні і легко дмухати на долоні. Згодом це пройшло і клієнт вів нормальний спосіб життя до 22 років. За словами матері, коли Владислав навчався у коледжі, він багато вживав алкогольні напої, і саме це спровокувало його нинішню хворобу. Але сам клієнт не погоджується із такою думкою. Критичною подією він вважає перевантаження роботою, недосипання та хвилювання. Серед основних нав'язливих думок клієнта є самогубство, самопошкодження, насилля над племінницею, богохульство тощо. За опитувальником ОСІ ОКР має помірне вираження: становить 44 бала з можливих 152 балів. За шкалою Єля-Брауна було виділено такі основні обсесії (див. табл. 2.1).

**Види obsesій та компульсивних дій**

№ з/п	Види obsesій	Особливості їх прояву
1	Obsesії забруднення	Страх бруду, мікробів, СНІДУ тощо
2	Obsesії агресії	Страх спричинити шкоду самому собі, спричинити шкоду іншому, що біда знайде, уявні картини насильства та жаху, страх вчинити небажані агресивні дуки (наприклад, виникала думка, що може зарізати батьків)
3	Сексуальні obsesії	Гомосексуальні думки, страх, що може приставати до своєї неповнолітньої племінниці
4	Соматичні obsesії	Надмірний страх недуг та захворювань
5	Релігійні obsesії	Богохульні думки
6	Інші obsesії	Різні пісні, які крутяться в голові, висмикування волосся
7	Компульсії перевіряння	Перевіряння замків, перевіряння рук, пов'язане із соматичними obsesіями
8	Лічильні obsesії	Парні/непарні автомобільні номери
9	Забобонна поведінка	Переступання певних плям на підлозі, торкання певних предметів

Слід зазначити, що зазначені компульсивні дії не знімали напругу з основної нав'язливої думки про вчинення самогубства через постійне печіння рук і ніг. Єдина дія, яка цю напругу знімала, це контакт із психотерапевтом чи психіатром. При цьому єдині obsesії, які заважають жити клієнту, стосуються саме заподіяння собі шкоди. На питання про готовність до самогубства клієнт однозначно дає негативну відповідь і каже, що він не зробить цього, але нав'язлива думка про це увесь час з'являється.

Таким чином, основною нав'язливою думкою є думка про заподіяння собі шкоди на ґрунті постійного печіння вен. Значення, яке надається тривозі: якщо я не подзвоню терапевту і не поговорю з ним про свої нав'язливі думки, я не витримаю, і можу накласти на себе руки. Отже, основний підтримуючий цикл утворюється навколо цієї ключової когніції. Найтипівішими ситуаціями, в яких з'являється тривога, є відчуття печіння вен та ніг. Окрім повторюваної дії, що зменшує тривогу – контакт з лікарем – інших нейтралізуючих активностей не помічено. Серед основних підтримуючих циклів виділено охоронну поведінку: [відчуття порізаних вен, пекучість у ногах]–[мені нічого не допоможе, нічого не можна вдіяти] –[тривога]– [приймає таблетки, телефонує до психіатра чи психотерапевта] – [зниження тривоги] –

[відсутність можливості перевірити на ефективність адаптивні стратегії ] => [у довгостроковій перспективі посилення проблеми].

ОКР клієнта супроводжується коморбідністю – депресією. За шкалою депресії Бека – 19 балів, що характеризує високий рівень депресії.

*Сімейний анамнез клієнта:* в родині є випадки з депресією та слабо вираженим ОКР.

*Соціальний анамнез:* зниження якості життя, розлучення із дружиною, втрата роботи і бажання працевлаштуватися. Погіршення стосунків із матір'ю, яка наполягає, щоб він повернувся до нормального способу життя.

*Медичний анамнез:* Соматичні прояви в руках та ногах.

## *II. Діагностичне формулювання.*

Діагностичне формулювання здійснювалося упродовж двох сесій та ґрунтувалося на класичній моделі формулювання Д. Вестбрука (Westbrook et al., 2011) та (Salkovskis, Krik, 1997); (Foa et al., 2005, 2010). На третій сесії уточнялося формулювання проблеми та здійснювалася психоедукаційна робота.

Факторами схильності цього випадку є генетична схильність з боку батьківської лінії щодо депресії та проявів ОКР, а також набута схильність у вигляді фізичної травми в голову та втрати свідомості. Критичною подією слугувало значне перевантаження клієнта, коли поєдналося кілька робіт одночасно із надмірним хвилюванням. Проблема стосується нав'язливих соматичних відчуттів у зап'ястках та ногах, які породжують нав'язливі думки про самогубство. Також нав'язливі думки часто виникають як наслідок якоїсь почутої нісенітниці, в яку сам клієнт слабо вірить. Відповідно основною емоцією є страх і тривога, що також деколи супроводжується іпохондричними проявами (страх захворіти), панічними атаками (сильним серцебиттям), які траплялися дуже рідко (двічі упродовж місяця). Наслідки проблеми виявляються у значному зниженні якості життя клієнта: втраті роботи, розлученні із дружиною, відсутності власних дітей.

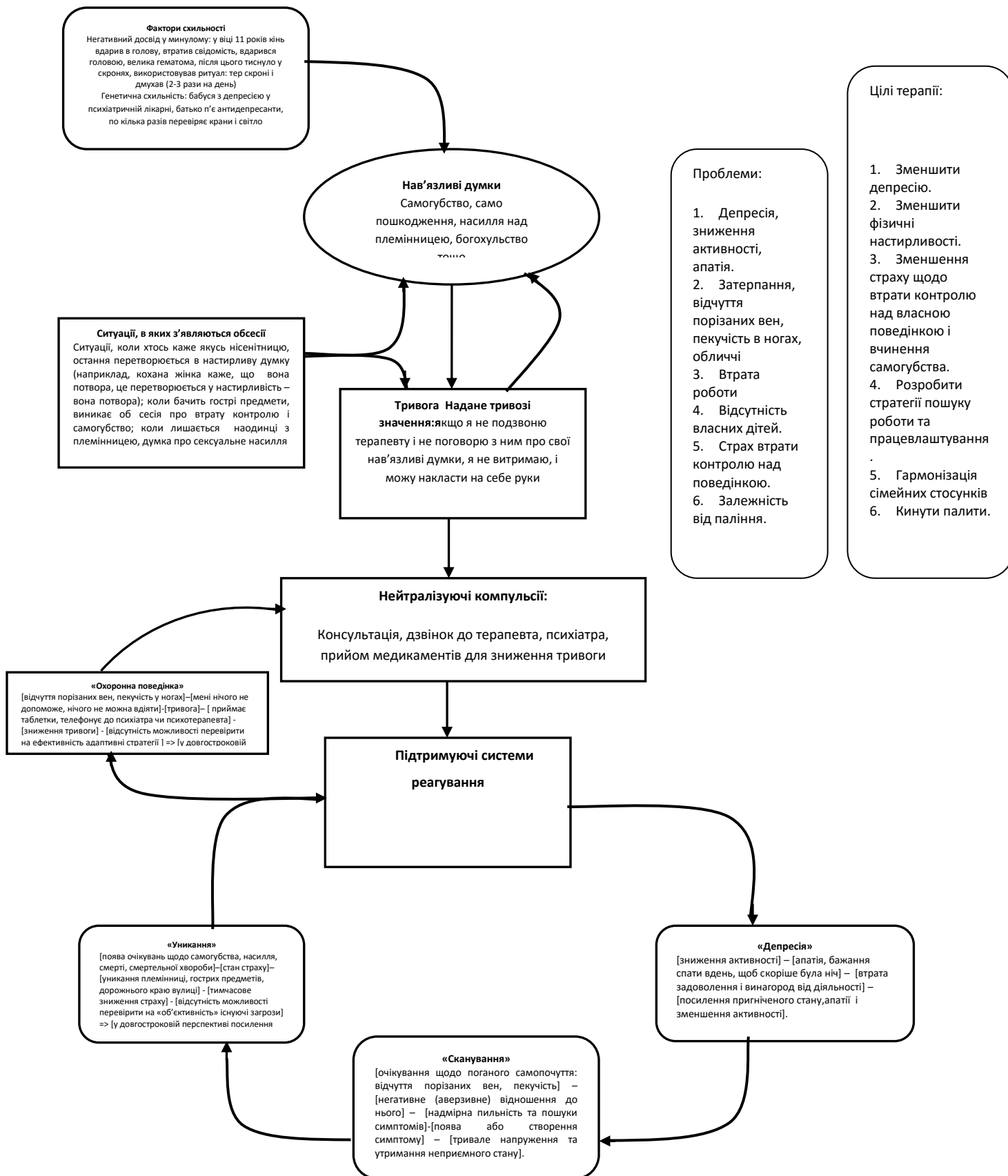
До ситуацій, які тригерують тривогу, належать наявність гострих предметів у полі зору, почуті нісенітниці про близьких людей, новини про самогубство якоїсь людини, перебування наодинці з неповнолітньою племінницею.

Основним переконанням клієнта є «Я не можу контролювати ситуацію», «будь-якої миті я можу втратити самоконтроль».

Підтримуючим циклом є ритуал короткотривалого зменшення тривоги (телефонний контакт чи зустріч із психотерапевтом), внаслідок чого адаптивні стратегії не використовуються і в довготривалій перспективі тривога лише зростає. Потреба у контактах із лікарями дедалі збільшується і необхідність у погодженні плану лікування та завіряння у можливості лікування зростає. Іншим підтримуючим циклом є депресія як обмеження соціальної активності, зменшення отриманих винагород за діяльність, яка б приносила задоволення, внаслідок ще більше погіршення психічного стану.

Виділено також підтримуючий цикл сканування, зосередження на зап'ястках і ногах, внаслідок чого соматичні відчуття набувають нав'язливих

форм і ще більше підвищують тривогу. Також спостерігається підтримуючий цикл уникання, упродовж якого клієнт уникає певних ситуацій і не може реально перевірити свою поведінку у них, таким чином посилюючи тривогу і очікування у цих ситуаціях (див. рис. 2.1)





## Рис. 2.1. Формулювання випадку

### 2.2. План когнітивно-поведінкової терапії ОКР

А. Серед основних *проблем* клієнта виділено такі:

1. Депресія, зниження активності і якості життя.
2. Затерпання кінцівок, зап'ясток та печіння у ногах.
3. Нав'язливі думки про самогубство.
4. Втрата роботи.
5. Відсутність дітей.
6. Страх втрати контролю над поведінкою.
7. Паління, яке посилює затерпання і печучість.

В. Відповідно до *целей* терапії належать:

1. Зменшення депресії (здійснення різних діяльностей та отримання задоволення від них).
2. Зменшення фізичних настирливостей (хронічні соматичні прояви).
3. Не боятися думок про самогубство, сприймати їх як просто думки, не пов'язані з реальними діями.
4. Розробити копінг стратегії пошуку роботи і працевлаштування (зменшення страху не справитися із професійними обов'язками внаслідок затерпання кінцівок).
5. Зменшення страху щодо втрати контролю у тих ситуаціях, які викликають найбільшу тривогу.
6. Гармонізація сімейних стосунків.
7. Припинення паління.

С. *План терапії*. Терапія була побудована з урахуванням специфіки випадку Владислава, а також ґрунтувалася на плані КПТ терапії ОКР, запропонованих Е.Фоа (Foa et al., 2005, 2010). Відповідно до того, що експозиція і профілактика ритуалів, є основними поведінковими техніками у лікуванні ОКР, увага була зосереджена саме на них. Також враховуючи високий рівень депресії клієнта, було здійснено моніторинг діяльностей, які надають йому задоволення, та є успішними.

Згодом цей список активностей (перебування за кермом, відвідування церкви, прогулянка по місту, читання цікавої книжки, розмова з мамою) були виділені як альтернативи щодо здійснення ритуалів (дзвінок чи похід до лікаря у ситуаціях наростання напруги). На першому етапі терапії провідним завданням було здійснення повного діагностичного формулювання і досягнення повного розуміння клієнтом природи ОКР шляхом психоедукації. Окрім цього, враховуючи медичну освіту клієнта та його значний інтелектуальний ресурс, було запропоновано літературу (Романчук, 2011; Foa et al., 2005) як домашнє завдання та обговорення того, що корисного для себе дізнався клієнт. На другому етапі терапії основним завданням була експозиція гострих предметів, фіксація того значення, якого він їм надає (страх здійснити самогубство), а також нейтралізація ритуалів для зниження тривоги. Для цього було визначено градацію експозиції: від демонстрації різних за розміром гострих предметів до дій з ними у присутності спочатку терапевта, а згодом як домашнє завдання – у присутності членів сім'ї. Після страху гострих

предметів як засобу суїциду, клієнт почав мати нав'язливі думки щодо придбання травматичного пістолету та суїцидальної спроби у такий спосіб. Тому використовувалася мисленнева експозиція суїцидальної спроби з допомогою вогнестрільної зброї (мисленнева експозиція від магазину, у якому клієнт купляє цю зброю до знаходження у підвалі та здійснення пострілу). Для зменшення психосоматичних нав'язливих проявів використовувалися техніки відчуття усього тіла тут і тепер (mindfulness), що давало змогу переривати стратегію постійного сканування конкретних ділянок тіла. Для розуміння нав'язливого характеру думок про самогубство, на протигагу реальності самої дії, було заповнено шкалу Бека суїцидальних думок, обговорення певних тверджень, які показали, що клієнт в реальності не хоче вкорочувати собі віку. Також як домашнє завдання він намагався лишатися із племінницею на одинці, щоб переконатися про лише мисленневу нав'язливість (а не реальну дію) сексуального насильства і подолання страху щодо втрати контролю над своєю поведінкою. Також обговорювалася коморбідність ОКР – депресія, яка часто нівелює мотивацію до одужання і знижує ефективність психотерапії. Для подолання депресії розроблявся список можливих справ на кожен день (техніка «Моніторинг і планування видів діяльності», Дж. Бек, 2006), узгоджувалася картина майбутнього життя (як клієнт бачить своє ідеальне життя в майбутньому після зменшення проявів ОКР, техніка «Піріг» Дж. Бек, 2006), визначалися шляхи підвищення якості життя, зокрема пошуки роботи (виділялися переваги і недоліки працевлаштування, техніка «Прийняття рішення», Дж. Бек, 2006). Також клієнт намагався виявити варіанти можливої фізичної активності (адже страждає на зайву вагу), та визначав мотивацію для припинення паління.

На третьому етапі використовувалися техніки закріплення набутих навичок та попередження рецидиву.

### **2.3. Українські прислів'я і приказки у когнітивно-поведінковій терапії обсесивно-компульсивного розладу**

У науковій літературі широко представлено використання метафори як означення різних фрагментів дійсності з допомогою непрямого значення або на основі порівняння (Корр, 1995). Метафори використовуються на різних етапах терапії та відповідно з різною метою. Під час терапії терапевт часто використовує метафору, щоб трансформувати і продовжити непрямі значення, які надає клієнт, тим самим покращуючи розуміння між ними (Witzum, 2000). Наприклад, якщо клієнт говорить про те, що він безхребетний, можна попросити уявити його свій хребет, де саме починаються вади і що могло б його підтримати. Тоді мова може зайти за залізний корсет і відповідно згадуватимуться життєві обставини, які він нагадує. При цьому прихильники використання метафори у психотерапії зазначають не лише про покращення налагодження стосунку між терапевтом і клієнтом, а й поглиблення розуміння клієнтом суті терапії.

На наш погляд, українські прислів'я і приказки володіють не меншим психотерапевтичним потенціалом ніж метафори з огляду на такі аспекти. По-перше, прислів'я і приказки – це фольклорне надбання народу, яке відображає основні архетипи колективного несвідомого, що передаються із покоління у покоління, а відтак, є близькими і зрозумілими для індивідуальної свідомості (когніції). По-друге, в прислів'ях і приказках часто відображено моделі поведінки, які є доцільними в різних життєвих ситуаціях, для досягнення успіху і подолання різних перешкод – страхів, небажання, лінощів тощо. По-третє, використання прислів'їв є доцільним у рамках когнітивно-поведінкової терапії, адже їх розуміння потребує когнітивного реконструювання (робота над дисфункційними припущеннями і глибинними переконаннями), а також слугує дороговказом для певної поведінки (експозиції). На наше переконання, українські прислів'я і приказки можна використовувати на різних етапах терапії, починаючи із психоедукації і закінчуючи завершальними сесіями. До основних цілей терапевтичних цілей використання українських прислів'їв і приказок, на наш погляд, належать такі: встановлення терапевтичного стосунку між терапевтом і клієнтом (у цьому випадку прислів'я слугують своєрідним містком); психоедукація (представлення випадку, обговорення його з клієнтом з використанням прислів'їв); пояснення конкретних технік та підвищення ефективності їхнього використання. Розглянемо використання українських прислів'їв і приказок на прикладах терапії тривожних розладів більш докладно.

Перша і друга сесії були виключно діагностичними і спрямованими на повне формулювання випадку. Домашнім завданням наприкінці другої сесії слугувало фіксування ситуацій, у яких посилювалася тривога та дій, які її зменшують. Оскільки нав'язливі думки стосувалися суїцидальних дій, окремо було здійснено діагностику щодо суїцидальних думок за шкалою А. Бека. Важливою метою перших сесій є встановлення гарного психотерапевтичного стосунку та інсталяція надії у клієнта. Також важливим на цьому етапі є наголос на необхідності співпраці між терапевтом і клієнтом, адже останній в результаті КПТ має бути сам собі терапевтом, оскільки оволодіє достатньою сукупністю технік. Розглянемо цілі перших сесій та можливе використання прислів'їв у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Використання українських прислів'їв відповідно до цілей перших двох сесій**

№ з/п	Цілі перших сесій	Прислів'я та приказки
1	Встановлення довіри і рапорту	Віра в себе – таїнство життєвих успіхів; з добрими людьми завжди згоди можна дійти; поміч у свій час як дощ у засуху.
2	Знайомство клієнта з когнітивною терапією	Краще раз побачити, ніж тричі почути; як хочеш шити, то вузлика зв'яжи; мудрий, хто не вродився, а

		хто навчився;чого навчився, того за плечима не носить; без труда нема плода
3	Пояснення клієнту природи його розладу ОКР	Думка думку гонить; думка – найхуткіша, земля – найситніша; думка нікому зла не робить; не все те є зробиться, що на думці зродиться; стільки гадок як в решеті дірок; у тебе стільки гадок як у зайця стежок; не так сталося, як гадалось; хто по морю плавав, тому калюжа не страшна
4	Інсталяція надії	Тихо їдеш, далі будеш; всякому овочу – свій час; з несподіваного буває сподіване, а зі сподіваного – несподіване; є і буде, і знаємо, де взяти; аби цвіт, а ягідки будуть; в осені літо.
5	Виявлення та за необхідності корекція очікувань клієнта щодо терапії	Хто питає, той не блудить; не увіриш, доки не зміриш.

Важливо розуміти, що використання прислів'їв не повинно переважати у терапевтичному стосунку між терапевтом і клієнтом. Терапевт може використати одне-два прислів'я протягом сесії, щоб покращити досягнення тієї чи іншої цілі. Так, наприклад, на першій сесії клієнт розповів, що довго не наважувався прийти до психолога, оскільки за фахом – медик і довіряє переважно медикаментам, а не певним психологічним технікам. Відтак, вагався і зараз вагається чи правильно він зробив, довірившись когнітивно-поведінковому терапевту. Відповідно було використано прислів'я: «Прийшов пізно, так завізно, прийшов рано – так не дано», яке терапевт проінтерпретував як те, що на все є свій час, і якщо, все ж таки клієнт прийняв рішення ходити до психолога, очевидно, це було підготовлено і попереднім досвідом лікування у психіатричних лікарнях і усвідомленням того, що медикаменти не є панацеєю у вирішенні проблем з ОКР.

Клієнт наголошував на тому, що лікарі не можуть йому допомогти, і тому надія лише на допомогу психолога. Це підготувало добрий контекст для наголошення на співпраці між терапевтом і клієнтом, лише на фасилітуючій ролі терапевта у спільній роботі, а також на власній активності клієнта: «Без труда нема плода», «Щоб рибу їсти, треба вводу лізти», «Без трудів не їстимеш пирогів». Великий досвід лікування у різних лікарнях зумовив значну недовіру клієнта щодо можливості його одужання чи принаймні полегшення, що може бути також підтверджено статистикою ефективності КПТ при obsesivno-kompulsivnomu rozladi, відповідно 83% при використанні експозиції та профілактики ритуалів, а також 76% - стані ремісії після 2-х років терапії.

Після таких наукових фактів можна запропонувати прислів'я: «Не увіриш, доки не зміриш», щоб допомогти клієнтові прийняти рішення щодо участі у когнітивно-поведінковій терапії.

На третій сесії (психоедукаційній) здійснювалася психоедукація щодо особливостей ОКР як виду тривожних розладів. З клієнтом обговорювалися усі компоненти формулювання, основна увага приділялася підтримуючим циклам та особливостям перебігу ОКР у клієнта, який супроводжується нападами депресії та соматичними проявами. Пояснено, що основними техніками при лікуванні ОКР є експозиція і усунення ритуалів, а також зафіксовано високу мотивацію клієнта до змін. Природа ОКР як страх перед нав'язливими думками, а також побоювання того, що думка втілиться в дію (страх перерізати вени), була проілюстрована прислів'ям: «Не все те є зробиться, що на думці зродиться». Також було обговорено усі обсесії за шкалою ОСІ, а також зіставлено їх із прислів'ям «Думка думку гонить», «Думка найхуткіша». Детально проаналізовано основні проблеми клієнта та визначено відповідні цілі терапії. Також було з'ясовано, які зміни будуть вказувати на успіх терапії. Оскільки на третій сесії клієнт поскаржився на апатію і бажання зранку пити снодійні ліки для зменшення тривоги і приближення вечора, домашнім завданням наприкінці третьої сесії слугувало фіксування видів діяльності за критеріями успіху і задоволення.

На четвертій сесії (зменшення симптомів, соціалізація клієнта у модель КПТ, побудова терапевтичного альянсу) здійснювався моніторинг видів активності для клієнта, що слугують для нього свого роду винагородою, оскільки приносять значне задоволення, а також градуйована експозиція гострих предметів *in vivo* (ножів та гострого скла). Перед експозицією було використано прислів'я: «Краще раз побачити, ніж три рази почути». Градацію експозиції було здійснено спільно із клієнтом, починаючи просто від споглядання гострих предметів, які лежали на столі, до предметних дій із ними, та прикладанням їх на зап'ястки, де увесь час відчуваються соматичні прояви. Тривога вимірювалася клієнтом за шкалою від 1 до 10. Найвищий прояв тривоги (10) спостерігався при прикладанні розбитого скла до зап'ястка, через три хвилини тривога зменшилася до 9, а у упродовж ще 7 хвилин до 2. При цьому клієнт зазначив, що відчувається краще, а печіння у зап'ястках не схоже на те, коли до них доторкаєшся склом чи ножем. Домашнім завданням клієнта було здійснення такої експозиції у присутності матері, у ситуаціях, коли тривога від думок про можливе самогубство стає нестерпною. Для нейтралізування ритуалів (дзвінок до психотерапевта чи лікаря) було запропоновано клієнту використати одну із активностей, які приносять йому задоволення (прогулятися, поговорити з мамою, сходити в церкву тощо), також було домовлено не вживати бензодіазепіни у випадку виникнення тривоги, а дотримуватися лише препаратів, виписаних психіатром для зменшення проявів ОКР і депресії.

На п'ятій сесії клієнт поскаржився на нав'язливі думки щодо можливого суїциду за допомогою вогнестрільної зброї. На цій сесії перед мисленневою експозицією обговорювалося прислів'я «Думка нікому зла не робить», було

проаналізовано зв'язок думки про перерізання вен і експозицією, використовувалася мисленнева експозиція суїцидальної спроби з допомогою вогнестрільної зброї (мисленнева експозиція від магазину, у якому клієнт ретельно вибирає та купляє цю зброю до знаходження у підвалі свого будинку та підготовки щодо здійснення пострілу). Коли курок пістолета був біля лівої скроні (клієнт лівша) тривога трималася на рівні 10 за 10-бальною шкалою упродовж 8 хвилин, а згодом зменшувалася до 3. Домашнім завданням для клієнта було здійснення такої мисленневої експозиції у випадках наростання тривоги щодо можливого суїциду.

На шостій-восьмій сесії (релаксуючі техніки для зменшення тривоги і соматичних проявів, розвиток позитивної мотивації до змін та планування видів активностей для підвищення якості життя, корекція ключового переконання щодо негативних наслідків тривоги).

На цих сесіях з клієнтом обговорювалася реальність того, що він дійсно вчинить самогубство, коли наростає тривога від печіння. Клієнт зазначив, що вдома вже гострі предмети ніхто від нього не ховає, і тривога не виникає, якщо вони попадають у його поле зору. Він впевнений, що не вкоротить собі віку, єдине, що його найбільше турбує, це соматичні прояви в кінцівках і непоборне бажання кожен день контактувати з лікарями. Упродовж сесій перевірялися поведінкові гіпотези: гіпотеза А: я більше не винесу цих відчуттів у кінцівках, можу здійснити самогубство, тому задзвоню лікарю; гіпотеза Б: незважаючи на відчуття у кінцівках, я не зроблю суїциду, тому не буду телефонувати лікарю і тривога сама по собі поступово зменшиться. Клієнт зазначав, що дійсно і без контакту з лікарем тривога зменшується, але не так легко, як після зустрічі із психотерапевтом. Для зменшення тривоги, клієнт використовує релаксуючі техніки та види активності, які приносять задоволення.

Для зменшення соматичних проявів було використано техніку тілесної релаксації «тут і тепер» із концептуального поля mindfulness. Клієнт намагався сканувати кожну клітину свого тіла, кожен орган і частину тіла. Внаслідок чого дійшов думки про те, що якщо звертати увагу на певну частину дійсно у ній з'являються відчуття, зокрема клієнт відчував шум у вухах, поколювання у спині, певні відчуття у грудині. Разом із тим, дещо зменшувалися печіння в області зап'ясток і ніг. На думку клієнта, це відбулося через розосередження уваги на відчуття у всьому тілі, замість звичного сканування лише зап'ясток і ніг, адже «Де болить, там і торкаєш кожну мить». Клієнт погодився виконувати такі вправи самостійно вдома, коли печіння в руках і ногах підвищують страх і тривогу. Для обговорення природи болю були наведені прислів'я: «Біль мовчанки не знає», «Біль без язика, але каже, де болить». Обговорення прислів'я «Біль не виженеш як собаку», «Болить 9-й рік, але й досі не привик» привело до розуміння природи хронічного болю та необхідності його прийняття у виконанні доступних для цього болю виду діяльностей. Клієнт відзначив, що дійсно із цим болем він може використовувати практично будь-яку діяльність. Основною проблемою є працевлаштування, оскільки він побоюється, що після влаштування на роботу доведеться її залишити через цей

біль. Було домовлено про поведінковий експеримент, адже перевірити це можна лише, працевлаштувавшись.

Окрім цього було здійснено техніку «Піріг» для планування майбутнього життя і підсилення мотивації щодо змін і підвищення якості життя. Значна доля бажаних сфер припадала на сімейні справи, тоді як на працевлаштування клієнт відвів лише 10% життєвого простору. Тому була використана техніка «Прийняття рішення» з визначенням переваг і недоліків можливого працевлаштування.

*Результати терапії.* Після проходження восьми сесій у клієнта значно зменшилися нав'язливі думки щодо самогубства, можливого насилля над іншими, що виражається у втраті контролю над власною поведінкою. Клієнт вдома намагається конфронтувати із тими ситуаціями, які викликають у нього тривогу. Наприклад, якщо з'являється нав'язлива думка про самогубство і прорізання вен, він бере до рук гострі предмети і тримає їх доти, доки тривога не зменшується. Якщо йому здається, що він може кинутися під машину, він спеціально підходить ближче до краю дороги, щоб переконатися, що він цього не зробить. При нав'язливостях із вогнестрільною зброєю, він проводить мисленнєві експозиції. Проводити експозиції мисленнєво і *in vivo* Владиславу допомагає мама. Також у клієнта зменшилися соматичні відчуття печіння ніг і зап'ястків, а коли ці відчуття нарастають, він використовує техніку сканування усього тіла. Зазвичай такі тілесні практики «тут і тепер» клієнт використовує вранці, коли відчуття після пробудження найбільш сильні. Ця практика дає змогу йому переключитися, заспокоїтися і не пити транквілізатори (клієнт утримується від цих медикаментів вже упродовж 3 тижнів). Також Владислав домовився про працевлаштування на роботу у сфері медицини. Значно покращилися стосунки у сім'ї, мама зрозуміла сутність експозиції, переконалася, що вона йому допомагає, тому підтримує сина у його поведінкових експериментах. Також клієнт зазначив, що його улюбленою діяльністю є спільна вечеря вдома, коли збирається уся родина і можна про все поговорити. Відтак, такі вечері стали майже щоденними. Рівень депресії значно зменшився, коливаючись в діапазоні від 15 (високий рівень) до 6 балів за шкалою Бека, що є низьким рівнем. Зменшення симптомів ОКР за шкалою ОСІ з 44 балів до 16 балів на восьмій сесії. На останніх сесіях була проведена робота із закріпленням отриманого результату та засвоєних технік, а також обговорено план самотерапії. Сесії було зменшено до 1 разу на три тижні. Перед зменшенням сесії було визначено можливості Владислава у випадку рецидиву. Усі можливості також ілюструвалися прикладом українських прислів'їв (див. табл. 2.3).

**Таблиця 2.3**

**Використання прислів'їв до планування самотерапії та можливостей рецидиву**

№ з/п	Можливості клієнта	Відповідні прислів'я
1	У мене є вибір: я можу катастрофізувати ситуацію і	Перемагай труднощі розумом, а небезпеку досвідом (Які знання

	зрозуміти, що вся терапія – даремна, або повернутися до попередніх записів, згадати, що рецидиви – це нормальний етап одужання, і подумати, який досвід, я можу отримати із цього рецидиву. Використати план самотерапії	були отримані упродовж терапії, які когнітивно-поведінкові техніки, який отримано досвід у долатті тривоги шляхом експозиції при нав'язливих думках?
2	Проведення сесії самотерапії	Хто знання й досвід має, той мур зламає (впевненість у своїх силах та ефективності самотерапії)
3	Консультація з терапевтом для обговорення проблемних моментів психотерапії у разі необхідності	Мудрим ніхто не вродився, а навчився; навчай інших і сам навчишся.

При обговоренні прислів'я: «Навчай інших і сам навчишся» клієнт розповів про батька, який днями вийшов на пенсію і має депресивний настрій. Відтак, Владислав здійснив з ним моніторинг діяльності та вони мають щодня спільні справи в обладнанні гаража, ремонту машини, поїздки в село, які приносять їм задоволення та є успішними.

Випадок цікавий тим, що ОКР клієнта представлено фізичними нав'язливістю, які спричиняють нав'язливі думки про самогубство, насилля, пов'язані із втратою контролю над поведінкою. Також специфічним є ритуал клієнта – контакт із терапевтом, інші мисленнєві чи фізичні дії клієнт не використовує. Впадає в око той факт, що вираження ОКР на початковому етапі було доволі невисоким 44 бали із можливих 152. Водночас нав'язливості були проявом інших тривожних розладів – іпохондричних симптомів, панічних атак (які колись ще перед терапією мали прояви), ГТР, а також коморбідність у вигляді депресії. Іншою особливістю клієнта є його загальна освіченість, зокрема медична, та висока мотиваційна готовність до змін. Спостерігався також значний дисбаланс між наявними ресурсами клієнта та низькою якістю життя, тому значна робота була спрямована не лише на зменшення нав'язливих відчуттів, думок та нейтралізацію ритуалів, а також на підвищення якості життя: налагодження сімейних стосунків, працевлаштування, виконання різних видів діяльностей, які можуть бути і успішними і приємними.

Важливим, на наш погляд, було поєднання двох підходів до формулювання випадку, запропонованих Д. Вестбруком (загальна модель КРТ) та модель випадку ОКР, уведених П. Салковскіс. Також враховуючи тілесні відчуття, корисною, на наш погляд, виявилася тілесна практика та техніки mindfulness.

Результати використання українських прислів'їв і приказок на різних етапах психотерапії когнітивно-поведінкового втручання при обсессивно-компульсивному розладу засвідчили свою ефективність. Так можна підібрати



відповідні прислів'я для встановлення психотерапевтичного стосунку клієнта і терапевта, психоедукації щодо природи розладу, використанні різних технік, а також підготовки до самотерапії у випадку рецидиву. Обговорення прислів'їв між клієнтом і терапевтом дає змогу покращити досягнення цілі кожного етапу психотерапії, а також поглиблює розуміння клієнтом суті когнітивної реструктуризації та поведінкової експозиції шляхом уведення культурно-історичної пам'ятки та орієнтирів у вигляді українського фольклору. Важливо також відзначити, що обговорення прислів'їв дає змогу клієнтові відкрити ті етапи чи сфери його життя, які навмисно чи випадково не відкривалися перед терапевтом. Відтак, терапевт краще може зрозуміти сутність проблеми і виробити відповідних план терапії.

#### **2.4. Опис випадку соціальної фобії**

*І. Представлення випадку (скарги, запит, історія хвороби, сімейний і соціальний анамнез, історія розвитку, дані додаткових обстежень, психічний статус, діагноз).*

Клієнт Ігор, 16 років, один син у сім'ї, навчається в коледжі. Звернувся за власним бажанням, оскільки відчуває скутість і страх у соціальних ситуаціях. Основний страх – відповідати на уроці, коли треба виходити на середину класу, у такому випадку йому видається, що усі з нього глузують. Це обернулося тим, що вчиться він дуже погано, його ледь перевили на наступний рік, хоча він вважає, що мислення, пам'ять, увага розвинені доволі добре, і він би міг вчитися нормально. Окрім скутості у виконанні публічної діяльності (відповіді на уроках), в нього також є інший фокус соціальної фобії – міжособова взаємодія. Він не вміє і боїться встановлювати соціальні контакти, бо переконаний, що скаже, щось не те, і опиниться у принизливій чи дуже соромній ситуації. Таким чином, основні проблеми – це страх перед соціальними ситуаціями, які стосуються, як виконання публічної діяльності, так і інтерперсональної взаємодії.

Факторами схильності, на наш погляд, є слабкий і повільний тип темпераменту, яскраво виражена жіноча ідентичність, яку юнак дуже підкреслює і поглиблює, займаючись бальними танцями. Його зовнішність стає часто предметом глузування, водночас він не вважає проблемою свою фемінність, а просто хотів би бути гарнішим шляхом здійснення пластичної операції (зменшення носу і вух), вищипуванням бровей та голінням ніг і рук. Набутою схильністю вважаємо стиль виховання батьків та модель відносин у сім'ї. Мама юнака є дуже маскулінною і все вирішує вдома, є єдиним і незаперечним авторитетом. Натомість папа є «придушеним маминим авторитетом», і його голос не чують у сім'ї. Мама з дитинства мала увесь час претензії до сина, критикувала його, оскільки він не відповідав її стандартам – сильної, активної людини. Це, очевидно, призвело до того, що критикуюча мама переросла у критикуючого самого себе сина із заниженою самооцінкою. Він дуже незадоволений собою, вважає, що не такий як усі, передусім, є негарним, нічого не вміє, мріє бути лідером та соціально активним, щоб вміти захищатися від інших. Критичною подією вважає зраду друзів, яка відбулася два роки тому. Друзі написали неправду про нього у соціальній мережі,

внаслідок чого багато людей від нього відвернулося і глузувало. При цьому він не міг захиститися і оправдатися. Батьки не підтримали його у цій ситуації, охарактеризувавши його як слабака, внаслідок чого у нього була суїцидальна спроба повішання. Зараз такі думки майже не з'являються. При обговоренні цієї теми, клієнт зазначив, що уявляв, як приверне до себе увагу оточення, батьків, однокласників, всі його пожаліють і осудять себе за несправедливе ставлення до нього, і тоді йому легше бути жити. Для клієнта було відкриттям, що після суїциду життя не буде, і його не буде, на що клієнт відповів про те, що він не замислювався над цим. Але найбільше у цій ситуації йому шкода батьків, адже він у них один і вони живуть виключно задля нього.

Таким чином, проблемою є соціальна взаємодія (відсутність друзів, погана успішність, соціальна ізоляція) і занижена самооцінка (я – негарний, я – тупий, я – нічого не вмію і ніколи нічого не досягну, я – не такий як усі, не можу постояти за себе і добитися свого), зниження активності (нічого не хочу, все одно такому як я в житті нічого не світить). Емоції: образа, злість, апатія, страх осоромитися і принизитися у соціальних ситуаціях. Поведінка: уникання ситуацій контактів з іншими чи відповідей на уроках; охоронна поведінка (говорить дуже тихо, щоб ніхто не почув і не глузував), (голиться і вищипує брови, щоб бути гарнішим). Тіло: при потраплянні в соціальні ситуації: спітніння, почервоніння.

Тригеруючими ситуаціями є соціальні ситуації, де потрібно, щось говорити чи робити на виду в інших, а модифікаторами є кількість цих людей: чим більше, тим гірше. Серед підтримуючих циклів є обмеження активності, внаслідок чого відсутність винагороди і задоволення, поглиблення соціальної ізоляції і ще більше зростання апатії і пригнічення. Іншим циклом є уникання соціальних ситуацій, відповідно відсутність вироблення адекватних стратегій володіння собою у таких випадках, що ще більше зумовлює тривогу і страх перед такими ситуаціями. Також доцільним вважаємо когнітивно-аналітичний підхід Д. Угрин (Ougrin et al., 2013), оскільки він стосується саме цього вікового періоду (див. рис. 2.2).



**Рис. 2.2. Формулювання проблеми у вигляді кола з виходами**

З клієнтом обговорено, де є вихід у такому колі, і з'ясовано, що у перериванні дії: «...я закриваюся у своїй кімнаті та розглядаю себе в дзеркало». Тому було продумано альтернативні дії, коли стає дуже сумно і надходять дуже пригнічені думки.

## **2.6. Українські прислів'я і приказки у когнітивно-поведінковій терапії соціальної фобії**

Терапія цього випадку містила 10 одногодинних сесій, одна сесія в тиждень. Упродовж перших двох сесій – діагностичних було обстежено клієнта та складено формулювання цього випадку. Встановлено, що соціальна фобія клієнта має генералізований характер, супроводжується низькою самооцінкою та депресією. До основних цілей терапії належали: 1. Розвиток адекватної самооцінки; 2. Конфронтація із соціальними ситуаціями та вироблення адекватних стратегій поведінки; 3. Активізація міжособистісних контактів та пошук потенційних друзів; 4. Когнітивна реструктуризація надання основного значення своїй зовнішності, прийняття своєї зовнішності (враховуючи специфіку віку); 5. Підкріплення цілей і прагнень до життя, вироблення планів на майбутнє; 6. Покращення стосунків із батьками (окрема сесія з батьками).

На перших сесіях визначалися основні складові формулювання, також використовувалася діагностична шкала YPI I для визначення особливостей стосунків юнака з батьками. На третій сесії обговорювався випадок із клієнтом, визначалася природа соціальної фобії, а також підвищена увага у соціальних ситуаціях до себе, а не до інших (цікавість як основні ліки від соціальної тривожності). На питання про найстрашніший сценарій, що найгіршого може статися, клієнт відповів про сором і приниження на виду у всіх. Тому з Ігорем було обговорено такі прислів'я як, «Сором – не дим, очей не виїсть», «Сором не нагодує», «Як і цього соромиться, то ніколи і

скоромиться». Також визначено основні витрати і здобутки соціальної тривоги: так, уникання дає змогу уникнути сорому, який, до речі, очі не виїдає, а які витрати цього: соціальна ізоляція, повний неуспіх у навчанні, апатія, самотність? Чи не за дорогі ці витрати? З клієнтом було обговорено стратегію перенесення цікавості із себе на інших, наприклад, на спостереження мобільних телефонів, які мають діти, що сидять на першій парті під час відповіді на уроці у центрі класу. На наступній сесії клієнт розказав, що спостерігав за блокнотом на столі у вчителя, потім спостерігав за класом, і був подивований, що вони не слідкують за його відповіддю, а переважно займаються своїми справами.

На четвертій сесії було обговорено, з чого складається щастя людини? І клієнт на 100% дав відповідь, що з краси тобто із зовнішності. Тоді було проведено обстеження із 10 знайомих осіб, щасливих і успішних, на думку клієнта, і їхньої зовнішності (осі координат) і з'ясовано, що майже ніхто із них немає модельної зовнішності. Таким чином, було здійснене відкриття про відсутність залежності щастя, успіху і краси. Було обговорено прислів'я: «Сила і розум – краса людини», і з'ясовано методом альтернативних пояснень дисфункційних автоматизованих думок, що клієнт все ж таки не є повністю тупим, оскільки йому добре даються іноземні мови, англійську він знає майже досконало. Також думка про те, що він не на що не здатен і нічого не вмів була частково заперечена тим, що він дуже добре танцює бальні танці стандартної програми, має багато нагород і міг би продемонструвати це у коледжі. Також були опрацьовані конкретні дії (рольові ігри) ініціювання і підтримання розмови з однолітками на перервах, а також визначено можливість запросити декого із них на вихідних на боулінг.

На п'ятій і шостій сесії обговорювалися якості, які клієнт цінує в інших, та ті, якості, які є в нього: надійність, порядність, щирість, досвід перебування в інших країнах. Також обговорено ведення щоденника для фіксації своїх позитивних дій та рис (для підвищення самооцінки), а також складання діаграми свого ідеального майбутнього. У це коло увійшли робота, власний будинок, машина, родина тощо. Далі було обговорено, де у цьому колі зовнішність, і наскільки вона вписується у щасливе майбутнє. Тоді було обговорено з клієнтом ефективність інвестування усього свого часу (сидіти в кімнаті і розглядати себе) у зовнішність. І якщо ні, то куди краще робити інвестиції. Таким чином, було складено список сьогоденних дій, які можуть допомогти бути успішним у майбутньому.

На наступних сесіях було організоване опитування студентів для опису фото клієнта та запис цих відгуків на диктофон. Під час прослуховування клієнт почув багато позитивних відгуків про себе, наприклад, «зачетний пацук», «модна зачіска», «щирий хлопець» тощо. Ніхто із опитуваних не зауважив про великий ніс чи вуха, які так дошкуляли клієнтові. Результати цих опитувань було зіставлено з українськими прислів'ями про красу: «Не краса красить, а розум», «Не шукай красоти, а шукай доброти». Коли клієнт казав, що це не так, ми зіставляли цю думку з його діаграмою ідеального життя, і він

згадував, що дійсно там краси не було. Проте була робота, для якої треба гарно і багато вчитися.

На дев'ятій сесії було розібрано ставлення до батьків. Визначено, що батьки є важливим ресурсом у подоланні різних труднощів. Обговорено прислів'я: «Всякій матері свої діти милі», «Шануй батька й неньку, бути тобі скрізь гладенько». Клієнт згадав, що батьки дуже багато працюють, щоб йому було добре, щоб його гарно забезпечувати. Також він пригадав розмову про те, що колись чув, як його батьки обговорювали те, що не народили ще однієї дитини, щоб забезпечити максимально Ігоря. Звернувшись до кола, коли йому погано, клієнт сказав, що він завжди може відкрити двері і увійти у кімнату до батьків, які є його друзями.

На останній сесії було пригадано усі техніки, розібрано план самотерапії. У клієнта з'явилося два приятеля і одна дівчина-друг з коледжу, з якими він добре проводить час. Також значно покращилася успішність, оскільки він увесь час намагається відповідати. У разі поганої оцінки, він виправляє її на наступних уроках. Також клієнту було вручено лист-розуміння, заклеєний у конверті, для уникнення повторної можливості суїцидальної спроби у майбутньому. Ось текст листа:

Привіт, Ігоре!

Ми з тобою закінчили нашу співпрацю і, сподіваюсь, ти дізнався чимало нового про себе та свої стосунки з іншими. Разом з тобою ми дійшли висновків про твоє минуле, теперішнє і майбутнє життя. Згадай, що до цього ти навіть не замислювався про своє майбутнє. Тепер ти чітко уявляєш, що ти хочеш гарної роботи, багато подорожей, затишний будинок і велике кохання. Для цього ти зараз працюєш і інвестуєш зусилля у своє майбутнє: вчишся, займаєшся англійською мовою і спортом. Як ти пам'ятаєш, зовнішність не є дуже добрим інвестуванням, бо вона з віком найбільше змінюється і рідко буває досконалою і ідеальною. Окрім того, як показали наші з тобою експерименти, зовнішність не завжди визначає цілковите щастя і успіх людини.

Важливим є твоє відкриття про себе. Виявляється, що ти є добрим, надійним, щирим, спортивним, розумним. Тому ти хочеш жити, насолоджуючись цими якостями, і не намагаєшся отримати оцінки від інших, достатньо, що ти сам про це знаєш. Не слід чекати на оплески інших, просто живи, бо ти любиш це життя і насолоджуйся ним.

Стосунки з іншими не завжди є простими, адже в кожного свій характер. Важливо пам'ятати, що ти маєш таке ж право на життя, як і інші, а так само таке ж право на висловлення незадоволення і злості, які і інші. Тому у таких ситуаціях завжди відповідай оточенню, адже ти так само сильний, як і вони. Пам'ятай, що різні життєві події проходять, а життя лишається. Воно не таке довге, але прекрасне і дається нам один раз. Бережи його. Пам'ятаєш прислів'я: «Життя любить того, хто за нього бореться, а нищить того, хто йому піддається». І пам'ятай, що у тебе завжди є люди, які тебе підтримають. Це твої батьки, твій психолог і друзі (якщо не теперішні, то майбутні – твоя дружина і діти).

Завжди можеш розраховувати на підтримку з боку цих людей. А якщо стане кепсько, завжди звертайся  
Твій психолог

## ВИСНОВКИ

1. Обесивно-компульсивний розлад та соціальна фобія – це різновиди тривожних розладів особистості, в основі яких є страх втрати контролю у різних ситуаціях. Провідним втручанням когнітивно-поведінкової терапії цих розладів є експозиція і експерименти, при соціальній фобії також широко використовується когнітивне реконструювання, а при обесивно-компульсивному розладі – профілактика ритуалів. Відмінністю соціальної фобії від обесивно-компульсивного розладу є те, що вона є більш поширеною і має крос-культурні особливості: переважає у західних культурах. Також домінуючою поведінкою при соціальній фобії є уникання, тоді як при обесивно-компульсивному розладі – охоронна поведінка. Важливим особистісним конструктором при обесивно-компульсивному розладі є особистісна відповідальність за власне життя і життя своїх рідних, а при соціальній фобії – чуття сорому.

2. Прислів'я і приказки – це фольклорне надбання народу, яке відображає основні архетипи колективного несвідомого, що передаються із покоління у покоління, а відтак, є близькими і зрозумілими для індивідуальної свідомості (когніції). Використання українських прислів'їв і приказок у когнітивно-поведінковій терапії соціальної фобії та обесивно-компульсивного розладу є доцільним з огляду на такі чинники: в прислів'ях і приказках часто відображено моделі поведінки, які є доцільними в різних життєвих ситуаціях, для досягнення успіху і подолання різних перешкод – страхів, небажання, лінощів; використання прислів'їв є доцільним у рамках когнітивно-поведінкової терапії, адже їх розуміння потребує когнітивного реконструювання (робота над дисфункційними припущеннями і глибинними переконаннями), а також слугує дороговказом для певної поведінки (експозиції). Українські прислів'я і приказки слід використовувати на різних

етапах терапії, починаючи із психоедукації і закінчуючи завершальними сесіями. До основних терапевтичних цілей використання українських прислів'їв і приказок належать такі: встановлення терапевтичного стосунку між терапевтом і клієнтом (у цьому випадку прислів'я слугують своєрідним містком); психоедукація (представлення випадку, обговорення його з клієнтом з використанням прислів'їв); пояснення конкретних технік та підвищення ефективності їхнього використання; попередження можливого рецидиву і підготовка клієнта до самотерапії.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Бек Дж. (2006). Когнитивная терапия. – М.: ООО Вильямс.
- Романчук О. (2011). Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії обсессивно-компульсивного розладу //НейроNews.
- Beck, A., Emery, G., Greenberg R. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books.
- Benett-Levy, J. (2003) Mechanism of change in cognitive behavioral therapy: the case of automatic thoughts records and behavioral experiments.
- Benett-Levy, J., Westbrook D. et al. (2004). Oxford guide to behavioral experiments in CBT. Oxford, Oxford University.
- Black D., Noyes R. (1990). Co-morbidity and obsessive compulsive disorder. In Masser JD, Cloninger CR (Eds), Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), American Psychiatric Association (1994), Washington, D.C.
- Goodman, WK, Price LH, et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part 1. Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry. 46:1006-1011
- Foa, E. (2010) Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder.
- Foa E., Kozak M. (1997). Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder / Mavissakalian long term treatments of anxiety disorder. Washington.
- Foa E, Wilson R. (1991) Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions. Bantam Books.
- Kopp, R. (1995). Metaphor therapy: using clients-generated metaphors in psychotherapy. – Psychological Press.
- Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A.V. (2013). Therapeutic assessment based on cognitive analytical therapy.

Salkovskis P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis.

Salkovskis P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder.

Schwartz (1998) Neuroanatomical aspects of cognitive behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorders. An evolving perspective on brain and behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 173, 38-44.

Steketee G, White K. (1990) *When Once Is Not Enough: Help for Obsessive Compulsives*. Oakland, CA: New Harbinger.

Rapoport J., Shaw M. (2009). *Psychiatrist Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Fifth Edition. Chapter 43: Obsessive-compulsive disorder.

The economic burden of anxiety disorders (1999). *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 60 (7).

*The treatment anxiety disorders: clinicians guides and patients manual* / Ed. Andrews G., Creamer M., Crino R. et al. (2002). – Cambridge: Cambridge University Press.

Turner SM, Beidel DC. (1989) Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3–18.

Westbrook, D., Kennerly, H., Kirk, J. (2011) *An introduction to cognitive behavior therapy: skills and applications*.

Witzum, E., et al. (2000). *The use of metaphor in psychotherapy*.



