



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ  
вул.. Червоної калини, 86а, м. Львів 70049, e-mail: [i.cbt.org.ua@gmail.com](mailto:i.cbt.org.ua@gmail.com); веб-сайт: [i-cbt-org.ua](http://i-cbt-org.ua)

**ДИПЛОМНА РОБОТА  
НА ТЕМУ:**

**КОГНІТИВНО-ПОВЕДЕНКОВА ТЕРАПІЯ  
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ,  
ПІДТИП «НАНЕСЕННЯ ШКОДИ»  
(REPUGNANT OBSESSIONS)**

**Пономаренко Лариса**

**Львів, 2014**

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| ВСТУПЛЕНИЕ .....   | 3  |
| I. История развития когнитивно-поведенческой психотерапии<br>обсессивно-компульсивного расстройства .....                              | 5  |
| <b>1.1.</b> Бихевиоризм и теории научения.....   | 5  |
| <b>1.2.</b> Когнитивные модели .....   | 6  |
| II. Современные исследования феноменологии, этиологии ОКР и преморбидных<br>характеристик в когнитивно-поведенческой психотерапии..... | 7  |
| III. Подтипы ОКР: <i>Repugnant Obsessions</i> и когнитивно-поведенческая модель.....   | 9  |
| IV. Общий план (протокол) проведения психотерапии в случае<br><i>repugnant obsessions</i> .....  | 15 |
| V. Описание клинического случая пациента с обсессиями нанесения вреда<br>( <i>Repugnant Obsessions</i> ).....                          | 19 |
| Выводы .....   | 30 |
| Литература .....   | 32 |

## ВСТУПЛЕНИЕ

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) является широко признанным эффективным подходом в лечении различных невротических и тревожных расстройств, депрессии, расстройств пищевого поведения; имеются сведения об эффективности КПТ в лечении личностных расстройств и психозов. КПТ хорошо зарекомендовала себя в работе с индивидами, страдающими обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), хотя долгое время считалось, что это расстройство плохо поддается терапии. С 70-х годов проводились активные исследования эффективности различных методов помощи пациентам, страдающим от навязчивых мыслей и действий. В 1966 г. Мауер описал феномен габитуации [26], и это послужило толчком к формированию теории ERPT (экспозиция с прерыванием реакции), которая до сих пор является влиятельным направлением в психотерапии ОКР. Многочисленные исследования были посвящены также выяснению этиологии ОКР, психологических особенностей лиц, склонных к заболеванию (преморбид). Последние особенно активно разрабатывались в крыле когнитивной психотерапии, где, начиная с работ А.Бека [1] и А.Эллиса [9] основное значение придается искажениям мышления пациента и разработке методов когнитивного реструктурирования [28].

В терапии ОКР экспозиция с прерыванием реакции (ERP) считается «королевской дорогой» и рекомендуется в первую очередь. Этот метод хорошо зарекомендовал себя в работе с наиболее типичным ОКР, включающим навязчивую боязнь заражения и ритуал мытья рук (обзор приведен, например, в [21]). Кроме этой формы, в международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD-10) выделяется нозологическая форма ОКР, квалифицируемая как «преимущественно навязчивые мысли и размышления» (руминации) – код F-42.0 [7]. Этот вид ОКР некоторые исследователи [12] предложили называть *pure obsessions* («чистые обсессии»), однако позднейшие исследования установили, что и в этом случае имеют место ритуалы, цель которых - временно нейтрализовать дистресс, вызванный навязчивыми мыслями; эти ритуалы имеют скрытую (*covert*) форму.

Было предложено также выделять несколько подтипов ОКР, базируясь на результатах факторного анализа различных категорий обсессий и компульсий, составляющих часть известного диагностического инвентаря Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) - Y-BOCS Symptom Checklist [19]. Среди них выделяется подтип, получивший название *Repugnant OCD* (ОКР с навязчивыми отвратительными мыслями) и включающий преимущественно обсессии, содержащие темы сексуального и религиозного характера, а также агрессии и нанесения вреда [11, 33]. Позднее Purdon and Clark опубликовали работу, в которой эти обсессии названы «неприемлемыми» [31]. В отношении этого подтипа классический подход ERP нуждается в модификации: экспозиции могут проводиться

только в воображении, так как невозможно моделировать, например, ситуацию нанесения вреда своему ребенку. Среди психологических особенностей пациентов с этой формой ОКР на первый план выступает склонность к ментальному контролю, постоянным сомнениям и проблемы с Я-концепцией.

Клинический случай, который рассматривается в нашей дипломной работе, относится к подтипу *Repugnant OCD*. Пациент, особенности терапевтической работы с которым излагается ниже, несколько лет страдал obsессией, содержащей страх убить свою маленькую дочь. В процессе терапии обнаружилось трудности применения даже *imagine exposure*, ригидность и склонность к сомнениям, неуверенность. В отличие от идеи *Salkovskis* о чрезмерном чувстве ответственности у индивидов, страдающих ОКР [41,42] наш пациент, скорее, обнаруживал боязнь взять на себя ответственность, и в ситуациях, где это было необходимо, уходил в руминации.

В то время, как публикации, посвященные результатам исследования этиологии и терапии типичного ОКР весьма многочисленны, исследований, посвященных когнитивно-поведенческой психотерапии пациентов с различными подтипами ОКР - немного. Представляется полезным более детально исследовать особенности пациентов, имеющих различные подтипы ОКР (в частности, подтип «неприемливых мыслей» - *Repugnant OCD* ) и специфику работы с ними в рамках КПТ.

## I. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – хорошо известный тип тревожных расстройств, который характеризуется наличием упорно повторяющихся навязчивых мыслей (обсессий) и навязчивых действий, носящих характер ритуалов (компульсий).

Существуют многочисленные данные, указывающие на эффективность лечения обсессивно-компульсивного расстройства, впервые описанного еще в 19 веке [21], с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) в настоящее время является результатом интеграции двух теоретических подходов в психотерапии: бихевиоральной терапии, тесно связанной с концепцией бихевиоризма и теориями научения, и когнитивной терапии, разрабатывающееся с середины 70-х годов американскими учеными А.Беком и А.Эллисом.

**1.1. Бихевиоризм и теории научения.** В середине 20-го столетия для объяснения этиологии ОКР стала использоваться теоретическая база бихевиоризма и теорий научения. Концепция классического обусловливания объясняла появление страха и тревоги действием условных стимулов. Нейтральные стимулы (например, вентиль газовой плиты) сцепляется в сознании с безусловным стимулом (например, образом горящего дома, когда-то увиденным) и начинают сами вызывать тревогу. Еще в 1939 г. О. Mowrer, основываясь на теории бихевиоризма, предложил 2-х факторную (или двухступенчатую) объяснительную модель страха и избегающего поведения при тревожных расстройствах [27]. Он предполагал, что появление страха связано с классическим обусловливанием, а его поддержание (постоянное воспроизведение) - с оперантным обусловливанием (негативным подкреплением).

Теория оперантного обусловливания, придавая основное значение негативному подкреплению, постулирует, что выработанное индивидом новое поведение (в частности, ритуалы), постоянно поддерживается благодаря тому, что временно уменьшает дистресс. Уменьшение дистресса, то есть облегчение, наступающее вслед за выполнением ритуала (или другого нейтрализующего поведения), становится подкрепляющим стимулом. Так, реализация ритуального поведения (мытьё рук) временно облегчает состояния тревоги и поэтому постоянно возобновляется при столкновении с условными раздражителями в реальности или в воображении.

Для лечения ОКР в поведенческой парадигме было предложено несколько моделей, показавших свою результативность. В 60-х годах был разработан подход, названный методом систематической десенсибилизации и связанный с именем Wolpe [44]. Метод заключается в наложении состояний расслабления на состояния тревоги или страха, предварительно

разрабатывается иерархия ситуаций, вызывающих страх. Этот метод до сих пор эффективно применяется при лечении изолированных фобий.

Позднее, в 70-х годах внимание исследователей привлек феномен габитуации, это дало толчок к разработке нового подхода к лечению ОКР, получившего название экспозиция с прерыванием реакции (ERP therapy) [26]. В 1966 г. Mayer в экспериментах на крысах обнаружил, что, если лишить животных возможности избежать ситуации, которой они боялись, то в начале они обнаруживали резкий всплеск страха, а со времени их страх снижался. Этот же автор успешно применил данную модель к лечению нескольких пациентов с ОКР, и затем группа английских ученых стала собирать экспериментальные данные по работе с людьми, имеющими различные навязчивые мысли и действия. Так, пациентам с навязчивым стремлением к чистоте, боязнью загрязнения и компульсивными действиями в виде постоянного мытья рук, предписывалось удерживаться от этих действий в течение 15 – 180 минут. В конце этого периода происходило значительное угашение (габитуация) страха [20, 24, 39]. Эти исследования позволили сформулировать теоретический базис ERPT, были опубликованы результаты работы с представительной группой пациентов, показавшие высокую эффективность данного подхода. Пациенты, получавшие ERPT, более чем в 70% случаев избавлялись от симптомов ОКР и этот результат сохранялся в дальнейшем на протяжении ряда лет. Привлекательность данного подхода состояла также в том, что результата удавалось добиться за сравнительно короткий период – от 4 до 12 недель [25]. Данный подход конкурировал с теоретической моделью психоанализа, в которой считалось, что, если лишить пациента возможности реализовывать ритуал или каким-либо другим образом нейтрализовать страх, тревогу или агрессивные импульсы, то навязчивость не исчезнет, а будет проявляться иначе или индивид начнет проявлять признаки психоза.

**1.2. Когнитивные модели.** Когнитивная психотерапия придает наиболее важное значение интерпретациям действительности, значению, которым индивид наделяет различные события и нейтральные стимулы. Основатели когнитивного направления психотерапии показали, что при тревожных расстройствах имеет место искажение приема и переработки информации и описали типичные ошибки или искажения мышления [1, 9]. К ним относятся: долженствование, катастрофизация, генерализация или сверхобобщение, персонификация, «чтение мыслей» и другие. Когнитивная психотерапия отталкивается от идеи о том, что наши мысли, верования, представления (в том числе, о воображаемой опасности) вызывают определенные эмоции (например, страх и тревогу как реакцию на воображаемую опасность). В свою очередь эмоции определяют наше поведение (например, неадаптивное избегание, или постоянное беспокойство, напряжение и т.п). Исходя из этих представлений, в когнитивной психотерапии разработаны многочисленные методы и приемы, позволяющие постепенно из-

менить дисфункциональное мышление, снизить неадекватную тревогу, страх, дистресс и научиться более эффективно реагировать на стрессовые жизненные ситуации [см, например, 2, 5, 6 и др.].

Исходя из важности искажений мышления при ОКР, когнитивная терапия предлагает использовать арсенал когнитивных техник: когнитивное реструктурирование, техники перефокусировки внимания, остановки руминаций («умственной жвачки») и другие. Важной частью когнитивной терапии является социализация пациента в модель когнитивно- поведенческой психотерапии, объяснение модели и причин происхождения и закрепления симптомов, мотивирование, поведенческие эксперименты [8 и др].

В настоящее время большинством исследователей не отрицается наличие некоторой биологической уязвимости, которая формирует предрасположенность к формированию ОКР. В связи с этим одним из подходов лечения пациентов с ОКР является сочетание когнитивно- поведенческой и медикаментозной терапии [21, 29].

## II. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНОЛОГИИ, ЭТИОЛОГИИ ОКР И ПРЕМОРБИДНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В РАМКАХ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В когнитивной модели считается, что симптомы навязчивости формируются у индивидов, которые склонны придавать сверхважное значение интрузивным (внедряющимся) мыслям (рис. 1). Обнаружено, что такого рода мысли бывают у всех людей (например, может появиться мысль об опасности бактерий, или о том, что газовый вентиль мог остаться открытым, или могла промелькнуть мысль о возможности вступить в гомосексуальный контакт, или убить близкого человека, который нанес обиду и т.п.). S.Rachman, опубликовавший результаты этого исследования, предположил, что пациенты с ОКР отличаются от здоровых индивидов тем, что они придают слишком большое значение этим мыслям, интерпретируя их как признак своей ненормальности, и испытывают сильный страх и тревогу из за воображаемых катастрофических последствий своих мыслей [35].

Индивиды с ОКР стремятся всеми силами подавить появляющиеся интрузивные мысли и избавиться от них, что приводит к обратному. В психологии известен эксперимент, когда слушателям предлагают не думать о каком-то необычном персонаже (рыжей обезьяне, белом медведе). Однако, так как установка: «не думать» - это так же направленное внимание, частота и интенсивность подавляемых мыслей увеличивается.

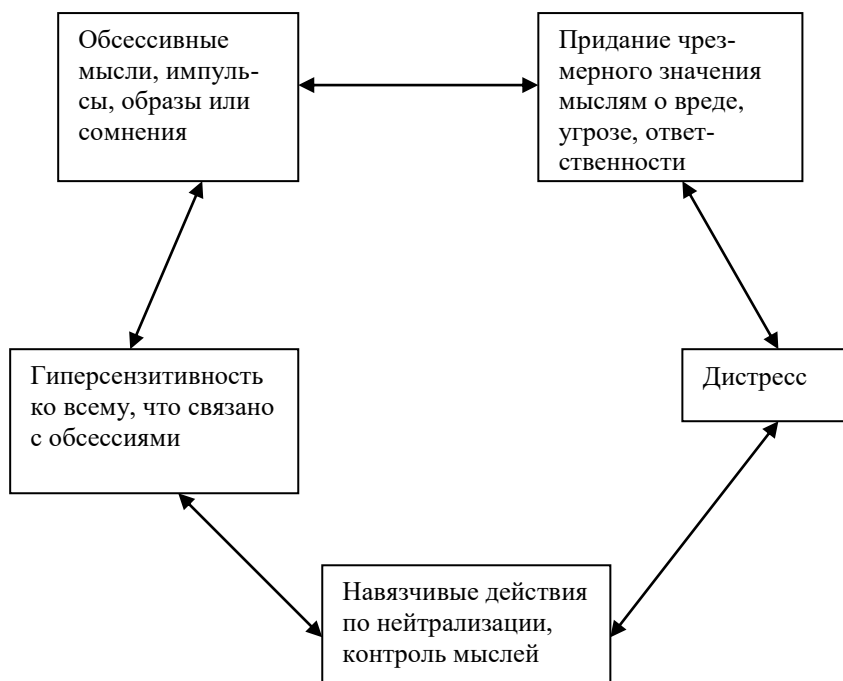


Рис. 1. Когнитивная модель обсессивно-компульсивного расстройства (Rachman, 1997, Salkovscis, 1996)

Для пациентов с преимущественными обсессиями (отсутствием видимых ритуалов) модель ERPT (экспозиции с прерыванием реакции), описанная выше, оказалась менее эффективной, чем при классических ОКР. Применение этого подхода ограничивает также недостаточная мотивация некоторых пациентов, нежелание их подвергать себя тяжелым испытаниям переживания страха, сомнениями в справедливости формулы: «Мысль – не есть действие». Мета-анализ показывает, что 20-30% пациентов с ОКР уходят из терапии или же ERPT оказывается для них не эффективной. Эти данные побудили когнитивных психотерапевтов проанализировать искажения мышления и дисфункциональные представления, свойственные в той или иной степени фактически всем ОКР-пациентам. Эти особенности мышления пациентов с ОКР следующие:

- тенденция переоценивать риск и ответственность;
- убежденность в важности мыслей и власти, которую они имеют, а поэтому – в необходимости их контролировать;
- интолерантность к неопределенности, стремление к определенности;
- перфекционизм [28].

Важной особенностью индивидов с ОКР считается чрезмерная ответственность, которую они возлагают на себя относительно неизбежности воображаемой катастрофы из-за своей забывчивости, агрессивности, халатности и т.п. Часто такие пациенты имеют иррациональные убеждения в том, что именно их компульсивные (или мыслительные) ритуалы мо-



гут *предотвратить* наступление катастрофического события (мыть руки, чтобы не заразиться смертельной болезнью, проговаривать определенные слова или цифры, если появилась «плохая» мысль, чтобы она не сбылась и т.п.). Клинические исследования привели ученых к выводу, что, чем выше уровень убежденности в этих искаженных представлениях, тем сильнее пациенты чувствуют непреодолимое желание исполнить ритуал [41,42]. Отталкиваясь от этих представлений, S. Rachman сформулировал объяснительную гипотезу для возникновения компульсивных действий. Эти повторяющиеся, стереотипные действия выполняются индивидом для того, чтобы предотвратить будущее несчастье. Это поведение, в общем, связано с нерешительностью и сомнениями – особенно у пациентов с навязчивыми проверками. В этом случае значимость для индивида того, чтобы убедиться – не приведет ли его «забывчивость» к страшным последствиям и ущербу для других людей – слишком велика, вызывает мучительные сомнения, и компульсивные проверки служат для облегчения дистресса [36]. В случаях преимущественно обсессивных форм ОКР нейтрализацией сильного дистресса (своеобразным ритуалом) служат рассуждения, самоуспокоения, поиск разубеждения.

### III. ПОДТИПЫ ОКР. REPUGNANT OBSESSIONS И КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Диагностические исследования позволили выделить ряд тем, которые наиболее часто встречались среди навязчивых мыслей, свойственных пациентам, страдающим ОКР. Эти темы легли в основу широко известного диагностического инструментария Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) - Y-BOCS Symptom Checklist [19]:

- страх загрязнения или заражения опасной болезнью (навязчивое стремление к чистоте, страх прикоснуться к чему-то вне дома из за опасности заразиться опасной болезнью и/или быть причиной заражения близких);
- навязчивый счет (склонность пересчитывать в уме предметы, загадывать цифры и т.п.);
- накопительство (склонность собирать различные вещи и невозможность расстаться с ними - выбросить);
- педантизм, навязчивая потребность в соблюдении рутинного порядка;
- проверки (выключен ли кран, свет, газ, закрыта ли дверь...);
- «хульные мысли» религиозного или сексуального содержания;
- страх нанесения вреда себе или другим людям (чаще всего близким родственникам);
- смешанный тип (множественные темы).

Ряд авторов указывают на важность выделения более гомогенных подгрупп среди широкого класса ОКР для более детального изучения особенностей этих пациентов и разработки релевантных методов терапии.

У пациентов ОКР могут проявляться различные клинические картины. Исследования с использованием факторного анализа выделяют 5 устойчивых подгрупп симптомов: а) навязчивые мысли о заражении и компульсии мытья/очищения; б) obsessions об ответственности за причиненный вред (ущерб) или ошибку при навязчивых проверках; в) навязчивые мысли о порядке и симметрии и компульсивные действия по упорядочиванию; г) отвратительные мысли относительно секса, религии и насилия, которые сопровождаются ментальными компульсивными ритуалами, и другими скрытыми стратегиями нейтрализации; д) накопительство [10; 23]

Классификация МКБ-10 (ICD-10) вычленяет несколько типов ОКР, среди которых «Преимущественно навязчивые мысли или размышления (руминации)» – F 42.0 и «Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)» – F 42.1 [7]. В последней версии DSM-V это разделение на подтипы отсутствует, в то время как выделяется отдельный подтип «собираательства» (hoarding). В руководстве указывается, что, хотя специфическое содержание obsessions и compulsions варьирует у разных индивидов, среди ОКР обычными являются определенные измерения (наборы симптомов): очистительный тип (obsessions относительно заражения и compulsions очищения); симметрии (obsessions относительно симметричного положения предметов, повторение, упорядочивание и compulsions счет); запретные или «табу»- мысли (типа агрессивных, сексуальных и религиозных obsessions и соответствующих compulsions) [14].

Russmusen & Eisen (1998) изучили 1000 индивидов с ОКР и выяснили, что наиболее распространены obsessions о заражении, а также чрезмерные сомнения в действиях или решениях. В то же время 31% участников опроса сообщили об obsessions, содержащих темы нанесения вреда, агрессии, 24% - сексуальные навязчивости, 10% - религиозные темы [40].

L. Baer с коллегами провели Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) Symptom Checklist со 107 пациентами с ОКР и подвергли результаты факторному анализу. Обнаружены три фактора, которые были названы: «симметрия/накопительство», «заражение/очищение», и «чистые obsessions». Затем выявлялась корреляция между факторными оценками и наличием коморбидных расстройств – тиков и личностных расстройств, которые, как полагают, связаны с ОКР. Только первый фактор имел значимую связь с коморбидным obsessивно-компульсивным личностным расстройством или наличием синдрома Туррета или хронических тиков в истории болезни [12].

Термин «чистые obsessions» (pure obsessions) до сих пор иногда встречается в публикациях по ОКР, хотя ряд исследователей подчеркивает, что агрессивные и сексуальные obsessions обычно связаны со скрытыми (covert) компульсиями и поэтому не могут называться чистыми obsessions. Freeston & Ladouceur (1997) обнаружили, что люди с ОКР примерно 30% времени совершают ритуалы, а большую часть времени они вместо этого используют разные копинг-стратегии – такие как контроль мыслей, само-наказание или избегание [18].

D. Clark выделяет такие мыслительные стратегии, свойственные пациентам с ОКР:

- избегание;
- попытки убедить себя, что мысль не важна;
- стоп-стратегии;
- самокритика,
- отвлечение
- замена obsessions на другие мысли [13].

Cristin Purdan вычленяет три темы, встречающиеся при ОКР: неприемлимые для индивида фантазии на сексуальные темы, религиозные темы и темы насилия и относит их к так называемым к *repugnant obsessions* («отвратительным» obsessions) [33]. В DSM-V, как указывалось выше, этот подтип назван «запрещенные мысли» или мысли-табу. Примеры *repugnant obsessions* включают мысли, образы или импульсы нанесения вреда невинному человеку или близкому (например, выбросить ребенка с балкона, ударить ногой старого человека, свернуть на встречную полосу на дороге); сексуальные obsessions (например, сексуальные прикосновения к кому-то без его/ее воли, воображаемые сцены сексуального соращения собственного ребенка); и obsessions, которые оскорбляют религиозную веру (например, образы секса с Иисусом, богохульство в церкви, совершение греховного акта). *Repugnant obsessions* могут также принимать форму сомнений, таких как «Не переехал ли я кого-то, а сам не заметил?», «Что если я недостаточно хорошо помыла кастрюлю, в которой готовила еду ребенку, он заболит бутулизмом и это будет значить, что я отравила своего ребенка!». Примеры сексуальных obsessions: «А может, я гей, но не знаю этого?»; «Неужели отвратительные образы возбуждают меня сексуально?»; «Что если я совратил своего ребенка?». Религиозные сомнения могут выражаться в следующих идеях: «Не обидел ли я Бога?», «Не совершил ли я грех?», «Не заразил ли я священника своими грязными мыслями?» [33].

Таким образом, темы насилия и/или вреда попадают в такие категории:

- образы совершения чего-то ужасного по отношению к любимому существу (например, выбросить своего ребенка с балкона; ударить ножом своих внуков);
- побуждение (сильное желание) толкнуть близкого человека с моста, ударить ножом ребенка;

- сомнения – не причинили ли вы случайно вред кому-то, кого любите (например, сомнения: «Чистой ли была кастрюля, в которой я готовлю еду для детей? Возможно, я причинила им вред...» [31].

Эти «отвратительные» obsessions приводят в действие потребность совершить мысленные ритуалы – начать думать «хорошие» или «безопасные» мысли, или совершать молитвенные ритуалы, или, что бывает чаще – выполнять некоторые формы проверок. Проверки могут принимать различные формы и включают следующие:

- проверка, что вред не был нанесен (например, проверять, не появилась ли в периодике информация об инциденте на дороге; обследовать свое тело, пытаясь найти следы сексуального возбуждения);

- проверки для того, чтобы убедиться, что вред не будет нанесен (например, следить за тем, чтобы ножи были убраны с видного места, и что машина не смещается в сторону встречной полосы);

- поиск разубеждения от других людей [11].

Obsessions, которые принимают форму сомнений, часто вызывают стремление найти разубеждение. Разубеждение может проявляться и как само-разубеждение – например, в форме рационализации. Часто целью разубеждения является желание получить 100% уверенность в том, верна ли навязчивая мысль. Невозможность получить точный однозначный ответ на болезненные сомнения приводит индивида с ОКР к еще большему дистрессу и продолжению руминаций. С. Purdan отмечает, что людям часто даже легче точно выяснить, что эта отвратительная мысль содержит истину, т.к. тогда они могут предпринять шаги, чтобы обезопасить своих близких [31]. Например, индивид думает, что в этом случае он мог бы отдать ребенка родственникам, развестись и уйти из семьи – чтобы ребенок не стал жертвой его педофилии, или его импульса зарезать ребенка.

Постоянное прокручивание запрещенных мыслей (*repugnant obsessions*) причиняет пациентам страдания и желание избавиться от них. Это заставляет их использовать избегание ситуаций, являющихся триггерами для этих мыслей и/или их мишенями. Например, человек начинает избегать тех мест, где находятся ножи, боится заходить на кухню и готовить еду, если это требует применения ножа. Он может начать избегать общения с представителями своего пола, если его навязчивая мысль связана с гомосексуализмом. Религиозные «мысли»-табу могут привести к избеганию религиозных церемоний.

Предметы и ситуации, являющиеся триггерами для obsessions, могут подпадать под эффект генерализации [38]. Например, человек, у которого появилась навязчивая мысль, что он может убить своего сына, начинает бояться всех острых предметов.

Кроме избегания внешних триггеров индивиды с ОКР этого типа предпринимают титанические усилия для избегания внутренних триггеров и чаще всего пытаются подавить мысли-табу. Могут использоваться и другие стратегии нейтрализации или мыслительных компульсий. Согласно D.Clark (2005), реакция квалифицируется как *нейтрализация*, если она имеет 4 следующие характеристики:

- такие реакции преднамеренные, повторяющиеся и чрезмерные;
- человек чувствует потребность это делать;
- человек ощущает потерю контроля;
- реакция выполняется, чтобы справиться с негативными чувствами или физиологическими ощущениями [38].

При *repugnant obsessions* наиболее часто используются такие компульсии или стратегии нейтрализации, как “undoing” (нейтрализация) «плохих» мыслей путем их подавления, насильственной замены на «хорошие» или «безопасные» мысли, а также вовлечения в некие формы мыслительных ритуалов, чтобы препятствовать появлению мыслей-табу. Часто люди с такой формой ОКР склонны к длительным руминациям, рассуждениям, спорам с самим собой и попыткам доказать себе, что «запретная» мысль не верна. Сомнения типа: «Так я действительно хотел это сделать или нет?» отвлекают внимание и, собственно, также могут играть роль нейтрализации.

Избегание только закрепляет страх и тревогу, так как не позволяет получить позитивный опыт преодоления и человек продолжает быть уверенным в том, что катастрофы не произошло благодаря тому, что он избежал опасности.

Подавление также является стратегией, усугубляющей проблему, так как известен эффект попыток «не думания» о чем-то. С. Purdun опубликовала результаты серьезного исследования последствий подавления мыслей на частоту их появления впоследствии и на настроение респондентов. Результаты теоретического обзора и экспериментального исследования в этой работе довольно противоречивы, и отличаются у индивидов с клиническими проявлениями ОКР и в не-клинической выборке. В клинической выборке обнаружена ясная связь между оценкой негативной мысли и усилиями, прилагаемыми для ее подавления [30].

В рамках модели КПТ в формировании и закреплении ОКР важную роль играют интерпретации, или оценки (appraisal). Obsessive-compulsive Cognitions working group (1997, 2001) описала 5 тип оценок (интерпретаций), которые релевантны ОКР. Четыре из них особенно важны для понимания подтипа «отвратительных» (запретных) мыслей.

- переоценка угрозы;

- интолерантность к неопределенности;
- чрезмерная ответственность;
- переоценка значения мыслей (смещение мыслей и действий) [28].

По мнению С. Purdun (2004) важную роль в устойчивости *repugnant obsessions* («отвратительных» obsessions) играют три различных типа интерпретаций [33]:

- придание чрезмерного значения ответственности (например, «любое влияние на исход событий равно полной ответственности за этот исход», или «неудача в предупреждении вреда точно так же непростительна в моральном отношении как и сам вред») [41,42];
- Смещение мыслей и действий (Thought–action fusion) – например, «Чем дольше в моей голове крутится эта мысль, тем вероятнее, что она станет реальностью»; «То, что у тебя есть морально неприемлемые (*repugnant*) мысли эквивалентно совершению морально отвратительных действий [37, 38];
- Необходимость контролировать свои мысли. Например, «неудача в контроле мыслей – это знак психической слабости и нестабильности»; «Если ты не можешь управлять своими мыслями, это значит, что ты вообще не можешь контролировать ситуацию» [32].

Индивиды, имеющие *repugnant obsessions* (отвратительные, запрещенные мысли) могут также считать, что наличие этих мыслей говорит об их отвратительной сущности и является их характеристикой («Может, я в душе маньяк-убийца?!») [32]. Эта мысль может появиться, а затем стать доминантной, что и было в случае, который будет описан нами ниже.

Интерпретации, оценка значения, прогноз событий играют определенную роль в закреплении ОКР. Их важно выявить для эффективного проведения психотерапии. Например, индивид может считать опасным оставаться наедине с мыслями, так как это приведет к нервному срыву; некоторые люди не хотят начинать психотерапию, так как они думают, что это будет свидетельствовать об их ненормальности. Возможен также и такой ход мыслей: «Если я начну чувствовать себя лучше, это будет значить, что все мои ритуалы были бессмысленными, и я буду выглядеть дураком».

Ритуалы (мыслительные или в действиях) ненадолго периодически улучшают состояние, и тем самым подкрепляют ритуальное поведение. Избегание триггерных ситуаций также улучшает состояние, и поэтому закрепляется. Человек делает вывод, что катастрофы не наступило не потому, что его предположения (навязчивые мысли) были ложными, а потому что он совершил определенный ритуал, или избежал определенной ситуации. Он может избегать и самих obsessions – например, подавляя их, стараясь об этом не думать, что, как известно, при-

водит лишь к усилению нежелательных мыслей. Это подавление ведет также к гиперчувствительности ко всему, что связано с этими мыслями, и это очень изматывает человека. В конце концов мысли прорываются, подавить их не удастся, и это усиливает представление (оценку) о том, что эти мысли значат что-то важное и необходимо их контролировать.

#### IV ОБЩИЙ ПЛАН (ПРОТОКОЛ) ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В СЛУЧАЕ REPUGNANT OBSESSIONS

План когнитивно-поведенческой психотерапии для случаев *repugnant obsessions*, в общем, идентичен протоколу для всех видов ОКР и может содержать лишь некоторые изменения. Он включает:

1. **Обследование (диагностика).** Существует множество различных шкал и диагностических методов для выявления особенностей ОКР и его интенсивности. Наиболее часто применяется Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), первая часть этой шкалы представляет собой Y-BOCS Symptom Checklist, позволяющий выявить преобладающие темы в навязчивых мыслях. Вторая часть Y-BOCS состоит из 10 вопросов, направленных на оценку интенсивности и частоты обсессивных мыслей и ритуалов, а также возможности пациента справиться с ними [19]. Используются и другие инструменты: The Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ) and the Interpretation of Intrusions Inventory (III), Padua Inventory-Revised, а также Obsessive-compulsive inventory [17]. В последние годы была разработана Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS), позволяющая выявить 4 тематических кластера симптомов ОКР [10].

В случае *repugnant obsessions* вначале пациент заполняет Y-BOCS Symptom Checklist, и если, после обработки результатов, выявляется кластер симптомов, попадающих в данный подтип: «мысли о нанесении вреда, сексуальные и религиозные обсессии», то затем используется только первая часть из 10 вопросов Y-BOCS. Это связано с тем, что вторая часть Y-BOCS касается частоты и интенсивности компульсивных действий - ритуалов, и навязчивых действий, которые у этих пациентов обычно отсутствуют. Иногда это могут быть мысленные ритуалы (например, молитвы или замена «плохих» слов на «хорошие»), но в начале терапии довольно сложно это отследить.

В процессе интервьюирования в случае *repugnant obsessions* важно дифференцировать получаемую от пациента информацию от сексуальных перверзий (парафилии) или склонности к насилию, антисоциальному поведению. Последнее, скорее всего, будет выражаться в определенном поведении, имевшем место в истории жизни пациента, а не просто страхе его совершить.

Важным является также выявление уровня эго-дистонности мыслей. Пациенты с ОКР воспринимают эти мысли как интрузивные, нежелательные и стремятся от них избавиться – то есть, в случае ОКР навязчивые мысли в большей степени эго-дистонны. В литературе встречается интересная идея о том, что эго-дистонные мысли порождают эго-синтонные, которые и приводят к страданиям. Так, в случае нашего пациента, который будет описываться ниже, существовала интрузивная отвратительная эго-дистонная мысль: «Я хочу убить свою дочку». Это вызывало эго-синтонную мысль: «Какой ужас! Неужели я маньяк-убийца? Но я же люблю свою дочь... и т.п.». В случае нашего пациента в процессе терапии после экспозиций он перестал бояться своей интрузивной мысли, но то, что она у него была и иногда всплывала рефлекторно, заставляло его пускаться в руминации (эго-синтонные навязчивые сомнения), которые ухудшали его эмоциональное состояние.

Первый этап терапии включает также обследование ситуации, выявление всех факторов, необходимых для формулирования - концептуализации случая.

2. Второй этап - **социализация пациента в модель КПТ, психоэдукация**, объяснение основных принципов когнитивно-поведенческой психотерапии. Используя информацию, полученную от пациента, следует начать пояснять механизм формирования и закрепления ОКР. Важной целью является также достижение психотерапевтического альянса, мотивирование пациента на работу в психотерапии, выполнение домашних заданий. На этом этапе вместе с клиентом необходимо также составить формулирование для того, чтобы прояснить для клиента причины формирования и закрепления его проблемы, а также побудить его самостоятельно прийти к выводам о путях изменения в желательном направлении. Совместно с пациентом определяются первоочередные проблемы, а также и более глубокие, связанные с глубинными убеждениями и правилами жизни, работа над которыми будет проводиться постепенно, в течение всех сеансов; выделяются симптом-мишени, формулируется цель.

3. **Применение когнитивных техник.** Salkovskis (1999) сделал важное замечание, о том, что вовлечению пациентов в экспозиционные техники должна предшествовать когнитивная работа, которая будет служить задаче «детоксикации» obsessions (то есть позволит сделать их не столь вредными, «токсичными» для пациента). Отказ от терапии и преждевременные выходы из нее, по мнению Salkovskis, можно уменьшить, если экспозицию применять вместе с когнитивными техниками для того, чтобы усилить воздействие и снизить убежденность пациента в значимости obsessions [42]. Foa & Kozak (1986) считают, что опровержение ложных убеждений является ведущим механизмом, определяющим эффективность экспозиционного вмешательства [16].



Когнитивные техники представляют собой когнитивное реструктурирование ложных представлений и искажений мышления.

Когнитивное реструктурирование включает нормализацию обсессивных мыслей. Пациента знакомят с данными научных исследований, показывающих, что неприятные (отвратительные) мысли бывают почти у всех людей [35], однако здоровые люди не придают этому большого значения. Лица, болеющие ОКР, реагируют на эти мысли определенным образом, интерпретируют их как признак чего-то ненормального, ведущего к ужасным последствиям, вследствие чего испытывают дистресс, избегают этих мыслей, подавляют их, что усиливает дистресс и гиперчувствительность ко всему, связанному с обсессиями. Так образуется порочный круг, поддерживающий обсессии.

Пациентам предлагается находить другое, альтернативное объяснение ситуациям и вопросам, которые вызывают дистресс. Salkovskis (1999) описывает прием, который можно назвать поведенческим экспериментом. Пациенту предлагается рассмотреть аргументы, доказывающие гипотезу А и затем - попробовать найти доказательства гипотезы Б. Например, «Что объясняет лучше ситуацию: что вы монстр, убивающий детей, или что Вы *боитесь*, что вы можете оказаться монстром, способным убить ребенка?» [42].

Когнитивная проработка проводится с применением сократических диалогов, имеющих целью подвести пациента к самостоятельным, гораздо более устойчивым выводам, чем если бы это была просто информация, услышанная от терапевта. Особое значение имеет выявление субъективной значимости для пациента содержания обсессивных мыслей – то есть, важно узнать, что именно кроется за его страхом. Это достигается с помощью приема техники «падающей стрелы»: пациенту задают нисходящий вопрос: «Что это значит для Вас?» [43].

Проводится обсуждение вероятности наступления пугающего события, значения его для пациента и результатов попыток подавить обсессии и/или избегать всего, что с ними связано. Осознанию пациентом причины того, что эти попытки приводят к усилению дистресса способствуют домашние задания, отслеживание своих мыслей, ложных интерпретаций обсессий (интрузивных мыслей) и уровня дистресса. Важно, чтобы пациент убедился в реальности схемы, описанной Р. Salkovskis (1999) [42] :

Интрузивная мысль → Интерпретация → Реакция на интерпретацию.

Когнитивное реструктурирование может проводиться не только для интрузивных мыслей, но и для руминаций, которые часто приносят пациентам не меньшие страдания. Эти руминации могут иметь вид автоматических эго-синтонных мыслей, содержащих самообвинения, само-разубеждения, рассуждения, попытки контроля мыслей и отвлечение. В работе с этими мыслями применяются техники «Стоп», отвлечение, дистанцирование, «Светофор», упражнения mindfulness.

**4. Применение поведенческих техник.** К поведенческим техникам, применяемым в работе с пациентами, страдающими ОКР, относится прежде всего экспозиция и экспозиция с прерыванием реакции. Возможно проведение экспозиции в воображении (*imagine*) и в реальности (*in vivo*). Экспозиция с прерыванием реакции (профилактика ритуалов - ERP) в случае *repugnant obsessions* применяется ограниченно, в связи с тем, что в качестве ритуалов выступают мысленные действия – подавление, ментальный контроль, рассуждения, избегания, отвлечение.

C. Purdon указывает, что особенно сложно проводить экспозиционную терапию с теми пациентами, у которых в качестве obsessions выступают сомнения и когда obsessions включают насилие или сесуальную эксплуатацию близких [33].

Рекомендованная в таких случаях процедура – мысленная экспозиция [15]. С пациентом обсуждается выясненное ранее субъективное значение obsessions и находится та тема, которая порождает наибольший дистресс. Совместно с психотерапевтом пациент сочиняет и записывает сценарий, в котором описывает те моменты, которые пугают и вызывают неприятные ощущения. Пациент замеряет уровень своего дистресса в процентах от 0 до 100%. Сцена должна вызывать довольно сильный дистресс - не менее 50 %. Далее пациент читает подготовленный текст много раз (не менее 30) в течение 15 -30 минут. Сценарий обычно занимает около 1-2 минут при прочтении вслух. Психотерапевт каждые 5 минут спрашивается об уровне дистресса и побуждает пациента продолжать. Через 30 минут уровень дистресса должен снизиться не менее, чем наполовину [15].

Другой вариант мысленной экспозиции – прочитывание сцены вслух и запись на диктофон или магнитофон, затем необходимо закольцевать запись так, чтобы длительность ее была не менее 15 минут. Пациенту предписывается прослушивать эту запись по нескольку раз, отмечая уровень дистресса. Многочисленные литературные данные указывают на эффективность такой работы для снижения дистресса, переживаемого из-за obsessивных мыслей. Механизмом этого снижения является феномен габитуации, описанной еще Mayer [26, 15, 42]. Габитуация с помощью аудиозаписи особенно полезна для пациентов, которые используют ментальные компульсии или нейтрализации, такие как рационализация, произнесение ритуальных молитв, замена «плохих» мыслей «хорошими», и т.п. в связи с тем, что постоянное повторение obsessивных мыслей предотвращает выполнение ментальных ритуалов .

В случае сомнений как главного содержания obsessions клиента необходимо конфронтировать с чувством неопределенности без того, чтобы начать вдаваться в рассуждения. Пациенту следует переживать состояние сомнений и не стремиться ждать какого-либо определенного ответа. Пациенту предлагается переживать сомнения, но не пытаться делать что-либо, чтобы их рассеять [33].

5. Последняя часть терапии посвящается подготовке пациента к выходу из нее, и тренировке полученных навыков для **профилактики рецидивов**.

## V. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ОБСЕССИЯМИ НАНЕСЕНИЯ ВРЕДА (**REPUGNANT OBSESSIONS**)

### 5.1. Презентация проблемы и описание клиента.

Пациент Максим, 33 года, имеет высшее образование, работает в юридической фирме (?). Предположительный диагноз: ОКР (harm obsessions). Он женат, есть дочь, которой сейчас 4 с половиной года. Два года назад с женой произошел тяжелый конфликт, она выгнала его из дома, унижала, пыталась угрожать ему, привлекала для этого своего отца. Максим тогда испугался, ему было очень плохо, он пытался любыми способами отрегулировать ситуацию и сохранить семью. По его словам «Я ползал на коленях, унижался...». Однако ситуация закончилась для него плохо, жена была настроена враждебно и ему пришлось уйти. Уже около двух лет он живет у родителей.

В разгаре конфликтной ситуации с женой (которая, по отрывочным замечаниям М. предстает как женщина со сложным характером, сама имеет комплексы и непоследовательное поведение) М. приходили мысли: «убить ее и закопать!». Появление этих мыслей по отношению к жене были вполне понятны, принимая во внимание ее оскорбительное поведение. Максим же, из-за своего мягкого характера, не давал выхода своей обиде, агрессии и злости на жену, хотя эти чувства были очень сильными. Затем появилась мысль: «А если я убью жену – как же дочка?», и подумалось: «Нужно убить обеих». Мысль о том, что он хочет убить дочку, поразила Максима, вызвала сильные негативные чувства, страх и тревогу. Эти чувства связались с мыслью об убийстве и последние два года мысли об убийстве дочери стали навязчивостью.

Для Максима велика ценность семьи, для него важно «быть хорошим отцом». Как говорил в детстве его отец – военный: «Хіба хочеш так жити – але діти!...» Максим с детства видел, что родители не слишком счастливы, живя вместе, но есть долг – растить детей, и это – превыше всего.

Максим – спокойный, мягкий человек, отчасти флегматичный, инертный, «вязнет» в рассуждениях, испытывает трудности идентификации своих эмоций, иногда в стрессовых ситуациях эмоции как бы блокируются и проявляются позже. У него и раньше была склонность рассуждениями «сбивать» неприятные чувства, возникающие, когда что-то шло не так, или он оказывался «не на высоте».

Он сам понимает, что ему свойственна нерешительность, неуверенность. В ранней юности он пережил интенсивные негативные чувства, связанные с тем, что девушка, с которой он встречался, высказала фразу, содержащую сомнения в его «мужских достоинствах». Это породило комплекс неполноценности в отношениях с женщинами и долго определяло эти отношения. М. часто не может принять решения по различным жизненным ситуациям. Например, уже во время терапии он стоял перед решением купить машину и ввязался в сомнения о том, покупать ли ему авто нужной марки, но непривычного для него цвета. Эти мучительные сомнения усиливали тревогу, создавали стресс и это закономерно вызывало усиление навязчивых обсессивных мыслей об убийстве дочери.

Мысли о дочке в последнее время появляются в связи с любой в какой-то степени сложной ситуацией как парадоксальный выход: «Если я буду строить другую семью, эта женщина будет требовать моего внимания, а дочка будет страдать... Значит, нужно ее убить...». Или: «какая-то она некрасивая...нужно убить!». Классической была следующая ситуация: увидел пыль дома на компьютере, это вызвало раздражение и злость и сразу же появилась мысль: «Кто виноват в этом? Дочка! Нужно ее убить!». Обычно это - поиск виноватого и мысль привычно замыкается на идее об убийстве: «Надо купить мотоцикл, чтобы отвлечься от этих ужасных мыслей. А почему мне надо отвлекаться? Из-за мыслей о дочке. Значит, надо ее убить, и всего этого не будет».

Мучительным для Максима является вопрос, вызывающий ужас: «А может, я действительно *хочу* убить?». Таким образом, субъективное значение этой обсессии для Максима – невыносимые сомнения, потеря позитивной само-идентичности: «Может, я скрытый маньяк-убийца?». Он мучительно страется найти доказательства своей «моральной невиновности», предаётся рассуждениям: «Хочу ли я ее убить? Могу ли в действительности убить?». Эти мысли вызывают тревогу, сильный дистресс, и бесплодные рассуждения, само-копание, само-разубеждения начинают играть роль нейтрализации негативных чувств (мысленных ритуалов).

Максим начал избегать посещения дома бывшей жены (которая по истечению двух лет стала относиться к нему благосклонно). В последнее время он ездит к дочке раза два в неделю, гуляет с ней, иногда – укладывает спать.

На сеансах делалась экспозиция к сценам убийства – однако, сильных чувств почти не возникает. Однако, когда М. вспоминает: «дочка ведь маленькая, беспомощная...как же я буду без неё?..» – наворачиваются слезы.

В течение года М. принимал антидепрессанты (паксил и ципролекс), однако год назад препараты принимать перестал и состояние постепенно опять ухудшилось. Время от времени в настоящее время он вынужден принимать гдазепам. После двух месяцев работы с использованием когнитивных подходов наметился прогресс (оценка состояния 7 из 10 возможных).

Однако, затем случился рецидив, М. сильно испугался того, что проинтерпретировал свое состояние, как «намерение убить». Ему хотелось бежать, было ощущение потребности сделать то, о чем всё время думал: «Вот сорвусь, поеду и убью». Он обратился к психиатру (который год назад прописывал ему анидепрессанты, но они улучшили его состояние только на время) и стал принимать золофт (сертралин), а также эглонил в небольшой дозе и бусперон.

## 5.2. Концептуализация случая.

### 5. 2.1. Предрасположенность

Как указывалось выше, можно предположить, что у Максима существует биологическая предрасположенность к развитию навязчивости – инертность нервных процессов, некоторая «вязкость» мышления и эмоций. К предрасполагающим факторам относится также неуверенность, мнительность, склонность к сомнениям, размытая Я-концепция, ригидные установки. То есть Максим как бы не очень знает себя и себе не верит, но сформированная в детстве когнитивная схема: «нужно быть хорошим отцом, и вообще – хорошим мальчиком» весьма ригидна.

Здесь можно вспомнить теорию Пиаже о том, что новая информация может ассимилироваться субъектом, приспособляясь к уже существующим ментальным схемам, а может происходить процесс аккомодации – когда новая информация видоизменяет сами схемы. Этот процесс хорошо описан в теории конструктов Дж.Келли [33], где под конструктами понимается, фактически, то же самое, что в КПТ называется схемами. Конструкты, по Келли, могут быть проницаемыми и непроницаемыми. В случае «жестких» (непроницаемых), по Келли) схем новая информация не в состоянии восприниматься субъектом, так как она не «подходит» к его ригидным схемам, а сами схемы измениться в процессе аккомодации из-за своей же жесткости не могут. Схематичная иллюстрация этого процесса приводится на рис. 2.

В детстве Максим боялся заболеть, много думал о «холере» - мыл руки.

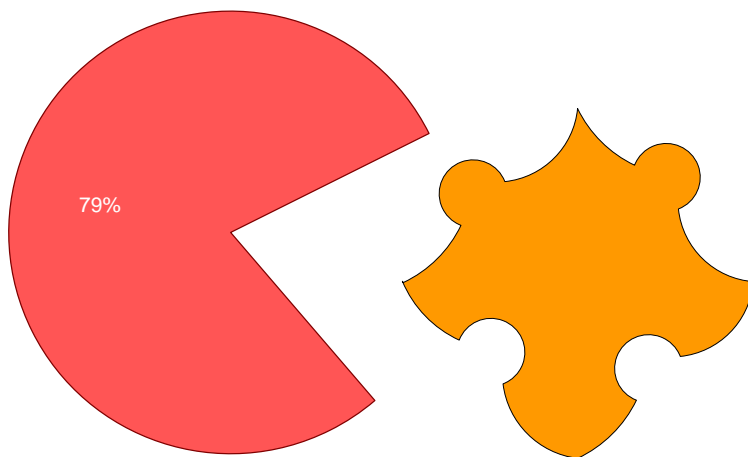


Рис. 2 Иллюстрация трудностей в процессе ассимиляции-аккомодации из за ригидности когнитивной схемы. (Источник: О.Романчук, устное сообщение).

5.2.2. *Критическое событие*, которое привело к заболеванию ОКР, было связано с тяжелой конфликтной ситуацией с женой, унижением и обидой, которые М. не смог «канализировать» из-за своей мягкости, страха конфликтных ситуаций и чувства вины. Вместо того, чтобы отстоять свое чувство собственного достоинства и достойно ответить на несправедливые обвинения жены, он промолчал, пытался загладить конфликт и просил прощения – это происходило, во-многом, из-за тех же ригидных схем («Семья – превыше всего, нужно быть хорошим отцом, воспитывать детей»). Злость, негодование, агрессия ушла на внутреннюю ментальную переработку и проявилась в желании отомстить жене: «Убить!». Потом это сильное чувство сместилось на дочку, что вызвало страх и тревогу, ужас из-за несоответствия своего образа «хорошего мальчика и отца» агрессивным импульсам и желаниям.

### 5. 2.3. *Ключевые проблемы:*

1. Постоянные навязчивые (интрузивные) мысли об убийстве дочери
2. Дистресс из-за этих мыслей, вызывающих постоянные сомнения, руминации, рассуждения

#### *Глубинные убеждения:*

- Я должен добросовестно исполнять свои обязанности (должен быть хорошим отцом);
- Я могу принять неправильное решение и буду выглядеть плохо, буду виноват

#### *Промежуточные убеждения (правила жизни):*

1) нужно стараться всё делать, как положено (отец должен быть с детьми). Отсюда – чувство вины (дочка будет страдать) и оно настолько невыносимо (противоречит образу «хорошего человека»), что лучше с ним покончить, убить дочку, и тогда не будет мучительных сомнений и чувства вины.

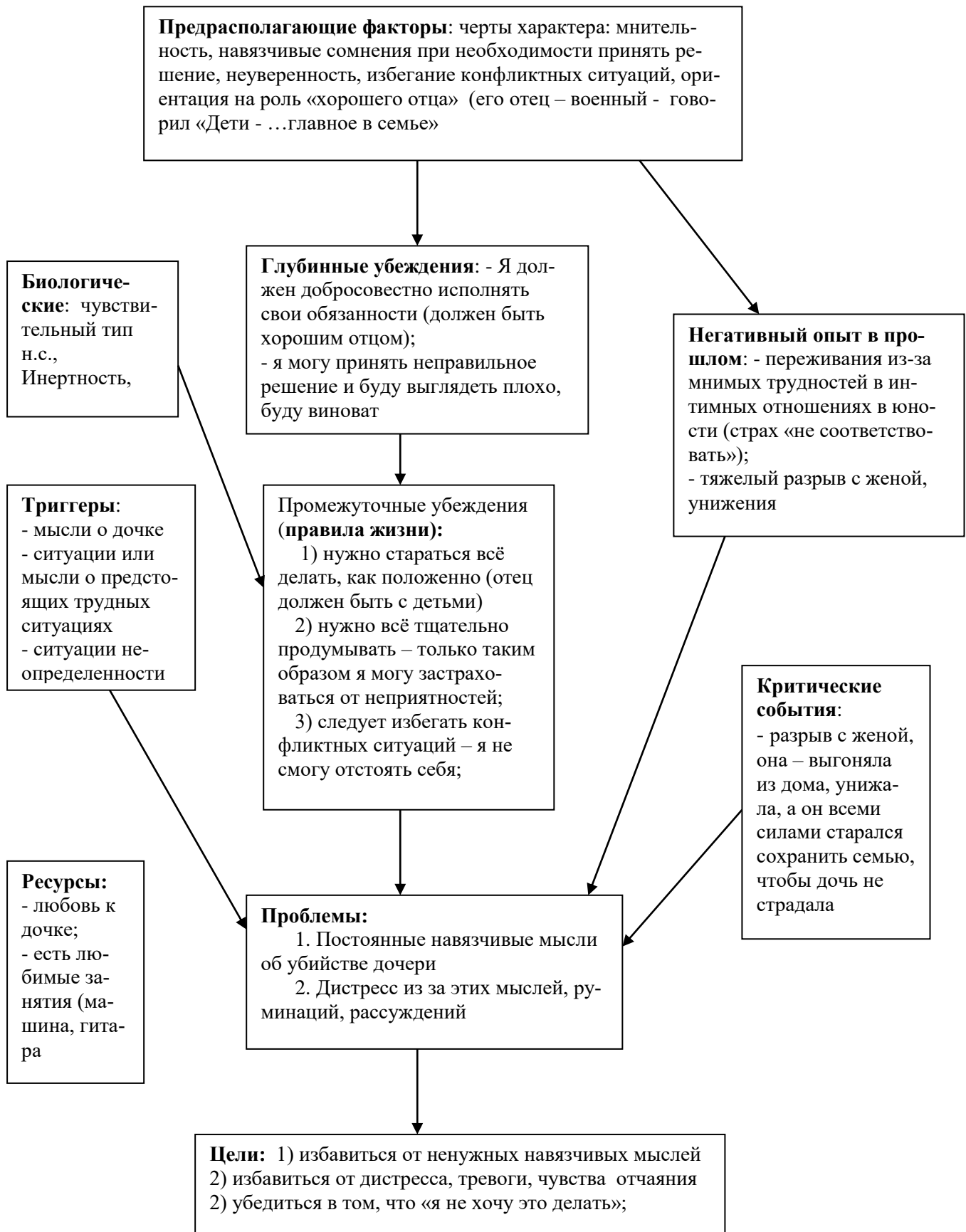
2) нужно всё тщательно продумывать – только таким образом я могу застраховаться от неприятностей;

3) следует избегать конфликтных ситуаций – я не смогу отстоять себя;

*Эмоции:* Эмоции Максима довольно противоречивы, плохо осознаются им самим. Неприятные эмоции – страх, вина («Как я могу так думать?»), подавленность, тревога – воспринимаются как нечто катастрофическое и от них М. пытается избавляться, впадая в нескончаемые руминации. Т.о, эмоции, релевантные болезненному состоянию ОКР у Максима – это тревога, чувство вины, время от времени – вспышки раздражения, иногда – сильный страх и ужас, отчаяние.

*Физиологические симптомы:* тревога, напряжение, иногда – тошнота, дрожь, возбуждение; внутри «ёкает», потливость, слабость.

Концептуализация случая: М., 33 года, работает. Последний год живет с родителями в связи с разрывом с женой. Авг – сент 2013



*Поведение:* избегание – вначале боялся даже ехать с дочкой в машине; избегал выходить на кухню, где были ножи. Постоянные сомнения и руминации «загружают» сознание, Максим хотел бы, но не в состоянии начать действовать, чтобы завести новую семью

5. 2.4. *Замкнутые круги (поддерживающие циклы).* Обсессии поддерживаются и воспроизводятся благодаря замкнутым кругам: первое появление отвратительной интрузивной мысли (*repugnant obsessions*) об убийстве дочери было оценено Максимом как свидетельство его ужасной сущности (монстр, убийца), неизвестной ему самому. В связи с упомянутой выше нерешительностью, инертностью, склонностью к сомнениям, неясной само-идентификацией и недоверием к себе М. допустил эту интерпретацию как возможную, она вызвала сильные негативные чувства, которые связались между собой. В дальнейшем неприятные чувства, испытываемые Максимом (раздражение из-за пыли на компьютере, тревога по поводу неустроенной личной жизни, подавленность и сомнения по разным поводам) благодаря закрепившейся ассоциативной связи активировали мысль «Убить дочку!». Это в свою очередь вызвало веер руминаций, рассуждений, поиск подтверждения или разубеждения: действительно ли это его желание, или так только кажется и т.п. Эти руминации выполняли функцию нейтрализации дистресса, и иногда, действительно, на время становилось легче. Однако постоянные колебания, внутренняя борьба с отвратительными мыслями и невозможность придти к каким-то твердым выводам изматывала пациента, приводила его в состояние подавленности и отчаяния, которое прорывалось изредка во вспышках сильных эмоций, которые Максим интерпретировал как «одержимость» («Я чувствовал, что действительно хочу убить!»). Это пугало и нервировало его еще больше, и появлялась идея: «Может, действительно убить, чтобы всё это кончилось?» (иллюстрация поддерживающего цикла дана на рис.3).

### 5.3. Краткое описание терапевтического процесса.

Была проведена 21 сессия, вначале – два раза в неделю, затем – раз в неделю, иногда – раз в две недели, в зависимости от обстоятельств. Последние три сессии проводились раз в две недели. Продолжительность сессий, в основном, составляла около полутора часов.

Первые три сессии были посвящены сбору информации, диагностике уровня выраженности и особенностей расстройства. Шкала ОСІ [17], показала следующий результат по подшкалам:

1. Чистота -  $1 / 8 = 0,125$
2. Проверка -  $4 / 5 = 0,8$
3. Сомнения -  $8 / 7 = 1,14$
4. Порядок --  $3 / 5 = 0,6$
5. Заикленность –  $21 / 8 = 2,6$
6. Накопительство –  $2 / 3 = 0,6$
7. Нейтрализация –  $12 / 6 = 2,0$



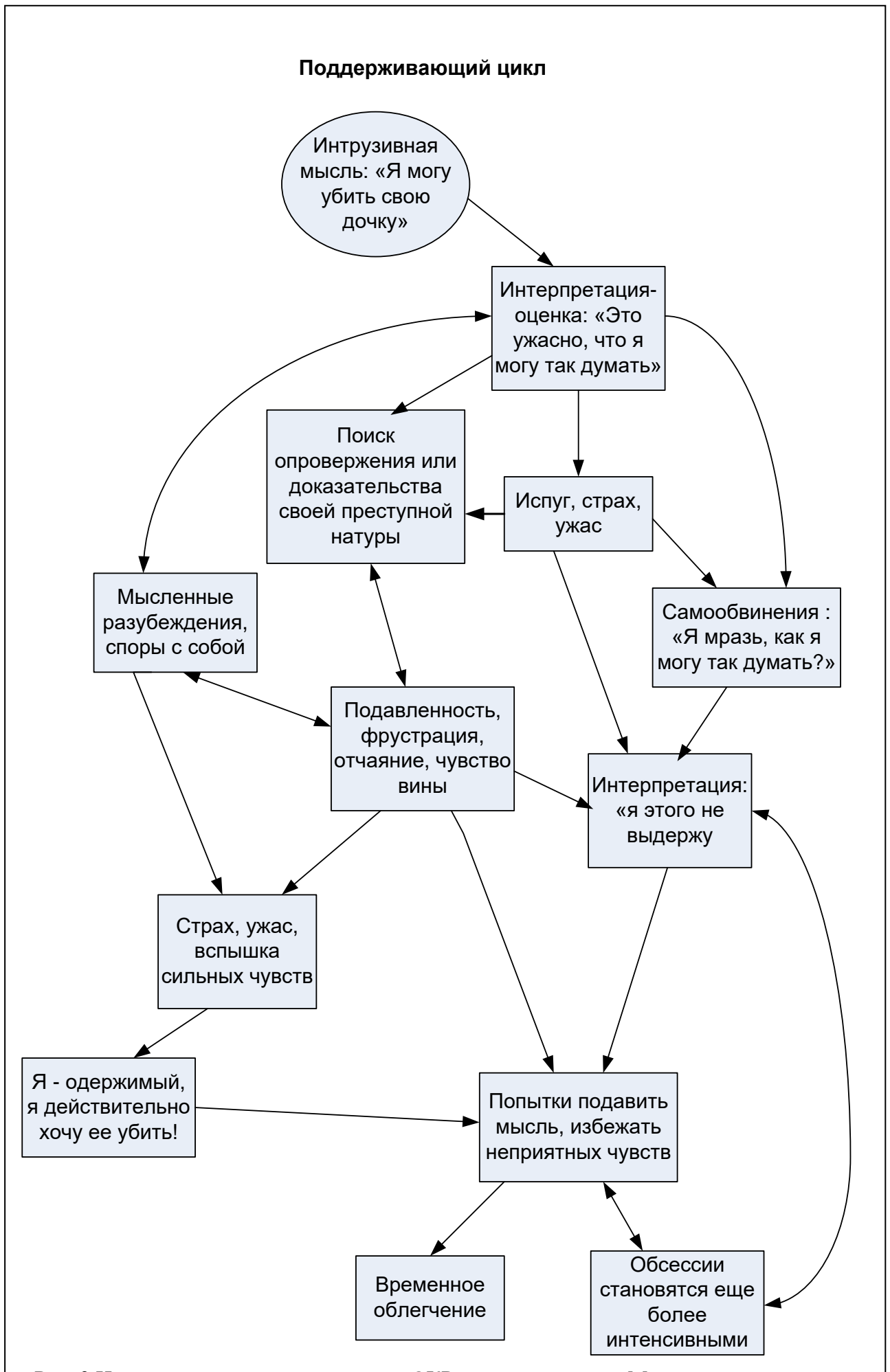


Рис. 3 Иллюстрация поддерживающего ОКР цикла у пациента М.

Общая сумма баллов – 51, что свидетельствует о наличии ОКР. Подтип ОКР, определяемый по каждой из 7 шкал, считается выраженным, если соответствующий балл достигает 2,5 баллов и выше. В нашем случае это относится только к 5-й шкале – «зацикленность» (обсессии). Эта шкала содержит вопросы, направленные на возможность контролировать свои мысли и наличие «отвратительных» мыслей.

Использование шкалы Йель-Браун для оценки симптомов ОКР (Y-BOCS) [19] дало возможность определить среднюю степень их выраженности (11 баллов по пяти первым позициям, касающимся обсессий). Навязчивые действия, ритуалы, компульсии у пациента отсутствуют.

Исследование уровня тревожности по шкале тревоги А.Бек не выявило высокого уровня тревоги (13 баллов), для ориентировочного определения уровня депрессии был использован опросник PHQ-9, результаты которого могут интерпретироваться как слабо выраженное депрессивное состояние (9 баллов из возможных 27).

На протяжении первых двух сессий устанавливался терапевтический контакт, М. довольно быстро почувствовал себя раскованно, рассказывал об истории своей жизни и болезни. Проводилась психоэдукация о основных принципах КПТ, о модели ОКР в когнитивно-поведенческой психотерапии. Выявлялось субъективное значение для пациента его интрузивной мысли: «Я могу убить дочку!». Это оказалось, главным образом, страхом самого себя – потери контроля и проявления непредсказуемой жестокости, страх сойти с ума. Проведено обучение наблюдению за своими негативными мыслями и чувствами и их фиксации в специальном протоколе, сформулированы домашние задания.

3-4 сессии были посвящены социализации пациента в модель КПТ, демонстрации замкнутых циклов, поддерживающих и воспроизводящих симптомы. Выяснялись и обсуждались личностные особенности пациента, его глубинные убеждения и правила жизни, которые, в конце концов, привели к развитию ОКР. Выявлены такие личностные особенности как нерешительность, мнительность, склонность к чувству вины и непродуктивные методы копинга в сложных жизненных ситуациях. Представлена 5-ти шаговая модель решения проблем, проведено обучение дыхательным техникам релаксации, по наиболее негативно нагруженным обсессиям составлено несколько копинг-карточек [2], содержащих альтернативное, более рациональное видение ситуации. Началось внедрение техник когнитивного реструктурирования на примере мыслей, зафиксированных в специальном протоколе в качестве домашнего задания. Специально обсуждались различия интрузивных мыслей и руминаций, акцент постоянно ставился на формуле «Мысль не есть действие», добиться осознания этого помогал метод сократического диалога, хотя, в связи с инертностью мыслительной и эмоциональной сферы в данном случае это было довольно трудно. Уделялось внимание различ-

ным методам прекращения руминаций. Проводилась психоэдукация относительно эффективности избавления от obsессий методом экспозиции в воображении, но М. пока еще не был готов к этому, опасаясь, что таким образом только внушит себе страшную мысль.

На 5-8 сессии продолжалась работа над когнитивным реструктурированием, доведением до осознания пациента механизма поддерживающих циклов; проводилась работа на «макро-уровне» по повышению самооценки, решительности, снижению чувства вины. Обсуждались и другие навязчивые мысли М. (одна из них – о возможной гомосексуальности), постоянные сомнения и тревога, поддерживаемая воспитанной гиперсоциальностью: негативные отвратительные мысли не согласовывались с его ригидным образом себя как хорошего человека и примерного отца. Составлялась в первом приближении иерархия уровня дистресса, что оказалось довольно сложным в связи с трудностью рефлексии своих эмоций, их инертностью и «отставленностью». Пришли к соглашению относительно необходимости экспозиции в воображении, выявилась наиболее пугающая идея и М. при поддержке психотерапевта составил сценарий, в котором он фигурировал как маньяк-убийца. Уровень дистресса в начале экспозиции был 50%, через 15 минут снизился до 10%.

9-14 сессии - работа над укреплением самооценки, снижением чувства вины; преодолением obsессий с помощью когнитивных методов. Использовался метод доказательства гипотез А и Б: «Гипотеза А «Я человек, которые хочет и может убить...» против Гипотезы Б: «Я человек, который думает, что хочет убить...». Однако, методы сократического диалога, предоставление информации, обсуждение различных вариантов поведения, когнитивное реструктурирование, использование метода решения проблем и даже экспозиции с трудом меняют ригидные схемы и не оказывают существенного влияния на навязчивые сомнения Максима. Он постоянно возвращается к своим руминациям и рассуждениям, имеющим характер мысленных компульсий: «Действительно ли я хочу убить?» Он ищет доказательства своей «моральной невинности», иногда от отчаяния «решает» пойти и убить. После этого на время становится легче – хотя бы какой-то определенный выход избавляет от мучительных сомнений. Таким образом мысль «Убить!» выступает в роли нейтрализации тягостных невыносимых чувств.

Навязчивые сомнения оказываются связанными с искажением мышления по типу «Я должен» [1, 9]: быть хорошим, приличным папой; семья – это святое... Поэтому началась работа над изменением отношения к ситуации «Я должен». В отношении семьи это требовало длительных обсуждений и доказательств права человека на выбор. Дискутировалась ситуация личной жизни М, которая была источником постоянных сомнений, переживаний, чувства вины: вернуться ли в прежнюю семью, к дочке и жене, или начать новую жизнь, создавать новую семью. Злокачественной была ригидная установка Максима: «если я заведу но-

вую семью – дочка будет скучать, ей будет плохо... Отец не должен уходить из семьи... И моя новая жена также будет страдать...Я буду виноват, это невыносимо...». Обсуждалась замена мыслительной конструкции: «расстаться с дочкой – тяжело – буду скучать – она будет страдать – убить» более продуктивной: «тяжело – буду скучать – но она у меня есть и мы будем видеться – скучать нормально».

Обсуждались типы эмоций, которые сопровождают желание что-то сделать, однако предложение отслеживать и фиксировать свои эмоции порождают только еще большие сомнения и колебания: «Чувствую ли я то или это?». В процессе обсуждений, анализа сложных ситуаций и негативных эмоций постепенно выявляется и становится очевидным для пациента связь репрессированных негативных чувств, которые «неприлично и опасно» проявлять и «смещенной агрессии».

Продолжалась работа по дистанцированию от навязчивых мыслей, применение различных техник, например, прием «Стоп обсессиям», остановки руминаций – применялись некоторые техники майндфулнес. Постоянно использовались приемы когнитивного реструктурирования, опираясь на понимание механизма поддерживающих циклов. Обсуждалось значение избегания и руминаций как мысленных ритуалов и компульсий. Важным было постоянное напоминание о необходимости брать на себя ответственность и вместо парадоксального выхода «Убить!» (даже когда возникло раздражение из-за невытертой пыли) изменять ход расуждений по схеме: «А что я могу сделать в этой ситуации?».

15 сессия была внеочередной в связи с рецидивом: тревожное состояние усилилось, М. не справился с этими ощущениями, интрузивная мысль приобрела чрезвычайно активный характер и он почувствовал некий импульс, интерпретировав его как действительное желание «убить!». М. обратился к психиатру, ему сделали капельницы с седативными средствами, однако состояние резко ухудшилось, появилось ощущение безнадежности, суицидальные мысли. Было рекомендовано обратиться к психиатру за назначением фармакотерапии.

16- 20 сессии. М. начал принимать медикаменты: золофт (сертралин), эглонил и бусперон, а также на ночь – ноофен. Состояние стабилизировалось и оказалось возможным продолжать психотерапевтическую работу.

Дальнейшее применение методов когнитивного реструктурирования, обсуждение ситуаций личной жизни, помощь в применении более рациональных способов принятия решений. Разработка и повторение способов противостояния руминациям, остановки и дистанцирования от мысленных компульсий, управления эмоциями, применялись также методы майндфулнес. М. стал более рационально относиться к появлению интрузивной мысли, научился быстро ее квалифицировать как обессию и не реагировать чувством страха и тревоги (более эффективного управления эмоциями удалось достичь благодаря сочетанию пси-

хотерапии с фармакотерапией). По наиболее сильно эмоционально заряженным и беспокоящим идеям, справиться с которыми не удавалось с помощью когнитивных методов, разрабатывались сценарии и проводились экспозиции в воображении (большей частью в виде домашних заданий). После того, как интрузивная мысль «Убить дочку!» стала менее навязчивой, выяснилось, что негативные эмоции М. большей частью связаны с тем, что он хотел бы чувствовать, что он нужен дочке, что его забота о ней имеет соответствующую отдачу. Он признался, что чувствует ревность и обиду, когда дочка предпочитает общение с ним – матери.

Продолжалась работа на «макро-уровне»: повышение самооценки, пересмотр непродуктивного реагирования на сложные ситуации (избегание конфликтов, подавление негативных эмоций), чувство вины, связанное с ригидными когнитивными схемами о семье и роли отца. Началась работа по *профилактике рецидивов*. Проводилось обсуждение возможных ухудшений состояния (особенно после окончания фармакотерапии) и необходимости правильного реагирования на появление неприятных ощущений и тревоги; обзор материала, усвоенного в процессе терапии. «Инвентаризированы» различные освоенные ранее способы противостояния руминациям, правильной интерпретации интрузивных мыслей, приемы когнитивного реструктурирования и т.п. Важное значение придавалось пересмотру определенных «правил жизни» и ригидных схем реагирования: необходимость выражения своих негативных эмоций (злости, раздражения) в социально приемлимой форме, а не подавление их; поиск вариантов копинга в сложных ситуациях, принятие на себя ответственности без боязни «остаться виноватым»; пересмотр искаженных способов мышления – таких как катастрофизация, «чтение мыслей», долженствование и т.п.

#### 5.4. Результаты терапии

Изменение уровня выраженности симптомов ОКР – в частности продолжительности обсессий, уровня дискомфорта, способности противостоять обсессиям (по шкале Y-BOCS) в течение терапии показано на графике (рис. 4).

К концу этого этапа психотерапии пациент был в состоянии сопротивляться обсессиям, и, хотя интрузивная мысль время от времени появлялась (обычно это было связано с подавленными эмоциями злости, раздражения, обиды, чувства вины), М. не испытывал страха при ее появлении и не реагировал на нее последующими руминациями, как это было в начале терапии. Руминации – рассуждения, сомнения относительно своего позитивного образа, поиск разубеждения и доказательств, как указывалось выше, служил своеобразными ментальными компульсиями. Использование методов когнитивного реструктурирования, экспозиции в воображении, методы дистанцирования от сильных эмоций помогли с этим справиться.

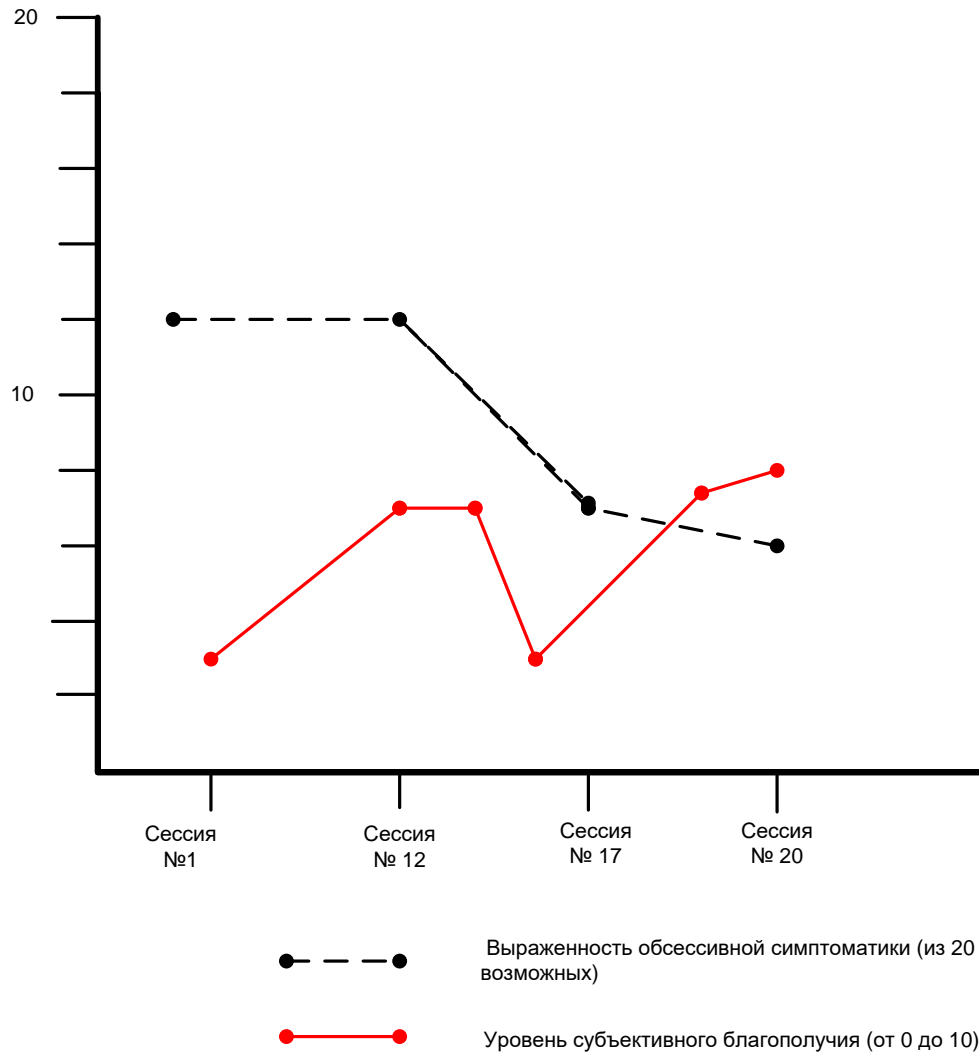


Рис. 4. Показатели динамики состояния пациента в процессе психотерапии

Психотерапия продолжается, редкие встречи (2 раза в месяц) имеют целью помочь М. скорректировать личностные проблемы: нормализовать отношения с дочерью (чрезмерное чувство вины из за ухода из семьи, сверхценность отношений с дочерью, абсолютизации роли отца), неумение находить рациональные выходы в сложных ситуациях и нести за это ответственность; уметь конструктивно выражать негативные эмоции.

Симптоматика ОКР постепенно редуцируется, уже не оказывает серьезного психологического дискомфорта и не нарушает социального функционирования.

**Выводы.** Пациент М. страдал так называемой отвратительной (*repugnant*) обсессией о нанесении вреда собственной дочери. В начале работы его социальное функционирование было значительно затруднено, обсессии занимали много часов в день и вызывали сильный дистресс, которые приводил пациента в отчаяние и даже к мыслям о суициде. За год до об-

ращения он в течение года находился на фармакологическом лечении, однако, после его окончания негативное состояние вернулось и даже ухудшилось.

Фактически, его дистресс был связан со страхом несоответствовать образу «хорошего отца» и оказаться монстром-убийцей. Пациент М. также отличается склонностью к постоянным сомнениям, рассуждениям, инертностью мыслительной и эмоциональной сфер. Как указывают многие авторы, терапия пациентов, имеющих специфические мысли и образы, а ритуалами являются скрытые ментальные действия, представляет собой сложность. Они обычно не отвечают на традиционный подход - экспозиции с прерыванием реакции (см., например, 22).

В нашем случае сомнения, рассуждения и попытки получить подтверждение пугающим мыслям или разубеждение в них играли роль нейтрализации (или скрытых мыслительных ритуалов). Навязчивые мысленные действия, как указывает Барлоу и др., могут быть устранены с помощью профилактики ритуалов [4]. В связи с этим, а также ригидностью и негибкостью мышления пациента, проводилась систематическая постепенная работа по когнитивному реструктурированию, применялись различные техники предупреждения и остановки руминаций, а также проводились экспозиции в воображении.

Мишенью когнитивной терапии были убеждения пациента в том, что мысли об убийстве отражают его желание убить и страх оказаться антиморальным, плохим человеком. Применялись различные приемы и эксперименты, постепенно приводившие пациента к осознанию того, что мысль – не есть действие. Когнитивная работа сопровождалась проведением экспозиций в воображении к наиболее эмоционально заряженным негативным навязчивым мыслям. Выяснилось, что навязчивая интрузивная мысль «убить дочку!» имеет в каком-то смысле функцию нейтрализации негативных эмоций – таких как злость, раздражение, обида, вина - выносить которые пациенту было очень трудно. Интересно, что, в отличие от представлений многих исследователей ОКР [38, 42] о чрезмерном чувстве ответственности пациентов с ОКР, в данном случае фиксировалась склонность нашего пациента к уходу от ответственности в связи с неумением находить рациональные варианты решения сложных жизненных ситуаций и страхом оказаться виноватым. После 21 сессии интенсивность дистресса, частота obsessions значительно снизилась и цель когнитивно-поведенческой психотерапии может считаться выполненной. Однако продолжаются редкие терапевтические встречи с пациентом (2 раза в месяц) для помощи ему в изменении ригидных схем (в частности, о роли отца в воспитании ребенка), коррекции некоторых психологических особенностей, развития рациональных копинг-стратегий в сложных жизненных ситуациях.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003.
2. Бек Д. Когнитивная терапия. Полное руководство. – М-СПб-К.: 2006
3. Келли Дж.А. Теория личности. Психология личностных конструкторов. – СПб: Речь, 2000
4. Клиническое руководство по психическим расстройствам. 3-е издание Под редакцией Дэвида Барлоу. М.-СП-б, 2008
5. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха. Практическое руководство психотерапевта. – СПб, 2007
6. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. — СПб., 2001.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). – Киев: Факт, 1999
8. Романчук О. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії обсессивно-компульсивного розладу. Інтернет-ресурс: [http://dl.dropboxusercontent.com/u/46872586/CBT/MY%20ARTICLES/Romanchuk\\_OCD2.pdf](http://dl.dropboxusercontent.com/u/46872586/CBT/MY%20ARTICLES/Romanchuk_OCD2.pdf)
9. Эллис Альберт. Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход. Пер. с англ. — СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2002
10. Abramowitz, J., Deacon, B., Olatunji, B., Wheaton, M., Berman, N., Losardo, D., Timpano, K., McGrath, P., Riemann, B., Adams, T., Bjorgvinsson, T., Storch, E., & Hale, L.(2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, Vol.22, No.1, (March 2010), pp. 180-198, ISSN 1040-3590
11. Abramowitz, J., Franklin, M., Schwartz, S.A., & Furr, J.M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049–1057.
12. [Baer L.](#) (1994) Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychology*. Mar;55 Suppl:18-23
13. Clark, D.A. (2004). Cognitive behavioral therapy for OCD. New York: Guilford.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fifth edition. DSM-V- American Psychiatric Association. . 2013
15. Foa E.B., Yadin E., Lichner T.K. (2012) Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder. Therapist Guide. Second Edition. Oxford University Press.
16. Foa, E. B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psycho-logical Bulletin*, 99, 20-35.
17. Foa A.B., M.J.Kozak et al. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment* 10 (3): 206-214
18. Freeston, M.H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1997). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433– 466.
19. Goodman D.K., Lawrence H. P, Rasmussen S.A. "The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale," *Archives of General Psychiatry* . 1989; 46:1006-1011.
20. Hodgson RJ, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther*. 1972;10(2):111-7.
21. Koran L.M. Obsessive-Compulsive Disorder: An Update for the Clinician. *FOCUS* 2007;5:299-313.



22. Leahy R.L., Holland S.F., McGinn L.K. (2012). Treatment Plans and Interventions for depression and anxiety disorders. – The Guilford Press.
23. Leckman, J., Grice, D., & Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B., Cohen, D., Rasmussen, S., Goodman, C., McDougle, C., & Pauls, D. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, Vol.154, No.7, (July 1997), pp. 911-917, ISSN 0002-953X
24. Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behavior Research and Therapy*. 1980;18(5):387-94.
25. Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure – a two year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry*. 1975;127:349-64.
26. Meyer V, Levy R, Schnurer A. The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders In: Beech HR, editor. *Obsessional states*. London: Methuen; 1974. p. 233-58.
27. Mowrer O.H. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev*.1939;46:553-66.
28. Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1997;35(7):667-81
29. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007. Available online at [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/prac\\_guide.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)
30. Purdon C. (2004) Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 35 121–136
31. Purdon C., Clark D.A (2005) *Overcoming Obsessive Thoughts: How to Gain Control of Your OCD*. New Harbinger Publication
32. Purdon, C., & Clark, D.A. (1999). Meta-cognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96–101.
33. Purdon, C. (2004) Cognitive-Behavioral Treatment of Repugnant Obsessions. *Journal of Clinical Psychology /In Session* 60: 1169–1180.
34. Rachman S, De Silva P, Roper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behavior Research and Therapy*. 1976;14(6):445-53.
35. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*. 1978;16(4):233-48.
36. Rachman S. (2002) A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy* ; 40(6):625-39.
37. Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
38. Rachman, S. (1998).A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385– 401.
39. Rachman, S., De Silva, P., & Roper, G. (1976). The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy*, 14(6), 445-453.
40. Rasmussen S.A. and Eisen J.L. (1998). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorders. In: *Obsessive-compulsive disorders: practical management*. St-Louis : Mosby.
41. Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*, Vol.27, No.6, pp.677-682

42. Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 37 (1999) S29-S52
43. Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1987). Obsessive-compulsive disorder: clinical strategies for improving behavioural treatments. In H. R. Dent, *Clinical psychology: research and developments*. London: Croom Helm.
44. Wolpe J. and Lazarus A. *Behavior Therapy Techniques*. Oxford: Pergamon Press Ltd., 1996, 55-56.