

Глава 2

Оценивание ОКР при встрече с пациентом

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

2.1. Оценивание приводит к пониманию: приготовление

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

УОЛТЕР: Я бы мысленно представил себе жирафа!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Другие формы ОКР и средоточия опасений

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

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

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

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

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

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

2.4. ОКР в конкретном контексте

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

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

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

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

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

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

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

2.5. Диагноз других коморбидных расстройств

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

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

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

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

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

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

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

Окончание табл. 2.1

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

2.6. Расстройства личности

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

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

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

2.7. Оценивание риска

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

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

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

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

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

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

Ниже приведена еще одна методическая рекомендация из института NICE.

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

[NICE guideline CG31, 1.4.1.2, стр.1]

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

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

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

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

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

2.8. Оценивание степени тяжести ОКР клиницистом и по опросникам

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

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

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

2.8.1. Особенности показатели

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

2.9. Трудности достижения качественного оценивания в свете наблюдения

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

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

его закрепляют. Рассмотрим в качестве примера употребление следующей метафоры.

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

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

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

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

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

2.10.1. Контрольные вопросы по окончании оценивания

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

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

Библиографические ссылки

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

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

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

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

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

- Torres, A. R., Ramos- Cerqueira, A. T. A., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., & Miguel, E. C.** (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 17–26. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.09m05651blu>.
- Veale, D., Freeston, M., Krebs, G., Heyman, I., & Salkovskis, P.** (2009). Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 332–343.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I.** (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 787–794. ИЦО: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.787>.