

Содержание

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

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

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

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

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

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

Общие сведения о лечении методом экспозиции и предотвращении ритуалов

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

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

Лечение методом EX/RP включает следующие процедуры.

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

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

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

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

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

Обсессивно-компульсивное расстройство

Уровень распространенности заболевания и курс лечения

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

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

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

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

Влияние ОКР

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

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

Сопутствующие (коморбидные) расстройства

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

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

Диагностические критерии ОКР

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

А. Обсессии или компульсии.

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

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

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

Компульсии по определению (1) и (2):

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

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

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

Уточните у клиента следующее.

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

Стоит отметить несколько аспектов, вытекающих из этих критериев.

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

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

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

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

Подтипы симптомов ОКР

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

Заражение и мытье/уборка

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

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

Обсессии о нанесении вреда и навязчивая проверка

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

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

Симметрия, порядок и упорядочение

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

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

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

Накопительство

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

Ментальные ритуалы без явных компульсий

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

ленно мечется взад и вперед между тревогой обсессии и успокаивающим уверением мысленной компульсии. Менее типичные формы этого подтипа включают чрезмерное “выяснение” того, какое действие предпринять (посмотреть телевизор или прочитать газету) или о чем именно думать в любой момент времени.

Плохой инсайт

Все больше клиницистов соглашаются с предположением, что некоторые люди с ОКР твердо верят: то, чего они боятся, действительно случится, если они не будут исполнять ритуалы. Это привело к тому, что был добавлен спецификатор диагностики DSM-IV (1994) “С плохим инсайтом” (Foa et al., 1995; Insel & Akiskal, 1986; Kozak & Foa, 1994; Lelliott et al., 1988). Этот подтип относится к людям, которые не осознают бессмысленность или нереалистичную природу своих обсессий и компульсий. Только 4% клиентов с ОКР верят с абсолютной уверенностью, что ужасные последствия действительно произойдут, и не признают, что их реакция на обсессии чрезмерна (Foa et al., 1995). С клинической точки зрения очень важно оценить степень инсайта клиента до начала КПТ, потому что устойчивые убеждения о последствиях воздержания от компульсий были связаны с менее позитивным результатом лечения (Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999).

Оценивая инсайт клиента, важно помнить, что для многих клиентов степень осознания связана со степенью дистресса и, следовательно, может варьироваться от одной ситуации к другой. Например, в кабинете терапевта клиент может указать, что он почти уверен, что не заразится венерическим заболеванием после посещения общественного туалета. Тем не менее, непосредственно столкнувшись с общественным туалетом, он может быть почти уверен, что заразится этой болезнью. Только клиенты, которые неизменно выражают уверенность в том, что их ожидают ужасные последствия, могут быть отнесены к категории “С плохим инсайтом”.

Разработка программы лечения методом экспозиции, предотвращения ритуалов и доказательства ее эффективности

Когнитивно-поведенческая концептуализация ОКР

Было выдвинуто несколько теорий относительно развития и сохранения симптомов ОКР. В 1950 году Доллард и Миллер использовали двухэтапную теорию Маурера для объяснения развития и сохранения моделей поведения страха и избегания при ОКР (Mowrer, 1939, 1960). Теория утверждает, что нейтральное событие начинает вызывать страх, когда оно переживается одновременно с событием, которое естественным образом вызывает дистресс. Тревога может быть связана с ментальными событиями, такими как мысли, и/или физическими событиями, такими как ванные комнаты и мусорные баки. После того как человек приобретает определенный страх перед чем-то, для уменьшения тревоги вырабатывается модель поведения бегства или избегания. При ОКР поведенческое избегание принимает форму повторяющихся компульсий или ритуалов. Как и другие способы избегания, компульсии сохраняются, потому что они действительно уменьшают страх. Теория Маурера не только корректно объясняет возникновение страха (Rachman & Wilson, 1980), но также согласуется с наблюдениями о том, как поддерживаются ритуалы: obsessions усиливают навязчивый дистресс, а компульсии направлены на уменьшение этого дистресса. Эта функциональная связь между obsessions и компульсиями была подтверждена в нескольких экспериментах с клиентами с ОКР (Roper & Rachman, 1976; Roper, Rachman, & Hodgson, 1973).

Фоа и Козак (1985) выдвинули теорию о том, что ОКР проявляет несколько ошибочных когнийций. Во-первых, страдающие ОКР приписывают высокую вероятность опасности относительно безопасным ситуациям. Например, человек с ОКР будет полагать, что если он кос-

нется пола, не вымыв тщательно руки, то заразится смертельной болезнью и вызовет болезнь и смерть у других людей, которых он касается своими грязными руками. Во-вторых, люди с ОКР преувеличивают последствия того плохого, что, по их мнению, произойдет. Например, не помыть руки и оставить незначительную инфекцию на пальце считается ужасным. Кроме того, Фoa и Козак предполагают: люди с ОКР делают вывод о том, что ситуация опасна, на основании отсутствия доказательств ее безопасности и, следовательно, требуют постоянного доказательства безопасности. Например, чтобы чувствовать себя в безопасности, страдающему ОКР необходима гарантия того, что столовые приборы в ресторане идеально чистые, прежде чем есть ими. Впрочем, ритуалы, которые выполняются для уменьшения вероятности вреда от тех или иных действий либо предметов, не могут полностью обеспечить безопасность, и поэтому их нужно повторять для повышения уверенности. Люди без ОКР, с другой стороны, считают: пока нет доказательств того, что ситуация опасна, она безопасна. Таким образом, в предыдущем примере человек без ОКР мог бы использовать приборы, только если бы не обнаружил чего-то, явно указывающего на то, что они не чистые, например остатков пищи или видимой грязи.

В 1985 году Салковскис выдвинул когнитивную теорию ОКР. Он предположил, что для ОКР характерны пять убеждений:

- 1) думать о действии — это то же самое, что совершать его;
- 2) неспособность предотвратить вред морально равносильна причинению вреда;
- 3) ответственность за вред не уменьшается смягчающими обстоятельствами;
- 4) отказ от ритуала в ответ на мысль о вреде — то же самое, что и намерение причинить вред;
- 5) необходимо контролировать свои мысли (Salkovskis, 1985, С. 579).

Следовательно, хотя клиенты могут чувствовать, что их obsessions неприятны, compulsions, используемые для уменьшения тревоги, считаются приемлемыми.

Как метод экспозиции и предотвращения ритуалов был разработан и испытан

До середины 1960-х годов считалось, что ОКР не поддается лечению. Психодинамическая психотерапия и широкий спектр лекарств не помогали значительно уменьшить симптомы ОКР. Были предприняты попытки экспозиционных процедур (систематическая десенсибилизация, парадоксальная интенция, семантическая сатиация), а также процедуры оперантного обусловливания, направленные на блокирование или наказание obsessions и compulsions (остановка мысли, аверсивная терапия, скрытая сенсibilизация). Однако ни один из этих методов лечения не был достаточно эффективным, чтобы дать надежду на выздоровление людям, страдающим ОКР. Первый настоящий прорыв произошел в 1966 году, когда Мейер описал двух клиентов, успешно вылеченных с помощью программы поведенческой терапии, которая включала длительную экспозицию вызывающих тревогу объектов и ситуаций в сочетании со строгим предотвращением ритуалов (EX/RP). Мейер и его коллеги продолжили применять метод EX/RP с клиентами с диагнозом ОКР и обнаружили, что программа лечения была высокоэффективной в 10 из 15 случаев и частично эффективна у остальных клиентов. Более того, пять лет спустя только у двух клиентов произошел рецидив (Meyer & Levy, 1973; Meyer, Levy, & Schnurer, 1974). Все клиенты были помещены в стационар на время проведения лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов.

Рандомизированные контролируемые исследования лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов

Восторг по поводу эффективности метода EX/RP побудил ученых провести контролируемые исследования, которые действительно поддержали результаты Мейера на практике. В 1971 году Рахман, Ходжсон и Маркс провели контролируемое исследование лечения 10 госпитализированных клиентов с хроническим ОКР. Все клиенты прошли 15 сеансов релаксации до лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов. Затем клиентам случайным образом назначили интенсивное лечение из 15 ежедневных сессий моделирования *in vivo* или импловивной терапии *in vivo*. Было проведено в среднем восемь дополнительных сессий для семи клиентов; из них троим клиентам были также назначены домашние визиты терапевта. В ходе моделирования лечения экспозиции были постепенными, при этом клиенты сначала сталкивались с менее тревожными ситуациями и со временем все с более трудными задачами. Кроме того, терапевт сначала демонстрировал экспозицию, побуждая клиента решить ту же задачу. При импловивной терапии клиенты с самого начала сталкивались с самыми неприятными ситуациями в своей иерархии без моделирования психотерапевта. Результаты показали значительное улучшение симптомов ОКР при EX/RP по сравнению с лечением релаксацией, и клиенты сохранили свои результаты через три месяца наблюдений. Существенной разницы в результатах между двумя видами экспозиций не было обнаружено; однако клиенты указали, что предпочитают лечение с постепенным повышением уровня сложности экспозиций. Ученые добавили к исследованию еще 10 клиентов и обнаружили, что через два года наблюдений состояние 15 из 20 клиентов значительно улучшилось (Marks, Hodgson, & Rachman, 1975).

Под влиянием предыдущих исследований Рахмана, Маркса и Ходжсона доктора Фoa и Голдштейн (1978) изучили ряд клиентов с ОКР, используя квазиэкспери-

ментальный дизайн. Тяжесть симптомов ОКР клиентов оценивалась до и после двух недель, в течение которых терапевты собирали информацию об их ОКР, истории болезни и типе симптомов, но лечение не проводилось. Затем клиентов лечили методом EX/RP и снова оценивали тяжесть их симптомов. Это исследование несколько отличалось от предыдущих исследований. Во-первых, для большинства клиентов лечение проводилось амбулаторно, а не стационарно. Во-вторых, метод EX/RP включал 10, а не 15 ежедневных сессий. В-третьих, под влиянием сведений об эффективности воображаемых экспозиций при фобиях (ср. Mathews, 1978), Фoa и Голдштейн включили воображаемые экспозиции в дополнение к экспозициям *in vivo* в лечение методом EX/RP. Во время воображаемых экспозиций терапевты описали “катастрофы” клиентов, которые могут возникнуть в результате невыполнения ритуалов, и попросили их “пережить” описанный сценарий в своем воображении. Программа лечения оказалась достаточно эффективной. На этапе сбора информации видимого улучшения не было. В то время как на протяжении 2-недельной фазы EX/RP было обнаружено заметное и весьма значимое улучшение. При последующем наблюдении у 66% участников не было симптомов, а у 20% они частично улучшились. Только три клиента не воспользовались программой лечения, что было связано с переоценкой идеации (т.е. плохим инсайтом).

После того как эффективность метода EX/RP и его устойчивость в снижении тяжести симптомов ОКР были установлены, Фoa и ее коллеги приступили к исследованию относительного вклада различных компонентов программы лечения. С этой целью они провели серию дополнительных исследований, чтобы изучить отдельные эффекты экспозиции *in vivo*, воображаемой экспозиции и предотвращения ритуалов.

Воображаемая экспозиция в сравнении с экспозицией *in vivo* и их комбинацией

С целью изучить эффект введения практики воображаемой экспозиции в лечение методом EX/RP Фoa, Стекетти, Тернер и Фишер (1980) провели исследование амбулаторных клиентов с ОКР с ритуалами проверки, которым в произвольном порядке были назначены два вида лечения. Первое лечение состояло из 10 сессий непрерывной воображаемой экспозиции, длившейся 90 минут, она была сосредоточена на последствиях, которые, по мнению клиентов, должны произойти, если они не будут исполнять свои ритуалы проверки. За этим следовала 30-минутная экспозиция *in vivo* ситуаций, которые вызывали побуждение к ритуалам проверки. Второй вид лечения состоял из 120-минутной экспозиции *in vivo*; воображаемая экспозиция не проводилась. Обе группы попросили воздерживаться от исполнения ритуалов проверки. В конце лечения обе группы показали одинаковое улучшение, но при последующем наблюдении у тех, кто исполнял только экспозиции *in vivo*, наблюдался некоторый рецидив, тогда как те, кто исполняли воображаемые экспозиции и экспозиции *in vivo*, сохраняли свои успехи в лечении. Таким образом, воображаемые экспозиции, по-видимому, способствовали сохранению результатов лечения.

Во втором исследовании Фoa, Стекетти и Грейсон (1985) сравнили эффективность воображаемой экспозиции с эффективностью экспозиции *in vivo*. Амбулаторные клиенты с ОКР с ритуалами проверки были случайным образом распределены по одному из двух условий лечения: с помощью воображаемой экспозиции или экспозиции *in vivo*. Предотвращение ритуалов не было частью лечения. Оба вида лечения включали 15 сессий по 120 минут в течение трех недель и два домашних визита на четвертой неделе. Симптомы ОКР у клиентов значительно ослабились, и при последующем наблюдении прослеживалось видимое улучшение состояния (в среднем через 10 меся-

цев после лечения). Послеэкспериментальное обследование и последующее наблюдение существенных различий между видами лечения не выявили. Авторы исследования пришли к выводу, что как воображаемая экспозиция, так и экспозиция *in vivo* предлагают клинически значимые и долгосрочные положительные результаты для клиентов с ОКР.

В целом, хотя воображаемая экспозиция не кажется существенной для немедленного результата, она может улучшить долгосрочное поддержание прогресса в лечении и может использоваться в качестве дополнения к экспозиции *in vivo* для клиентов, которые проявляют страх перед “катастрофическими последствиями”, такими как кража со взломом в случае отсутствия проверки дверных замков и окон.

Индивидуальные эффекты экспозиции и предотвращения ритуалов

В целях изучения относительных эффектов экспозиции и предотвращения ритуалов Фoa, Стекети, Грейсон, Тернер и Латимер (1984) случайным образом отнесли клиентов с Obsessive Compulsive Disorder (ОКР) к лечению только экспозицией (EX), только предотвращением ритуалов (RP) или их комбинацией (EX/RP). Каждое лечение проводилось интенсивно (15 ежедневных 120-минутных сессий в течение трех недель) с последующим посещением на дому. Состояние клиентов с разным уровнем тяжести симптомов улучшилось как после лечения, так и при наблюдении. Тем не менее клиенты, получавшие лечение EX/RP (сочетание EX и RP), показали лучшие результаты почти по всем показателям симптомов по сравнению с лечением только EX или только RP. Качественно лучший результат комбинированного лечения был обнаружен как после лечения, так и при последующем наблюдении. При сравнении результатов лечения только EX и только RP клиенты, которые подлежали лечению с помощью EX, сообщали о меньшей тревоге при

столкновении с “загрязнителями”, чем клиенты, которые подлежали лечению с помощью RP, тогда как группа RP сообщала о большем снижении побуждений к ритуалам, чем клиенты, лечившиеся лишь EX. Таким образом, оказалось, что EX и RP по-разному влияют на симптомы ОКР. Результаты этого исследования ясно показали, что EX и RP должны выполняться одновременно; лечение, которое не включает оба компонента, дает худшие результаты.

Другие аспекты проведения лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов

Некоторые исследователи изучали логику лечения методом EX/RP, включая сравнение поэтапной экспозиции, которая состоит из постепенного повышения уровня сложности ситуаций, вызывающих дистресс (постепенная экспозиция), с экспозицией, которая подразумевает начало лечения с самой трудной ситуации (внезапная экспозиция); изменение продолжительности экспозиции; важность регулярности экспозиционных сессий и исследование экспозиций под присмотром и контролем терапевта и самостоятельных экспозиций. Результаты этих исследований могут помочь терапевтам в их клинических решениях о применении метода EX/RP.

Постепенные и внезапные экспозиции

Согласно вышеупомянутой информации раннее исследование не обнаружило разницы в уменьшении симптомов ОКР при сравнении постепенной и внезапной экспозиции *in vivo*. Клиенты, которые столкнулись с наиболее тревожными ситуациями в начале лечения, показали такое же снижение тяжести симптомов ОКР, как и те, которые начинали с менее тревожных ситуаций и постепенно сталкивались со все более тревожными. Однако клиенты предпочитали постепенный подход (Hodgson et al., 1972; Rachman et al., 1971). Поскольку мотивация клиента и согласие с целями лечения являются важными факторами для успешного проведения лечения методом

EX/RP, большинство программ начинают с того, что подвергают клиентов воздействию ситуаций средней сложности, постепенно переходя к более тревожным экспозициям и наконец к экспозициям, вызывающим больше всего дистресса (в главе 5 приведена более подробная информация).

Продолжительность экспозиции

Продолжительность экспозиции также является важным фактором для результата лечения. Таким образом, продолжительная непрерывная экспозиция более эффективна, чем кратковременная прерывающаяся экспозиция (Rabavilas et al., 1976). Исследования показали, что непрерывная экспозиция продолжительностью около 90 минут приводит к снижению тревожности у клиентов с паническим расстройством (Foa & Chambless, 1978) и к уменьшению желания исполнять ритуалы у клиентов с ОКР (Rachman, DeSilva, & Roper, 1976). Хотя продолжительность полезна в качестве общего руководящего принципа, экспозицию можно прекратить, если клиент сообщит о значительном уменьшении обсессивного дистресса до ее окончания. В ином случае экспозиция может быть продолжена более чем на 90 минут, если клиент не испытывает снижения тревоги за это время.

Регулярность экспозиционных сессий

Оптимальная регулярность экспозиционных сессий еще не была установлена. Программы интенсивной экспозиционной терапии, состоящие, как правило, из ежедневных сессий на протяжении примерно одного месяца, дали отличные результаты (Foa, Kozak, Steketee, & McCarthy, 1992), но положительные результаты были также достигнуты при проведении сессий два раза в неделю и еженедельно (Abramowitz, Foa, & Franklin, 2003; de Araujo et al., 1995).

Экспозиция под наблюдением психотерапевта и самостоятельная экспозиция

Исследования, изучающие эффект присутствия терапевта во время экспозиций, показали противоречивые результаты. В одном исследовании для части клиентов с ОКР проводили экспозиции лишь психотерапевты, в то время как остальным назначали “Кломипрамин” и экспозиции проводились самостоятельно. Сразу после лечения у клиентов, которым помогал терапевт, наблюдалось большее улучшение, чем у клиентов, которые проводили экспозиции самостоятельно, но эта разница не сохранялась при последующем наблюдении (Marks et al., 1988). Впрочем, эти результаты трудно интерпретировать в свете сложной структуры исследования. Второе исследование показало, что результаты экспозиций, проводимых терапевтом, не превосходят результатов самостоятельных экспозиций после прохождения лечения или при последующем наблюдении (Emmelkamp & van Kraanen, 1977), хотя количество клиентов в каждом случае было слишком маленьким, чтобы неопровержимо подвести итоги исследования. В свою очередь, другие исследования показали, что присутствие психотерапевтов дало лучший результат у клиентов со специфической фобией, которые лечились с помощью одной трехчасовой экспозиции, по сравнению с теми, кто проводил самостоятельную экспозицию за такой же промежуток времени (Ost, 1989). Поскольку специфические фобии, как правило, в меньшей степени приводят к нетрудоспособности и легче поддаются лечению, чем ОКР, можно сделать вывод, что присутствие терапевта также должно положительно влиять на результат лечения ОКР. Наиболее убедительными являются результаты метаанализа Абрамовица (1996), который обнаружил, что экспозиция, контролируемая психотерапевтом, была связана с улучшением симптомов ОКР и общих симптомов тревоги по сравнению с самостоятельной экспозицией. В 2006 году Матейкс-Колс и Маркс представили недавний обзор ли-

терапии по самопомощи при ОКР при минимальном контакте с терапевтом и пришли к выводу, что необходимы дополнительные исследования. В свете положительных результатов метааналитического исследования и методологических проблем более ранних исследований с отрицательными результатами лечение методом EX/RP в настоящее время включает в себя экспозиции под наблюдением терапевта в рамках сессий в сочетании с самостоятельными экспозициями в качестве домашнего задания между сессиями.

Общая эффективность лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов

После первоначального положительного отчета о результатах исследований Мейера (1966) об эффективности EX/RP у двух клиентов с Obsessive Compulsive Disorder (ОКР) и ритуалами заражения были проведены многочисленные исследования лечения методом EX/RP с сотнями клиентов с ОКР. Результаты ясно показывают, что метод EX/RP достаточно эффективен для значительного уменьшения симптомов ОКР; более того, большинство клиентов сохраняют свои результаты после лечения. В ряде рандомизированных контролируемых исследований было обнаружено, что лечение методом EX/RP превосходит другие методы лечения ОКР, включая лечение плацебо (Marks, Stern, Mawson, Cobb, & McDonald, 1980), релаксацию (Fals-Stewart et al., 1993; Marks, 1981) и тренировки по управлению тревогой (Lindsay et al., 1997). Важно отметить, что обзор 12 исследований лечения с участием 330 клиентов, проведенный Фoa и Козаком (1996), показал, что 83% клиентов, завершивших терапию EX/RP, были классифицированы как те, кто положительно ответил на лечение. В 16 исследованиях, в ходе которых проходило долгосрочное наблюдение за 376 клиентами, 76% считались успешно сохранившими свои результаты. Кроме того, недавние исследования показали, что эти успешные результаты для EX/RP не огра-

ничиваются тщательно отобранными научными выборками клиентов с ОКР (Franklin et al., 2000; Rothbaum & Shahar, 2000; Valderhaug, Larsson, Götestam, & Piacentini, 2007; Warren & Thomas, 2001).

Лекарственные препараты при ОКР

Интересно отметить, что параллельно с разработкой эффективной КПТ при ОКР шла разработка медикаментозного лечения этого расстройства. “Кломипрамин” (Anafranil®) был первым лекарством, которое продемонстрировало эффективность в уменьшении симптомов ОКР (Fernandez-Cordoba & Lopez-Ibor Alino, 1967). Последующие исследования были направлены на дальнейшее изучение преимуществ КПТ и лечения препаратами, а также определение их относительной эффективности для клиентов с ОКР.

Исследования последних двух десятилетий предоставили большой объем знаний об эффективности лекарств для уменьшения симптомов ОКР, таких как трициклические антидепрессанты, включая “Кломипрамин” (СМІ), и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС; см. Dougherty, Rauch, & Jenike, 2002, для обзора). В контролируемых исследованиях было обнаружено, что “Кломипрамин” неизменно превосходит плацебо (Clomipramine Collaborative Study Group, 1991). Аналогичные положительные результаты по сравнению с плацебо были получены с препаратами группы СИОЗС: “Флувоксамином” (Luvox®; Greist et al., 1995), “Флуоксетином” (Prozac®; Tollefson et al., 1994), “Сертралином” (Zoloft®; Greist et al., 1995) и “Пароксетином” (Paxil®; Zohar et al., 1996). Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) одобрило каждый из этих препаратов для лечения ОКР у взрослых. По сравнению с трициклическими антидепрессантами препараты СИОЗС показали лучшие результаты (например, “Имипрамин”; Rauch & Jenike, 1998), причем

“Кломипрамин” (группа СИОЗС) показал более сильный и устойчивый терапевтический эффект, чем другие трициклические препараты (Pato et al., 1998).

В целом исследования лекарственных препаратов показывают, что до 60% клиентов с ОКР получают пользу от медикаментозного лечения. Однако из-за трудностей в лечении ОКР в испытаниях лекарств использовалось более вольное определение реакции, чем, например, в исследованиях депрессии. Считается, что клиент с ОКР имеет положительную реакцию на лечение, если симптомы уменьшаются на 25–35%. Хотя данное снижение показывает значительное клиническое улучшение, многие люди, страдающие ОКР, которые реагируют на лечение, продолжают страдать от клинически значимых симптомов, существенно влияющих на их жизнедеятельность и качество жизни в целом. Поэтому средний результат, достигаемый теми, кто реагирует на лечение, в лучшем случае умеренный (Greist, 1990). Более того, после прекращения медикаментозного лечения был обнаружен высокий уровень рецидивов. В раннем контролируемом двойном слепом исследовании у 90% клиентов возник рецидив в течение нескольких недель после того, как они были переведены с “Кломипрамина” на плацебо (Pato et al., 1988). Более поздние исследования, в которых использовалась стратегия постепенного снижения дозы, не показали такого поразительного количества рецидивов; тем не менее в целом медицинская литература предполагает, что для поддержания улучшений симптомов ОКР необходимо только медикаментозное лечение (Dougherty, Rauch, & Jenike, 2002).

Недавние контролируемые исследования показали улучшенный эффект лечения препаратами группы СИОЗС при их комбинации с атипичными антипсихотическими препаратами, такими как “Рисперидон” (Risperdal®), “Оланзапин” (Zyprexa®) и “Кветиапин” (Seroquel®) (Bystritsky et al., 2004; Denys et al., 2004; McDougal et al., 2000). Комбинацию этих препаратов можно рассмотреть у клиентов с существенными остаточны-

ми симптомами при применении стандартных лекарств или среди тех, которые не принимают или не имеют доступа к лечению методом EX/RP.

Лечение методом экспозиции, предотвращения ритуалов и медикаментозное лечение

Как уже упоминалось ранее, ряд контролируемых исследований показал, что трициклический «Анафранил» и СИОЗС превосходят плацебо в снижении симптомов ОКР (обзор представлен в Greist et al., 1995). Однако лишь в нескольких контролируемых исследованиях изучалась эффективность лечения методом EX/RP по сравнению с исключительно медикаментозным лечением или с комбинацией обоих методов лечения.

В первом исследовании, которое включало как лечение методом EX/RP, так и медикаментозное лечение, использовалась комплексная структура, состоящая из лечения «Кломипрамином», плацебо, EX/RP и/или релаксации (Marks, Stern, Mawson, Cobb, & McDonald, 1980). На 7 неделе «Кломипрамин» вызывал значительное улучшение настроения и ритуалов по сравнению с плацебо, но только у клиентов, которые изначально находились в депрессии. Метод экспозиции и предотвращения ритуалов способствовал заметному сокращению количества ритуалов, но не улучшению настроения в сравнении с релаксацией. Комбинированное лечение методом EX/RP и «Кломипрамина» показало незначительный аддитивный эффект, который больше не проявлялся при последующем наблюдении. К сожалению, из-за недостатков дизайна исследования эти результаты нельзя с уверенностью интерпретировать. Последующее исследование включало сравнение «Кломипрамина», плацебо, самостоятельной экспозиции и экспозиции под наблюдением психотерапевта (Marks, Lelliott, Basoglu, Noshirvani, Monteiro, Cohen, & Kasvikis, 1988). Результаты показали, что добавление EX/RP увеличивало эффективность препарата на 8 неделе, но эта разница не сохранялась на 23 неделе.

Растущий интерес к препаратам СИОЗС и осведомленность о серьезных побочных эффектах “Кломипрамина” побудили исследователей включить препараты группы СИОЗС в сравнительные и комбинированные исследования. В 1990 году Коттро и другие сравнивали эффективность “Флувоксамина” (FLV; Luvox) с лечением методом EX/RP и комбинированным лечением. Клиентам было назначено одно из трех условий: “Флувоксамин” с антиэкспозиционными инструкциями, “Флувоксамин” + EX/RP и плацебо (PBO) + EX/RP. В условиях антиэкспозиции клиенты были специально проинструктированы избегать ситуаций, которые вызывали у них дистресс. В конце лечения (24 недели) количество ритуалов уменьшилось от небольшого до умеренного в каждой из групп. При контрольном обследовании через шесть месяцев все виды лечения показали умеренное сокращение ритуалов без значительных различий между методами лечения. Таким образом, в этом исследовании комбинация лечения методом EX/RP с препаратом группы СИОЗС не была более эффективной, чем применение исключительно лекарственного препарата или только метода EX/RP.

В 1998 году Хохаген и другие сравнили эффективность комбинированного лечения методом EX/RP и “Флувоксамина” с EX/RP + плацебо. Метод EX/RP в обоих вариантах лечения включал трехнедельный оценочный период с последующим четырехнедельным курсом экспозиций и предотвращения ритуалов трижды в неделю. Оба варианта лечения привели к значительному и равному улучшению ритуалов, но клиенты, получавшие комбинированное лечение EX/RP + “Флувоксамин”, показали более значительное улучшение obsessions после лечения, чем клиенты, получавшие EX/RP + плацебо. Тем самым это исследование показало некоторое превосходство комбинированного лечения над лечением исключительно методом EX/RP.

В 1992 году Фоа и другие провели исследование, целью которого было изучить, улучшают ли антидепрессанты ОКР за счет уменьшения симптомов депрессии или за

счет непосредственного воздействия на симптомы ОКР. В исследовании также было установлено, улучшит ли лечение депрессии препаратами результаты лечения методом EX/RP. Исследователи разделили клиентов с ОКР на группы больных с депрессией (>21 по шкале депрессии Бека (BDI); Beck et al., 1996) и с умеренной депрессией (BDI <20). Затем в каждой группе клиенты были случайным образом распределены для лечения “Имипрамином” (Tofranil) или плацебо (PBO) в течение шести недель. По завершении фазы приема только лекарственных препаратов все клиенты прошли 15 сессий интенсивного лечения методом EX/RP. Вопреки ожиданиям, хотя “Имипрамин” уменьшал симптомы депрессии у клиентов с депрессией, он не уменьшал значительно симптомы ОКР ни у клиентов с депрессией, ни у клиентов с умеренной депрессией до введения EX/RP на 6 неделе. Более того, “Имипрамин” не улучшал исход EX/RP в период после лечения или при последующем наблюдении. Симптомы депрессии и ОКР были значительно уменьшены в каждой из четырех групп после прохождения курса лечения методом EX/RP. Этот результат был обнаружен даже в группе с депрессией, которая первоначально получала плацебо до введения экспозиций и предотвращения ритуалов.

Первое исследование, в котором использовался простой дизайн для сравнения относительной и комбинированной эффективности “Кломипрамина”, интенсивного лечения методом EX/RP, их комбинации, а также плацебо, было проведено Фоа и ее коллегами из Пенсильванского университета и Лейбовицем и его коллегами из Колумбийского университета (Foa et al., 2005). Программа EX/RP включала интенсивную фазу (15 двухчасовых сессий в течение четырех недель) и последующую фазу (6 коротких сессий в течение восьми недель). Лечение исключительно методом EX/RP сравнивали с 12 неделями лечения лишь “Кломипрамином”, комбинацией EX/RP + “Кломипрамина” и плацебо. После лечения все три активных вида лечения превосходили плацебо, а лечение методом EX/RP превосходило “Кломипрамин”. Что

касается комбинированного лечения, EX/RP + “Кломипрамин” превосходил лечение исключительно “Кломипрамином”, но комбинированная терапия не улучшала результат лечения методом EX/RP (Foa et al., 2005). Более того, частота рецидивов была выше после прекращения лечения “Кломипрамином” по сравнению с лечением исключительно методом EX/RP или комбинированным лечением (Simpson et al., 2004).

Примечательно, что дизайн, использованный при исследованиях Пенсильванского и Колумбийского университетов, возможно, не был оптимальным для выявления аддитивного эффекта “Кломипрамина” по отношению к EX/RP, потому что интенсивная фаза EX/RP была в значительной степени завершена до того, как клиенты достигли максимальной дозы “Кломипрамина”. Кроме того, эффекты комбинированного лечения могут быть более очевидными, когда сессии экспозиции и предотвращения ритуалов не проводятся ежедневно (Foa, Franklin, & Moser, 2002). Недавнее исследование педиатрического ОКР, проведенное университетом Дьюка, а также Пенсильванским и Брауновским университетами (Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004), обнаружило аддитивный эффект комбинированного лечения, когда сессии EX/RP проводились один раз в неделю. Однако исследовательский центр Пенсильванского университета обнаружил, что эффект от лечения методом EX/RP был более ощутим по сравнению с данными остальных исследовательских центров, также учеными Пенсильванского университета не было обнаружено никакого аддитивного эффекта комбинированного лечения.

Комбинация медикаментозного лечения и лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов

Большинство клиентов с ОКР, которые обращаются за лечением, уже принимают лекарства, в первую очередь группы СИОЗС. Однако, как отмечалось ранее, большинство клиентов страдают остаточными симптомами ОКР

даже при лечении адекватной дозой лекарств; они часто обращаются за психологическим вмешательством для дальнейшего уменьшения симптомов. Кроме того, несколько неконтролируемых открытых исследований показали, что добавление EX/RP к медикаментозному лечению является эффективным (Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner, & Feeny, 2002; Kampman, Keijsers, Hoogduin, & Verbraak, 2002; Tolin, Maltby, Diefenbach, Hannan, & Worhunsky, 2004). Такой уровень знаний в этой области побудил д-ра Фoa и ее коллег из университета Симпсона, а также Колумбийского и Пенсильванского университетов провести контролируемое исследование, в котором изучали, может ли лечение методом EX/RP усиливать эффекты лекарственных препаратов (Simpson, Foa, et al., 2008). Клиенты, получавшие стабильную терапевтическую дозу препарата группы СИОЗС, у которых наблюдалась лишь частичная реакция, были произвольно распределены либо на лечение методом EX/RP, либо на тренинг по управлению стрессом, при этом они продолжали принимать лекарства. Лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов состояло из 17 сессий, проводимых дважды в неделю по 90–120 минут, которые включали экспозиции *in vivo* и воображаемые экспозиции. Тренинг по управлению стрессом состоял из таких практик, как глубокое дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, наложение положительного образа, тренировка уверенности в себе и методы решения проблем. По окончании исследования было установлено, что лечение методом EX/RP значительно превосходило тренинг по управлению стрессом в качестве дополнения к лекарственным препаратам, а также способствовало дальнейшему уменьшению симптомов ОКР у клиентов как минимум на 25% (Simpson, Foa, et al., 2008). Добавление экспозиции и предотвращения ритуалов также улучшило жизнедеятельность и качество жизни клиентов (Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz, & Foa, 2009). Другими словами, продолжающиеся симптомы у людей с ОКР, принимающих препараты группы СИОЗС, можно значительно уменьшить, добавив лечение

методом EX/RP. Данные результаты сохранялись и после 6-месячного наблюдения (Foa et al., 2010).

Результаты этих двух совместных исследований привели к продолжительному рандомизированному контролируемому исследованию. Д-р Фoa и ее коллеги из университета Симпсона, а также Колумбийского и Пенсильванского университетов напрямую сравнивают эффективность двух стратегий комбинирования способов лечения для клиентов с ОКР, принимающих препараты группы СИОЗС, с остаточными симптомами: лечение методом EX/RP и лечение “Рисперидоном” (Risperdal). Цель нынешнего исследования состоит в том, чтобы ответить на вопрос: какая стратегия комбинирования способов лечения с большей вероятностью приведет к оптимальному результату и улучшит жизнедеятельность и качество жизни для клиентов с ОКР, которые не достигают достаточного улучшения от одного только лечения препаратами группы СИОЗС? Клиентов, которые получили адекватное и стабильное лечение препаратами группы СИОЗС, и у которых продолжают симптомы ОКР, произвольно распределяют на 8-недельный курс лечения методом EX/RP, рисперидоном или плацебо, при этом они продолжают принимать препараты группы СИОЗС. Исследование также включает дополнительные 24 недели комбинированного лечения, чтобы определить, сохранят ли клиенты свой прогресс либо их состояние еще улучшится.

Обобщая выводы исследований по комбинированию медикаментозного лечения с лечением методом EX/RP, в двух исследованиях не удалось выявить существенное уменьшение симптомов ОКР при добавлении лекарств к EX/RP (Foa et al., 2005; van Balkom et al., 1998), два исследования показали небольшой, но временный эффект (Marks et al., 1980, 1988), одно исследование показало влияние только на депрессию (Cottraux et al., 1990), также одно из исследований в этой области обнаружило преимущество комбинированного лечения перед лечением исключительно методом EX/RP в отношении обсессий, но не в отношении компульсий (Hohagen et al., 1998). С другой сто-

роны, добавление EX/RP к медикаментозному лечению увеличивает эффективность препаратов (Foa et al., 2005), а дальнейшего снижения остаточных симптомов ОКР можно добиться, добавив лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов к медикаментозному лечению (Simpson et al., 2008).

Роль лекарственных препаратов в лечении методом экспозиции и предотвращения ритуалов

Обсуждаемые исследования показывают, что, хотя препараты группы СИОЗС не влияют на эффективность EX/RP, лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов не выигрывает от добавления лекарств. Напротив, добавление EX/RP к лекарственным препаратам увеличивает их эффективность в снижении тяжести симптомов ОКР. Таким образом, нет оснований для того, чтобы назначать клиентам препараты перед лечением методом EX/RP. В то же время, если клиенты, которым лекарство принесло некоторую пользу, обращаются к лечению методом EX/RP, чтобы уменьшить свои симптомы, нет причин прекращать прием лекарств перед проведением экспозиции и предотвращения ритуалов. Однако после того, как эти клиенты демонстрируют неизменный прогресс от лечения методом EX/RP в течение определенного периода, можно рассмотреть возможность постепенного снижения дозы лекарства. Клиенты с ОКР с тяжелой коморбидной депрессией могут извлечь явную пользу от приема препаратов группы СИОЗС в течение нескольких месяцев с целью облегчения их депрессии и уменьшения тяжести симптомов ОКР. Такой эффект облегчит их способность основательнее участвовать в программе лечения методом EX/RP и, следовательно, повысит пользу от данного лечения.

Экспертный консенсус в отношении эффективности лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов

За последние 20 лет был опубликован ряд согласованных рекомендаций экспертов по лечению ОКР. Эти практические рекомендации развивались с течением времени по мере накопления знаний в результате научных исследований. К концу 1980-х годов роль препаратов СИОЗС стала хорошо известна, но неопределенным все еще оставался вопрос о том, какой метод лечения должен быть в приоритете для страдающих ОКР: лекарства или экспозиция и предотвращение ритуалов (Quality Assurance Project, 1985). Десять лет спустя согласованные рекомендации экспертов по ОКР были опубликованы в Журнале клинической психиатрии (*Journal of Clinical Psychiatry*) (March, Frances, Carpenter, & Kahn, 1997). Шестьдесят девять квалифицированных клиницистов в области ОКР заполнили анкету относительно лучшего метода лечения ОКР. Большинство экспертов предпочли начинать лечение клиентов с ОКР либо исключительно с лечения методом EX/RP, либо с комбинации препаратов группы СИОЗС и EX/RP, вопрос об использовании лекарств зависел от тяжести симптомов. Эксперты имели тенденцию использовать только лечение методом EX/RP в качестве приоритетного метода лечения у клиентов с более легкими симптомами ОКР, и по мере увеличения тяжести симптомов они с большей вероятностью рекомендовали добавление лекарств к EX/RP или использование исключительно лекарственных препаратов. Комбинированное лечение с использованием экспозиции и предотвращения ритуалов и препаратов группы СИОЗС было признано экспертами наилучшим с точки зрения эффективности, скорости, продолжительности, переносимости и допустимости (March et al., 1997). В 2003 году Грейст и коллеги опубликовали согласованные рекомендации экспертов по долгосрочному лечению ОКР у взрослых, основанные на анализе научной литературы, а также на материалах засе-

дания Всемирного совета по тревоге. При ОКР рекомендовалась психотерапия и медикаментозное лечение (по отдельности или в сочетании), при этом КПТ, по мнению экспертов, стала наиболее эффективным видом психотерапии (Greist et al., 2003). Совсем недавно Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании провел всесторонний анализ литературы по лечению ОКР (NICE, 2006). В ходе столь обширного изучения исследователи обнаружили, что практические руководства рекомендовали КПТ и лекарства, по отдельности или в комбинации, в зависимости от функционального нарушения. Также их рекомендации заключались в следующем: начинать лечение клиентов с легкими функциональными нарушениями краткосрочной КПТ, включая EX/RP. В том случае если кратковременное лечение методом EX/RP оказалось несоответствующим для клиентов, или при умеренном функциональном нарушении рекомендуется более интенсивная КПТ (более 10 сеансов) или введение препаратов группы СИОЗС в курс лечения. При наличии серьезных функциональных нарушений рекомендуется комбинация лечения методом EX/RP и препаратов группы СИОЗС (NICE, 2006). Ученые пришли к выводу, что “На основании имеющихся данных обеспечение доступа к адекватным когнитивным и/или поведенческим методам лечения в настоящее время дает людям с ОКР наибольшие шансы на улучшение их состояния при применении психотерапии” (NICE, 2006, С. 108).

Уровень квалификации, требующийся для эффективного проведения лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов

Несмотря на неопровержимые доказательства его эффективности, доступность лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов для клиентов по-прежнему ограничена. Это связано с тем, что профессиональ-

ное проведение EX/RP требует обучения и наблюдения со стороны экспертов, которые прошли всестороннюю подготовку и имеют опыт проведения данного метода лечения. На сегодняшний день доступность такого обучения ограничена, несмотря на постоянные усилия экспертов в этой области и профессиональных ассоциаций (например, Международного фонда ОКР) по обеспечению такого обучения. Основная цель данного руководства — широко распространить подробные знания о том, как проводить экспозицию и предотвращение ритуалов у различных клиентов, страдающих ОКР. Специалистам в области психического здоровья, которые хотели бы расширить свои знания в области использования лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов, рекомендуется посетить интенсивный семинар-практикум с последующим наблюдением. Такие семинары доступны в экспертных центрах ОКР, в том числе в нашем центре в Пенсильванском университете, где мы периодически проводим интенсивные 4-дневные семинары по лечению методом EX/RP. Информация об этих семинарах доступна на нашем веб-сайте www.med.upenn.edu/ctsa.

Лечение ОКР методом экспозиции и предотвращения ритуалов соблюдает теоретические и практические принципы КПТ. Соответственно, мы полагаем, что терапевты, обученные КПТ, сочтут эту программу лечения более доступной, чем терапевты без опыта КПТ. Тем не менее это руководство разработано и для специалистов в области психического здоровья, которые обучены другим методам лечения, но имеют опыт работы с тревожными расстройствами в целом, и с ОКР в частности. В дополнение к использованию руководства, наблюдение с экспертом по лечению методом EX/RP или консультации с коллегами, практикующими экспозицию и предотвращение ритуалов, будут полезны для первых клиентов.

Риски и преимущества данной программы лечения

Преимущества

Десятилетия исследований лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов безусловно подтверждают высокую эффективность данного метода лечения в снижении тяжести симптомов ОКР и улучшении долгосрочного контроля этих симптомов. Большинство людей с ОКР испытывают значительное сокращение времени, затрачиваемого на обсессии и ритуалы. Лечение методом EX/RP позволяет клиентам, страдающим ОКР, “уменьшить громкость” своих симптомов, восстановить время, потраченное на обсессии и компульсии, и наслаждаться своей жизнью и отношениями с близкими. Однако, к сожалению, у большинства клиентов с ОКР наблюдаются остаточные симптомы, и им необходимо сохранять бдительность по отношению к случайным обсессиям и сопротивляться побуждениям к ритуалам. Фактически даже после активной фазы лечения клиенты продолжают придерживаться принципов экспозиции и предотвращения ритуалов. Чтобы сохранить эффективность лечения, больному ОКР необходимо вести образ жизни, позволяющий управлять симптомами ОКР, как люди с диабетом управляют своими симптомами с помощью хороших поведенческих привычек, таких как контроль уровня глюкозы, физические упражнения и здоровое питание.

Риски

Основными рисками, связанными с лечением методом EX/RP, являются дискомфорт и эмоциональный дистресс при столкновении с провоцирующими тревогу предметами, ситуациями, мыслями и образами во время лечения. Может возникнуть временное обострение обсессивного дистресса из-за того, что клиент меньше избегает тех или иных ситуаций и в меньшей степени исполняет ритуалы, прежде чем произойдет привыкание и измене-

ние когний. Основа лечения методом EX/RP — это конфронтация с ситуациями и предметами, которые вызывают обсессивный дистресс, провоцирующий побуждение к ритуалам. Дистресс и желание исполнять ритуалы со временем уменьшаются, когда клиенты понимают, что тревога действительно снижается без ритуалов и избегания. Кроме того, как отмечалось ранее, посредством экспозиции и предотвращения ритуалов клиенты осознают, что последствия, которых они опасаются, не происходят, и это еще больше снижает их обсессии и компульсии.

Альтернативные методы лечения

Одним из методов лечения ОКР, альтернативных методу экспозиции и предотвращения ритуалов, является когнитивная терапия, которая, как было доказано, достаточно эффективна для снижения тяжести симптомов ОКР (Jones & Menzies, 1998; Wilhelm, 2000). Однако между когнитивной терапией и лечением методом EX/RP есть много общего. Как экспозиция и предотвращение ритуалов, так и когнитивная терапия сосредоточены на изменении ошибочных убеждений путем обсуждения и опровержения катастрофических последствий, которые, по мнению клиента, произойдут в случае неисполнения ритуалов. Более того, оба метода лечения используют экспозиции, поскольку когнитивная терапия включает в себя “поведенческие эксперименты”, которые заключаются в том, чтобы подвергать клиентов воздействию ситуаций, которые, по их мнению, приведут к ужасным последствиям. Исследования, в которых пытались сравнить “чистые” варианты каждого лечения, трудно интерпретировать, потому что лечение методом EX/RP без обсуждения последствий от неисполнения ритуалов и когнитивная терапия без экспозиций являются неполными видами лечения и, что неудивительно, дают менее благоприятные результаты, чем стандартное лечение методом экспозиции и предотвращения ритуалов (van Balkom et al., 1998). В исследованиях, в которых сравнивали стандартное лечение методом

EX/RP и когнитивную терапию, было обнаружено, что оба метода лечения аналогично эффективны для уменьшения симптомов ОКР (Cottraux et al., 2001; Whittal et al., 2005). Примечательно, что метаанализ показал: когнитивные методы лечения ОКР, которые включали какую-либо форму экспозиций, вызывающих обсессивный дистресс, превосходили те, которые такового не провоцировали, предполагая, что экспозиция является действенным компонентом эффективного лечения ОКР (Abramowitz et al., 2006).

Эффективность других вмешательств при ОКР не может быть определена из-за отсутствия контролируемых исследований. На данный момент контролируемые исследования таких психологических вмешательств, как психодинамическая терапия, гипноз, терапия виртуальной реальности, гомеопатия или комплексный психологический подход, отсутствуют. Более того, не было опубликовано ни одного исследования отдельных случаев других психологических вмешательств или альтернативных дополняющих методов лечения (NICE, 2006). Хирургические альтернативы могут быть многообещающими для не поддающихся лечению клиентов с тяжелыми симптомами и значительными связанными с ними нарушениями (Pallanti, Hollander, & Goodman, 2004), хотя данные о сохранении положительных результатов хирургических процедур при ОКР на сегодняшний день не доступны. Клиенты, интересующиеся альтернативными подходами к EX/RP, должны быть проинформированы о том, что, за исключением когнитивной терапии, нет доказательной базы в поддержку психотерапии, кроме лечения методом экспозиции и предотвращения ритуалов.

Общие сведения о программе лечения

Это лечение представляет собой программу из 17 сессий, которые проходят дважды в неделю в течение 8,5 недели. Каждая сессия длится примерно два часа. Предпочтительнее проводить сессии с максимальным количеством промежуточных дней, например понедельник

и четверг или вторник и пятница, чтобы время между сессиями никогда не продлевалось. На каждый день, когда нет сессии терапии, клиентам назначается домашнее задание по экспозиции. Телефонные контакты между сессиями продолжительностью от 15 до 30 минут будут происходить один раз в неделю в один из дней, когда вы не встречаетесь с клиентом лицом к лицу. Цель телефонного звонка — проверить и оценить прогресс, а также оказать поддержку и ободрить.

Как правило, первые два занятия посвящены оценке и планированию лечения. Остальные сессии включают экспозиции, контролируемые терапевтом, и предотвращение ритуалов.

В частности, на первой сессии терапевт начинает сбор информации о симптомах и истории ОКР клиента. Клиенту излагается обоснование целесообразности лечения и его описание, а также он знакомится с самомониторингом. Сессия 2 продолжается сбором информации для создания плана лечения. С помощью шкалы субъективных единиц дискомфорта (СЕД) создается иерархия предметов и ситуаций для экспозиций.

Начиная с сессии 3, экспозиция и предотвращение ритуалов практикуются при каждой встрече, при этом все более сложные экспозиции проводятся на сессии 8. В случае необходимости и соответствия симптомам клиента создаются сценарии для воображаемых экспозиций. Примерно во время 8 сессии следует столкнуться с самым высоким пунктом иерархии клиента. Сессии 9–16 включают повторение или изменение предыдущих экспозиций и введение дополнительных, провоцирующих тревогу раздражителей, которые не были включены в иерархию клиента. Если это возможно, рекомендуется один или два домашних визита для наблюдения за клиентом и инструктажа по экспозициям. В том случае если клиент все еще испытывает трудности с практикой на дому, рекомендуется назначить дополнительные домашние визиты.

Заключительная сессия включает в себя оценку прогресса клиента в лечении и подготовку клиента к воз-

вращению к нормальному поведению, а также обсуждение стратегий предотвращения рецидива. Важно отметить, что, хотя профилактика рецидива — неотъемлемая тема обсуждений на протяжении всего лечения, особый акцент будет сделан на этом аспекте во время заключительной сессии. Наконец, клиенту предстоит выполнить от четырех до шести телефонных звонков еженедельно, чтобы облегчить его переход от активной фазы лечения.

Использование практического пособия клиента

Практическое пособие клиента поможет терапевтам в проведении EX/RP. Оно содержит краткую информацию и инструкции для клиентов, которые следуют формату данного руководства, а также все формы, используемые во время сессий лечения и для выполнения домашних заданий. К ним относятся формы для создания иерархии, ежедневного мониторинга ритуалов, проведения экспозиций *in vivo* и воображаемых экспозиций, а также отслеживания домашних экспозиций. Клиенты найдут практическое пособие чрезвычайно полезным для просмотра информации об ОКР и лечении методом EX/RP, которую они получили от своего психотерапевта, а также для записи ежедневной практики предотвращения ритуалов, для конспектирования наблюдений во время выполнения домашних заданий и для закрепления того, что они узнали на сессиях. Клиенты могут сделать ксерокопии форм из практического пособия или загрузить несколько копий с веб-сайта Treatments That Work™ (“Эффективные методы современной терапии”) по адресу www.oup.com/us/ttw.

Все формы, используемые терапевтом при экспозиции и предотвращении ритуалов, в том числе те, которые выдаются клиенту, включены в это руководство для психотерапевта. Терапевты могут без ограничений ксерокопировать формы (например, формы записи домашнего задания по экспозициям, информацию о терапии методом EX/RP) из руководства.