

# Содержание

Отзывы о книге	11
Предисловие	13
Благодарности	14
Об авторах книги и предисловия	15
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>16</b>
Об этой книге	17
Как пользоваться этой книгой	18
Ждем ваших отзывов!	19
<b>ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКИ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ</b>	<b>21</b>
Симптомы и характеристики	21
Диагноз	21
Уровень представления	24
Подтипы ОКР	25
Демографические свойства	31
Распространенность	31
Обращение за лечением	31
Развитие, воздействие и прогнозирование	32
Распространенность в семьях	32
Коморбидность	33
Психологические расстройства, отличающиеся от ОКР	33
Депрессия	34
Генерализированное тревожное расстройство	34
Тревога о здоровье	35
Тиковые расстройства, включая расстройство Туретта	36
Расстройства аддиктивные и контроля над побуждениями	36
Расстройства, подобные ОКР	37
Обсессивно-компульсивное расстройство личности	39
Теоретические основы, модели и методы лечения	39
Так, что же вызывает ОКР?	39

Нейропсихиатрические представления	40
Нейропсихологические представления	42
Медикаментозное лечение	44
Психологические представления	48
<b>ГЛАВА 2. ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ ОЦЕНИВАНИЕ</b>	<b>57</b>
Цели и общие рекомендации	57
Структура терапии	59
Оценивание симптомов ОКР и история их появления	60
Текущие симптомы ОКР	61
История ОКР	63
Препятствия для оценивания симптомов ОКР	65
Оценивание сопряженных факторов	68
Оценивание коморбидных состояний	68
Оценивание и совладание с суицидальностью	69
Оценивание и предупреждение рисков в контексте сексуальных и агрессивных obsessions	70
Оценивание личной истории болезни по психиатрии	72
Оценивание семейной истории болезни по психиатрии	72
Оценивание истории болезни по медицине	72
Оценивание истории развития	72
Оценивание преморбидной личности	77
Оценивание стиля и здорового образа жизни	78
Психометрическое оценивание	80
Тяжесть симптомов	80
Представление и готовность к лечению	83
Психометрическое оценивание на iPad	85
Оценивание ОКР в семье	86
Поведенческие упражнения и ведение дневников для сбора данных	87
Рекомендации по лечению	88
<b>ГЛАВА 3. ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ С ПОДАВЛЕНИЕМ РЕАКЦИИ</b>	<b>93</b>
Клиническая модель	93
Процедура ЭТПР	95

Механизмы лечения	96
Факторы, связанные с эффективностью терапии	97
ЭТПР для лечения ОКР	100
Оценивание для ЭТПР и постановка целей	101
Насколько клиент готов к терапии	103
Представление оснований для лечения	105
Составление иерархии факторов, вызывающих обсессии	108
Выбор начального и конечного элементов иерархии для воздействия	110
Условия лечения	111
Стратегии ЭТПР	112
Когда следует преждевременно прерывать терапию	131
Дополнительный материал: стратегии мотивационного собеседования во время оценивания и лечения	132
Предотвращение рецидивов	135
<b>ГЛАВА 4. КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ</b>	<b>137</b>
Клиническая модель	137
Неадекватные оценки при ОКР	140
Другие убеждения	146
Когнитивная терапия для ОКР	147
Оценивание	149
Концептуализация конкретного случая	149
Психометрическое оценивание	151
Просвещение клиента и постановка цели: модель когнитивной оценки	152
Различение навязчивых мыслей и их оценок	158
Когнитивная реструктуризация	162
Глубинные убеждения	201
Предотвращение рецидивов	203
<b>ГЛАВА 5. ТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ВЫВОДАХ</b>	<b>205</b>
Основные понятия	206
Сомнение	206
Внушающие страх последствия	207
Первичные выводы в сравнении с вторичными	207
Логическая путаница	208

Сомнительное повествование (или “история ОКР”)	209
Представление о своей уязвимости	212
Клиническая модель	213
ТОВ для лечения ОКР	215
Оценивание и концептуализация конкретного случая	215
Развенчание сомнительного повествования	218
Дополнительный материал: когнитивные вмешательства в размышления о внушающих страх последствиях	225
Неуверенность в себе	228
Примеры конкретных случаев: развенчание сомнений	229
Предотвращение рецидивов	231
<b>ГЛАВА 6. МЕТАКОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ</b>	<b>233</b>
Основные понятия	233
Метапознание	233
Два способа переживания мыслей	234
Уровни познания	235
Клиническая модель	236
Персеверативное мышление: руминация, беспокойство и мысленная ритуализация	236
Отслеживание угрозы	238
Другие виды преодолевающего поведения	238
Метакогнитивные убеждения	238
Сигналы остановки	240
МКТ для лечения ОКР	240
Демонстрация конкретных случаев	242
Протокол лечения	243
<b>ГЛАВА 7. ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ</b>	<b>259</b>
Основные понятия	260
Страдание, ум и язык	260
Терапия “третьей волны”, теория формирования отношений и функциональный контекстуализм	261
Клиническая модель	263
Когнитивное слияние	265
Эмпирическое избегание	266



## ГЛАВА 6

# Метакогнитивная терапия

Очень краткое введение в метакогнитивную терапию (МКТ) для лечения ОКР было представлено в главе 1. Эта новаторская разновидность терапии была разработана Адрианом Уэллсом (Adrian Wells) в Великобритании. При рассмотрении особенностей МКТ далее в этой главе делаются ссылки на весьма ограниченный список первоисточников: главным образом, на книгу Адриана Уэллса, где имеется глава, посвященная ОКР (см. [Wells, A., 2009], хотя краткое и общее введение в отличительные особенности МКТ представлено в [Fisher, P., & Wells, A., 2009]. Те читатели, которые интересуются проведением различий между МКТ и КПТ, отсылаются к подробному их анализу в [Fisher, 2009]. А в этой главе рассматриваются основные понятия метакогнитивной модели и стадии лечения ОКР.

## Основные понятия

В последующих разделах представлены основные понятия, выводимые из теоретической модели, на которую опирается МКТ. А, кроме того, подготавливается почва для рассмотрения особенностей применения МКТ для лечения ОКР.

### *Метапознание*

МКТ корнями уходит в основную модель психологического расстройства, называемую моделью саморегулирующихся исполнительных функций (S-REF; [Wells & Matthews, 1996]). В такой модели во внимание принимаются когнитивные и *метакогнитивные* факторы, причастные к поддержанию эмоциональных расстройств. Метапознание, где “мета” означает “после”, имеет отношение к любым знаниям или когнитивным процессам, принимающим участие в истолковании, отслеживании или контроле

над познанием. Все эти знания и процессы могут быть разделены на три перечисленных ниже вида.

- *Метакогнитивные знания* состоят из убеждений и теорий, сложившихся по поводу мышления. Позитивные метакогнитивные убеждения (например: “Беспокойство помогает мне предотвратить опасность”) обозначают преимущества участия в когнитивных действиях. А негативные убеждения (например: “Плохие мысли означают, что я злодей” или “Я не могу совладать со своим беспокойством, и это может повредить моему здоровью”) имеют отношение к негативным смысловым значениям и последствиям, приписываемым мыслям и когнитивным переживаниям.
- *Метакогнитивные переживания* имеют отношение к истолкованиям и ощущениям людей по поводу их психического состояния в сложившейся ситуации (например, дежавю, т.е. уже виденное), беспокойства по поводу беспокойства или оценивания целостности памяти, чтобы установить, может ли быть выполнено предосудительное действие.
- *Метакогнитивные стратегии* нацелены на усиление, подавление или изменение мышления с целью достичь желаемой перемены. К примерам таких стратегий относится сосредоточение основного внимания человека на источниках потенциальной угрозы, чтобы быть готовым действовать, подавление огорчительных мыслей, отвлечение внимания от негативных ощущений или обращение к позитивному мышлению для поднятия настроения. Однако применение таких стратегий при психическом расстройстве обычно оказывается малоэффективным в долгосрочной перспективе и зачастую способствует появлению чувства потери самообладания.

## *Два способа переживания мыслей*

Согласно публикации [Wells, A., 2009] люди склонны переживать когниции (т.е. содержание и процессы мышления) иначе, чем восприятие внешних событий. Мы склонны сростаться со своими

мыслями, мало или совсем не отдаляясь от них и пренебрегая тем, что их следует оценивать как внутренние построения. Такой способ “слитного” переживания называется в МКТ *объектным режимом*.

Такой режим может отличаться от *метакогнитивного режима*, в течение которого мысли и убеждения, представляются в виде внутренних событий, отличающихся от внутреннего и окружающего мира. При этом человек отстраняется и наблюдает мысли как часть более обширного заднего плана сознательного переживания. Для переживания метакогнитивного режима требуется практика в отношении внутреннего переживания таким более отстраненным способом вне зависимости от точности выражения мысли. Разновидностью метакогнитивного переживания, полезной для культивирования как части МКТ, является *отстраненная осознанность* — объективное осознание мысли или убеждения без привлечения какой-нибудь стратегии преодоления или дальнейшей концептуальной обработки и представления сознательного переживания себя отдельно от мысли.

## Уровни познания

В модели саморегулирующихся исполнительных функций (S-REF) различаются три уровня когнитивных процессов.

- Автоматические процессы, выполняющиеся с малой осознанностью или при полном ее отсутствии и формирующие инструкции, поступающие в область сознательного (низкоуровневая обработка).
- Сознательная оперативная (быстрая, от одного момента к другому, ограниченная возможностями) обработка мыслей и видов поведения, называемая *когнитивным стилем*.
- Библиотека метакогнитивных знаний или убеждений, хранящихся в долговременной памяти, управляющей оперативной обработкой.

Далее будут рассмотрены три уровня взаимодействия с поведенческими и эмоциональными реакциями в клинической метакогнитивной модели.



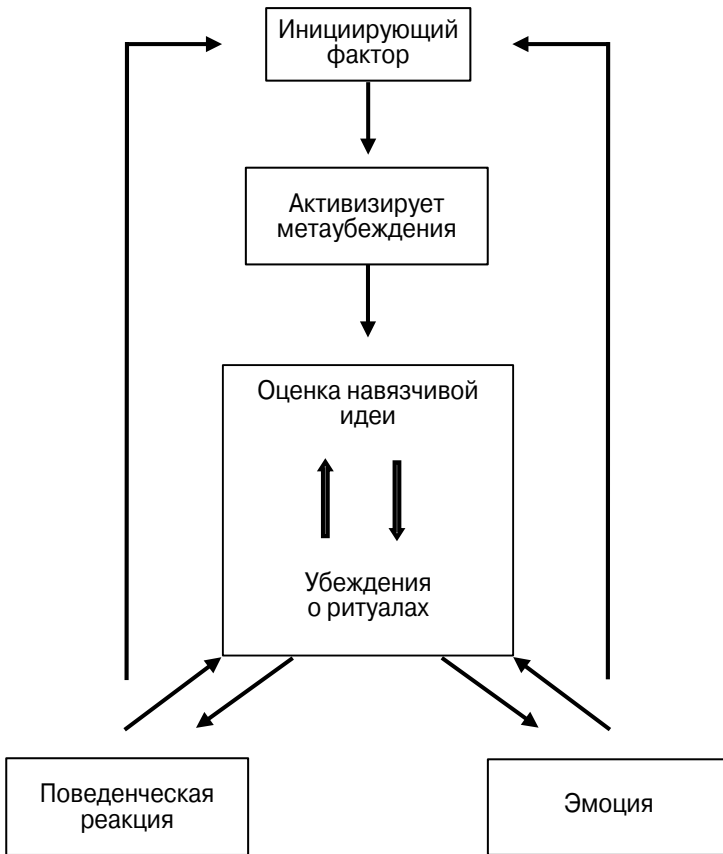
## Клиническая модель

Модель S-REF объясняет психологическое расстройство с точки зрения *сознательных, контролируемых, нисходящих* процессов и саморегулирующихся стратегий (т.е. методов, применяемых для достижения таких эмоциональных или поведенческих целей, как снижение тревоги или печали). Вместо того чтобы применять здоровую стратегию, позволяющую устранить эмоциональное расстройство, клиент пользуется бесполезным способом мышления, продлевающим, усиливающим и сохраняющим негативную эмоцию. В терминологии модели S-REF такой бесполезный способ называется *когнитивным синдромом внимания* (КСВ — CAS), и во всех психических расстройствах он состоит из беспокойства и руминации (задумчивости), отслеживания угроз и малоэффективных стратегий контроля над мыслями и поведенческого преодоления. Действие КСВ при ОКР наглядно показано на рис. 6.1 и подробно рассматривается ниже.

### *Персеверативное мышление: руминация, беспокойство и мысленная ритуализация*

Клиенты с симптомами ОКР обычно вводят в обиход руминацию, беспокойство и мысленную ритуализацию, чтобы избежать угрозы или опасности. Такие процессы персеверативного (т.е. неизменно повторяющегося) мышления иницируются и направляются рассматриваемыми далее метакогнитивными убеждениями или правилами мышления и потребностью достичь определенных чувственных состояний. Руминация обычно подразумевает сосредоточение внимания на прошлых событиях и рассмотрение вопросов о причинах. В процессе беспокойства внимание обычно сосредоточивается на таких вопросах, как “Что, если...?”, подразумевающих предвидение и преодоление будущей опасности.

Примером тому может служить человек с симптомами ОКР, испытывающий после поездки на автомобиле беспокойство, что он мог сбить велосипедиста и что бы это означало. С этой целью он станет тщательно перебирать в памяти всю поездку, чтобы убедиться в отсутствии провалов в памяти или свидетельств столкновения.



[Wells, A., 1997]

**Рис. 6.1.** Метакогнитивная модель ОКР

И этот процесс будет продолжаться до тех пор, пока не будет достигнуто чувство “достаточной уверенности”. Если бы это оказалось невозможным, человек рассмотрел бы возможность проследить обратно весь маршрут своей поездки на автомобиле или проверить в Интернете, не было ли сообщений о наезде на велосипедиста. Оба метакогнитивных убеждения побудили бы к следующему ходу мыслей.

1. **Позитивные мысли:** необходимо было установить достаточный уровень определенности, чтобы исключить угрозу.
2. **Негативные мысли:** если оставить без внимания мысли о наезде на велосипедиста, они обретут большую власть и приведут к нескончаемому беспокойству и эмоциональному расстройству.

## *Отслеживание угрозы*

Это означает преодолевающее поведение с помощью стратегии сосредоточения внимания, включающей в себя отслеживание потенциальных источников угрозы. Человек с симптомами ОКР мог бы отслеживать широкий спектр таких признаков угрозы, как заражение или загрязнение, неприемлемые мысли или свойства его личного окружения (например, недостаточная опрятность), а также проследить свою память, как в приведенном выше примере.

## *Другие виды преодолевающего поведения*

Клиенты могут совершить обширный ряд поведенческих и мысленных ритуалов, нацеленных на уменьшение дискомфорта и предотвращение опасности. При метакогнитивном подходе такие ритуалы оказываются малоэффективными по перечисленным ниже причинам.

- Они преувеличивают важность, приписываемую навязчивым мыслям через круговое рассуждение, что приводит к сохранению данного убеждения.
- Они препятствуют культивированию метакогнитивного режима переживания, в котором мысли рассматриваются как переходные психические события.
- Они побуждают полагаться на неподходящие внутренние критерии, чтобы установить ощущение безопасности. Применение таких критериев обычно активизирует дальнейшие навязчивые идеи и сомнения, как было показано в приведенном выше примере человека, полагавшегося на неподходящую норму для памяти, где провалы в воспоминании считаются основанием для беспокойства, а также испытывавшего потребность в ощущении “достаточной уверенности”, чтобы убедить себя, что он не сбил велосипедиста, ведя автомобиль.

## *Метакогнитивные убеждения*

Раньше было проведено явное различие между позитивными и негативными метакогнитивными убеждениями (например, преи-

муществами и опасностями беспокойства и руминации). В метакогнитивной модели проводится дальнейшее различие между убеждениями о мыслях и убеждениями о ритуалах, беспокойстве и руминации. Более того, автор публикации [Wells, A., 2009] описывает особый класс негативных метакогнитивных убеждений при ОКР, называемых *убеждениями слияния* и касающихся силы и важности негативных мыслей, как поясняется ниже.

## УБЕЖДЕНИЯ О МЫСЛЯХ

Среди убеждений слияния можно выделить три перечисленные ниже разновидности.

- Слияние мысли и действия (СМД — ТАФ): это убеждение в том, что навязчивые мысли могут побудить человека совершить нежелательные действия (например: “Нежелательные мысли о совершении актов сексуального насилия над женщинами заставляют меня действовать подобным образом”). Такая метакогнитивная концептуализация СМД заимствует термин из когнитивной терапии, хотя и не обозначает нравственное понятие (т.е. нравственное СМД; см. главу 4).
- Слияние мысли и события (СМС — ТЕФ): это убеждение в том, что навязчивые мысли могут обусловить наступление внешнего события, или же оно означает, что событие уже наступило. (Например, мысли об аварии могут обусловить ее; мысли о нанесенном оскорблении означают, что оно было нанесено; а мысли о том, что объект мог быть грязным, делают его таким.) Следует, однако, иметь в виду, что мысль, требующая *непрерывно* допустить, что объект грязный, чтобы быть настороже, обозначает процесс беспокойства, отличающийся от СМС.
- Слияние мысли и объекта (СМО — ТОФ): убеждение в том, что мысли и чувства могут быть перенесены на объект, и благодаря этому они становятся более реальными и опасными. (Например, мысль женщины о безнравственном характере женатого мужчины, пристававшего к ней, могла быть перенесена на окружающие предметы.)

## УБЕЖДЕНИЯ О РИТУАЛАХ, БЕСПОКОЙСТВЕ И РУМИНАЦИИ

Подобные убеждения составляют план для направления в нужное русло преодолевающих реакций, появляющихся в ответ на навязчивую идею. Такие планы обычно отражают важность контролирования мыслей и чувств и нацелены на достижение желательного состояния, определяющего конечную стадию ритуала. (Например: “Я могу перестать умываться, как только почувствую себя чистым” или “Я должен сначала прибраться и привести в порядок вещи в своей комнате, чтобы почувствовать уверенность в себе и быть в состоянии учиться”.)

### *Сигналы остановки*

Метакогнитивные убеждения о навязчивой идее определяют представление об ее значении и таящейся в ней опасности. Следовательно, человеку приходится, не руководствуясь объективными критериями, решать, когда достигнута безопасность или завершенность. Стратегия разрешения этой дилеммы при ОКР состоит во введении в обиход неподходящих субъективных критериев, определяющих сигналы остановки ритуала, иначе называемые *правилами остановки*, а также чрезмерная опора на эти критерии. (Например: “Я могу быть уверен, что окно закрыто лишь после того, как трижды проверил его, посмотрев на него под разными углами зрения” или “Мне придется продолжить ритуал до тех пор, пока я не почувствую, что совершил его в самый раз”.)

## МКТ для лечения ОКР

В модели МКТ концептуализация обсессивно-компульсивной последовательности осуществляется следующим образом.

1. Мысль, чувство или побуждение (инициирующий фактор) активизирует метакогнитивные убеждения человека о своем значении и важности. Такие убеждения представляют собой в основном слияние внутреннего переживания и внешнего мира (см. выше описание СМД, СМС и СМО).

2. Метакогнитивные убеждения приводят к оценке навязчивой идеи как представляющей угрозы, а оценка угрозы — к усилению тревоги.
3. Усиление тревоги побуждает к вторжению мыслей и чувств в сознательное осознание или понимание.
4. Тревога определяется также метакогнитивными убеждениями о доступности стратегий для нейтрализации угрозы и ожидаемой степени их эффективности. К числу таких стратегий может относиться контролирование мыслей, чувств или поведения. Убеждения указывают на те виды поведения или стратегии, которые человек вводит в обиход, а также на внутренние критерии (и правила остановки), по которым определяется их удачный или неудачный исход. Правила остановки оказываются нереалистичными и затратными для достижения и утверждения установки, несовместимой с мыслями, переживаемыми человеком как простые психические события. Например, правило “убедиться еще больше” приводит к нарастанию ритуала до апогея в стремлении сделать “еще больше”, постепенно определяя необходимый “минимум”.
5. Иницируются мысленные или поведенческие ритуалы, которые оказываются малоэффективным по следующим причинам:
  - Удачный исход ритуала измеряется путем отслеживания навязчивых идей, что, как ни парадоксально, приводит к увеличению навязчивых идей.
  - Ритуалы мешают человеку обнаружить, что убеждения о навязчивых идеях и ритуалах ничем не обоснованы. Ненаступление внушающего опасения события ошибочно приписывается совершаемому ритуалу.
  - Ритуал приводит к расширению сети связей с навязчивой идеей, например, в том случае, если вид антибактериальных салфеток вызывает навязчивую идею.
  - Человек повторяет действия, как будто навязчивая идея имеет большое значение и правдоподобна, а следовательно, подкрепляется объектный режим обработки и подавляется развитие гибкости.

## *Демонстрация конкретных случаев*

Ниже приведены примеры концептуализации конкретных случаев для излечения двух клиентов от ОКР методом МКТ.

### СЛУЧАЙ 1

Клиентом является пожилая женщина с ограниченной подвижностью, испытывающая обсессии по поводу причинения вреда другим людям, когда она видит, как они проходят мимо ее окна. Такая обсессия требует от нее выглянуть в окно и убедиться, что она никому не причинила никакого вреда. С помощью схематического представления метакогнитивной модели ОКР (см. рис. 6.1) данный случай может быть сформулирован следующим образом.

- Иницирующий фактор: мимо окна прошел мужчина → автоматическая мысль: “Может быть, я напала на него”.
- Метаубеждение: “Мысль, что я напала на него, означает, что я могла бы это сделать”.
- Оценка навязчивой идеи: “Сделать это было бы ужасно. Я бы почувствовала себя жутко”.
- Убеждения о ритуалах: “Если я выгляну в окно, то увижу, что с ним все в порядке, и тогда я не стану тревожиться”.
- Сигнал остановки: “Я буду чувствовать себя спокойно, если смогу увидеть этого мужчину”.
- Поведенческая реакция: выглянуть в окно.
- Эмоции: страх, вина.

### СЛУЧАЙ 2

Клиент испытывает обсессии по поводу загрязнения, которые сосредоточены на асбесте и с которыми он борется, перетряхивая и вычищая свою одежду, избегая факторов, иницирующих подобные обсессии, а также совершая ритуалы омовения.

- Иницирующий фактор: клиент проходил мимо ангара → автоматическая мысль: “Это строение выглядит старым. Его крыша может содержать асбест, а в воздухе — летать его волокна, и они могут попасть на мою одежду”.

- Метаубеждение: “Мысль о том, что я загрязнился, означает, что я действительно загрязнился”.
- Оценка навязчивой идеи: “Я мог бы загрязниться асбестовыми волокнами”.
- Убеждения о ритуалах: “Если я очищу свою одежду от пыли и отряхну от нее свое тело, то избавлюсь от асбестовых волокон”.
- Сигнал остановки: “Если я чувствую себя чистым, то я действительно чист”.
- Поведенческая реакция: отряхнуться и очиститься от пыли.
- Эмоция: тревога.

## *Протокол лечения*

Стадии лечения ОКР методом МКТ подробно описаны в [Wells, А., 2009], а ниже приведена их краткая сводка.

1. Концептуализация конкретного случая.
2. Социализация к МКТ.
3. Переход в метакогнитивный режим и обучение отстраненной осознанности.
4. Видоизменение метакогнитивных убеждений о навязчивых мыслях.
5. Видоизменение метакогнитивных убеждений о ритуалах и сигналах остановки.
6. Составление и воплощение на практике новых планов по обработке.
7. Предотвращение рецидивов.

Процедуры и методы МКТ, описанные в последующих подразделах, соответствуют стадиям лечения, упоминаемым в [Wells, А., 2009], в следующем отношении: концептуализация конкретного случая (первая стадия лечения), социализация клиента и представление оснований для лечения (вторая стадия), отстраненная осознанность и экспозиционная терапия с совершением реакции



(третья стадия), экспозиционная терапия с подавлением реакции и видоизменение конкретных метакогнитивных убеждений (четвертая–шестая стадии) и, наконец, предотвращение рецидивов (седьмая стадия).

## КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ КОНКРЕТНОГО СЛУЧАЯ

Концептуализация конкретного случая разрабатывается на основании данных, собранных во время клинических собеседований с клиентами и психометрического оценивания их состояния психического здоровья.

**Данные клинических собеседований.** На первом сеансе терапии попросите клиента поразмыслить над недавним эпизодом, когда его беспокоили obsессии, а затем задайте ему перечисленные ниже вопросы, чтобы выявить отдельные составляющие модели лечения ОКР.

- **Инициирование навязчивой идеи, что в МКТ называется начальным внутренним событием.** Можете ли вы вспомнить недавний случай, когда мы заметили появление навязчивой мысли или чувства? Что это была за мысль, чувство или побуждение, если оно вызвало эмоцию или привело вас к ритуализации?
- **Эмоция, вызванная навязчивой идеей.** Когда у вас появилась иницирующая мысль или чувство, то какую эмоцию вы пережили?
- **Оценка навязчивой идеи.** Какое негативное смысловое значение содержала навязчивая мысль о вас самих и сложившейся ситуации? Что есть важного в этой мысли? Была ли какая-нибудь опасность в наличии такой мысли? Какие именно плохие мысли могли бы появиться, если бы у вас продолжалась навязчивая идея? Что самое худшее могло бы случиться?
- **Метакогнитивное убеждение о навязчивой идее, включая общее убеждение о мысли, очевидной из оценок.** Итак, вы считаете эти навязчивые идеи значимыми и важными, а точнее — вы в это верите [описать СМД, СМС, СМО]? До какой степени вы в это верите?

- **Характер поведенческих или мысленных ритуалов или же нейтрализации.** Когда вас посетила мысль [описать ее навязчивость], предприняли ли вы что-нибудь, чтобы предотвратить появление плохих мыслей? [Дальнейшие наводящие вопросы нацелены на выявление дополнительных подробностей.] Повторяете ли вы действия, совершая их особым образом, или избегаете тревожных ситуаций? Пытались ли вы контролировать свои мысли, а если пытались, то что конкретно вы делали? Как часто вы вовлекаетесь в реакции и сколько времени они отнимают?
- **Убеждения о ритуалах и сигналах остановки.** Какие достоинства и недостатки присущи вашим ритуалам или реакциям преодоления? Что самое худшее могло бы случиться, если бы вы воспользовались ими? Какова цель ритуала или реакции преодоления? Как вы узнаете, когда следует благополучно остановиться и когда вы достигли своей цели? Сколько усилий требуется для совершения ритуала?

**Психометрическое оценивание.** В приложениях к публикации [Wells, A., 2009] приведен целый ряд опросников МКТ, включая и перечисленные ниже. Некоторые из них могут быть приобретены на веб-сайте Института метакогнитивной терапии (Metacognitive Therapy Institute; <https://www.mct-institute.co.uk>). При этом дается разрешение на использование фотокопий опросников в личных целях для работы с клиентами. В общем, эти инструменты измерения показателей психического здоровья клиентов достойны одобрения, кратки, практичны и клинически уместны. Ни один из них, кроме опросника OCD-S, не предназначался специально для применения при лечении ОКР. Теоретически они имеют более широкое отношение к психологическому расстройству. Я считаю описанные ниже опросники особенно полезными для оценивания механизма лечения и тяжести симптомов ОКР как в начале, так и в ходе терапии.

“Опросник метапознания” (Metacognitions Questionnaire — MCQ-30; [Wells & Cartwright-Hatton, 2004]) представляет собой 30-пунктовый многомерный инструмент измерения метапознания.

Он позволяет оценивать метапознание по пяти перечисленным ниже подшкалам.

- Позитивные убеждения о беспокойстве.
- Негативные убеждения о беспокойстве по поводу бесконтрольности и опасности.
- Когнитивное доверие (т.е. доверие к вниманию и памяти).
- Убеждения по поводу необходимости контролировать мысли и касательно негативного смыслового значения и возможных последствий, если не делать этого.
- Когнитивное самосознание (склонность сосредоточивать внимание на процессах мышления).

Опросник MCQ-30 входит в состав собрания опросников от компании NovoPsych Psychometrics для проведения самооценки в отдельном приложении для планшетного компьютера iPad (см. главу 2).

“Опросник метабеспокойства” (Meta-Worry Questionnaire — MWQ; [Wells, 2005a]) является 7-пунктовым инструментом, предназначенным для оценивания частоты метабеспокойства и убеждения в отношении опасностей, связанных с беспокойством (например, сойти с ума, потерять контроль над беспокойством, сделаться больным от беспокойства).

“Инструмент слияния мыслей” (Thought Fusion Instrument — TFI; [Wells, Gwilliam, & Cartwright-Hatton, 2001]) состоит из 14 пунктов, по которым оценивается степень уверенности в различных убеждениях слияния. Их некоторые примеры приведены ниже.

- “Если у меня появляются мысли о причинении себе вреда, то, в конечном счете, я это сделаю” (СМД).
- “Мои мысли становятся реальностью. Если я о чем-то подумаю, это и сбудется” (СМС).
- “Если я подумаю, что вещи загрязнены от взаимодействия с другими людьми, значит, они действительно загрязнены” (СМО).

“Шкала обсессивно-компульсивного расстройства” (Obsessive-Compulsive Disorder Scale — OCD-S; Wells, A., 2009) служит для краткого оценивания степени тяжести симптомов ОКР в течение предыдущей недели и применения различных стратегий безопасного поведения.

## СОЦИАЛИЗАЦИЯ КЛИЕНТОВ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

Подчеркните общий характер переживания навязчивых мыслей и представьте идею о том, что убеждения клиента и его отношение к своим мыслям и чувства обуславливают ОКР. Следовательно, изменение этих убеждений и иное отношение к внутренним событиям может устранить данное расстройство. Кроме того, подчеркните расстраивающие последствия различных стратегий реагирования, указав на то, что они поддерживают убеждения о важности мыслей, а следовательно, закрепляют тревогу. Это положение можно продемонстрировать с помощью поведенческих экспериментов непосредственно на сеансе терапии (например, эксперимента с подавлением мыслей). А для того чтобы продемонстрировать социализацию к МКТ, можно сослаться на особую жалобу клиента на ОКР.

Чтобы продемонстрировать роль бесполезных убеждений и ритуализации, автор публикации [Wells, A., 2009] предлагает спрашивать клиентов о следующем:

1. Почему они продолжают испытывать трудности, если их стратегии преодоления оказываются эффективными?
2. Сколько раз их проверки доказывали точность их obsессий?
3. Что мешало им узнать, что они могут пренебречь своими обсессивными мыслями?

Основание для лечения довольно простое: психотерапевт доносит до клиента, что его убеждения о мыслях и потребности действовать согласно ним придает неоправданно большое значение мыслям, которые слились с действительностью. Цель лечения — рассмотреть их и отреагировать на них как на несущественные, переходные, психические события.

## ОТСТРАНЕННАЯ ОСОЗНАННОСТЬ

Автор публикации [Wells, A., 2005b] описывает на ее стр. 340 отстраненную осознанность как “вид внутреннего осознания, но в отсутствие требующей усилий переработки своего я”. Ниже перечислены составляющие отстраненной осознанности.

- Метаосознанность (осознание своих мыслей).
- Когнитивная децентрализация (рассмотрение мыслей как событий, а не фактов).
- Беспристрастность внимания (осознание того, что сосредоточение внимания является гибким и может быть перенесено).
- Низкий уровень концептуальной обработки (сокращенный внутренний диалог).
- Слабое целенаправленное совладание (цели избежать угрозы или устранить ее не являются приоритетными).

Обучение отстраненной осознанности при ОКР нацелено на культивирование более адаптивного способа соотнесения обсессивных мыслей с усилением метакогнитивного режима обработки. Оно считается предпосылкой для перехода к видоизменению метакогнитивных убеждений (т.е. СМД, СМС, СМО). На первой стадии такого обучения анализируется несколько случаев вызывания ОКР. При этом психотерапевт помогает клиенту суметь выявить первоначальные навязчивые мысли и сомнения, вызывающие данное расстройство.

Далее психотерапевт помогает клиенту реагировать иначе, используя отстраненную осознанность. Один из способов сделать это состоит в том, чтобы произвести проверку на свободную ассоциацию, в ходе которой психотерапевт читает перечень существительных, попросив клиента отрешенно наблюдать за своими мыслями как событиями, проходящими в его уме, никоим образом не пытаясь оказывать на них влияние или контролировать их. Такую проверку, возможно, придется повторить несколько раз, видоизменяя ее. (Другие методы отстраненной осознанности приведены в [Wells, A., 2005b и Wells, A., 2009]).

Как только будет достигнут успех, на следующей стадии следует наставить клиента наблюдать содержание своего сознания аналогичным отстраненным способом. Благодаря этому мысли клиента будут свободно блуждать, и на ум ему будет приходить любая мысль, включая и обсессии.

Последующая цель состоит в том, чтобы привить клиенту большую осознанность в проведении линии разграничения между ощущением себя и навязчивой мыслью. При первом условии клиент удерживает нейтральную мысль в уме (например, мысль о яблоке), а психотерапевт просит его сделать мысленный шаг в сторону от этой мысли и поразмыслить над тем, как его наблюдение себя расходится с психическим событием наличия данной мысли. При втором условии клиент пытается сделать то же самое с обсессивной мыслью. Автор публикации [Wells, A., 2009] рекомендует клиентам, страдающим ОКР, упражняться в отстраненной осознанности в течение нескольких сеансов терапии, хотя такое задание совсем не обязательно давать тем клиентам, которые упражняются в реагировании на обсессии. Напротив, это учебное упражнение помогает развивать новые способы соотнесения с навязчивыми идеями вообще.

## ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ С СОВЕРШЕНИЕМ РЕАКЦИИ

Экспозиционная терапия с совершением реакции (ЭТСП — ECR) является еще одним методом МКТ, применяемым для обеспечения больших переживаний навязчивых идей на уровне метапознания с целью выработать способность заниматься отстраненной осознанностью. С этой целью клиент наставляется *удерживать навязчивую идею в уме*, выполняя в то же время ритуалы и тем самым изменяя обычные последствия ритуалов с целью исключить навязчивую идею. Совершая ритуал, клиент может неоднократно произносить мысль как безмолвную речь или формировать в уме ее образ. Психотерапевт должен представить клиенту такое упражнение в качестве стратегии, помогающей ему отстраниться от мыслей и обнаружить, что они могут быть не важны. Например, клиент, ритуально очищающий объект, который был загрязнен

с нравственной точки зрения, может в процессе очистки неоднократно сказать себе, что данный объект действительно оказался нравственно нечистым.

## ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ С ПОДАВЛЕНИЕМ РЕАКЦИИ ПРИ МКТ

Экспозиционная терапия с подавлением реакции (ЭТПР) следует при МКТ аналогичной процедуре своего применения в когнитивной и поведенческой терапии (см. главы 3 и 4), хотя она и отличается в ряде важных отношений. Ее можно кратко практиковать лишь несколько раз, поскольку ее цель, в частности, состоит в том, чтобы снять когнитивный синдром внимания (КСВ) — патологический характер познания, состоящий из бесполезных стратегий сосредоточения внимания, персеверативного мышления и прочих малоэффективных реакций преодоления (см. раздел “Клиническая модель” ранее в этой главе). Еще одна цель ЭТПР состоит в проверке метакогнитивных убеждений, как поясняется в следующем подразделе. Психотерапевт должен тщательно оценить все открытые и скрытые реакции преодоления, чтобы на основании такого анализ наставить клиента на исключение или задерживание все неадекватные видов преодолевающего поведения: концептуальной обработки (беспокойства или руминации), отслеживания любой угрозы и ритуализации. Последняя может быть задержана на 10 минут в конце дня, хотя это и не обязательно. Благодаря этому можно проверить предсказания, касающиеся точности убеждений и внушающих страх последствий снижения или опускания реакций преодоления.

## ВИДОИЗМЕНЕНИЕ КОНКРЕТНЫХ МЕТАКОГНИТИВНЫХ УБЕЖДЕНИЙ

Первоначально лечение сосредоточено на содействии переживанию обсессивных мыслей и чувств в метакогнитивном режиме посредством обучения клиента отстраненной осознанности, как пояснялось выше. А после этого основное внимание переносится на реструктуризацию метакогнитивных оценок и убеждений. С этой целью могут применяться словесные и поведенческие методы.

**Словесные методы.** Автор публикации [Wells, A., 2009] подчеркивает важность работы с клиентом для того, чтобы ясно выразить убеждения слияния относительно obsessions, которые зачастую бывают неявными. Как правило, такое убеждение состоит в том, что навязчивые мысли важны или в какой-то степени оказываются эффективными. В связи с этим при формулировании убеждения можно извлечь пользу из внедрения подробностей, относящихся к навязчивой идее, возникающей в конкретной ситуации.

Стандартные словесные стратегии для реструктуризации убеждений слияния включают в себя опрашивание свидетельств за и поиск свидетельств против, в том числе и вероятного механизма, учитывающего эффект слияния. Ниже перечислены вопросы, обычно задаваемые в подобных случаях.

- Имеют ли все или только некоторые ваши мысли власть вызывать события?
- Сколько раз вы проверяли и снова убеждались, что уют все еще включен? Что это говорит вам о том, насколько действительно важна obsessive мысль?
- Имелись ли до появления ОКР у вас какие-нибудь подобные мысли, которые вы не нейтрализовали? Что тогда происходило?
- Каким образом мысль может войти [в любой выбранный неодушевленный предмет], остаться в нем и этим осквернить его?
- Похожа ли мысль о событии на воспоминание о нем?

Психотерапевту следует максимально использовать орудие терапевтического воздействия, которое предоставляет *когнитивный диссонанс* (т.е. ситуация, в которой конфликтующие, одновременно поддерживаемые убеждения вызывают дискомфорт), чтобы выявить противоречивые убеждения. Например, психотерапевт может поразмыслить вместе с клиентом над следующим. С одной стороны, у клиента имеются obsessions по поводу того, что он мог бы обидеть своих друзей, хотя он знает их как людей, которые не промолчали бы в ответ на это. А с другой стороны, клиент может



быть также убежден, что человек, на которого он мог бы напасть, такой же, как и он сам.

**Поведенческие эксперименты.** Подходящие эксперименты над вероятным СМД, будь оно нравственным или частью МКТ, описаны в главе 4, и поэтому они здесь не рассматриваются. Однако автор публикации [Wells, A., 2009] предлагает провести интересные эксперименты в отношении других категорий слияния.

Слияние мысли и события (СМС) может быть применено и к будущим событиям (например: “Если я подумаю о том, что мой любимый попадет в беду, значит, так оно может и случиться”) или же прошлым событиям (например: “Если я подумаю об экскрементах на полу, то он должен быть грязным”). Предполагаемое СМС можно сначала устранить, проверив, способно ли оно вызвать позитивные события, если видоизменить мышление как часть постепенной стратегии (см. главу 4). А после этого можно проверить, способно ли это СМС вызвать негативные события. Опять же, постепенную стратегию можно применить для того, чтобы клиент лучше соблюдал режим терапии. Например, можно начать с мыслей клиента о причинении незначительного вреда домашним животным и постепенно перейти к его мыслям о причинении вреда любимым людям.

Сделать упомянутое выше будет проще, когда временные рамки предсказываемой катастрофы допускают непосредственную проверку. А если временные рамки включают в себя отдаленное будущее, следует рассмотреть возможность применения избегающей стратегии. Одна из возможностей состоит в том, чтобы выяснить путем опрашивания основание для предсказания в более широких, а не узких временных рамках, но все равно произвести проверку в узких временных рамках. (Клиенту можно, например, предложить следующее: “Несмотря на ваши слова, что это [несчастье] может случиться в любой момент вашей жизни, давайте выясним, что произойдет в течение двух последующих недель”.) А, кроме того, обсессивное содержимое мыслей может быть видоизменено явным образом, чтобы отражать более узкие временные рамки. (Психотерапевт может, например, предложить такое: “Давайте посмотрим, сможем ли мы вызвать выпадение шерсти у вашей морской свинки к следующему воскресенью”.)

Ретроспективное СМС можно устранить, побудив клиента произвести *адаптивную проверку*, а не обычную компульсивную проверку, нацеленную на успокоение беспокойства и тревоги. И здесь проверка явно предназначена и нацелена на *установление достоверности мысли*, что дает возможность сформировать данные, подтверждающие представление, что навязчивая идея просто является неуместной мыслью. Подобным образом могут быть проверены метаубеждения о важности мыслей.

Слияние мысли и объекта (СМО) может быть устранено путем проверки способности клиента выявлять загрязненный мыслью предмет. Например, психотерапевт может предложить клиенту испачкать одну карточку, обдумав нечистые мысли, затем помечить эту карточку, а после этого закрыть глаза и выбрать испачканную карточку из нескольких карточек. Если клиенту не удастся выявить загрязненный предмет, это обстоятельство можно рассмотреть в свете того, что было обнаружено в характере загрязнения, спросив клиента: “Если загрязнение совершенно субъективно (т.е. оно присутствует только в мыслях и чувствах), то какой тогда должна быть надлежащая реакция на него?”

Другие эксперименты исправляют прогнозируемые последствия загрязнения объекта в отношении дискомфорта, эмоционального расстройства или реальных событий. Примером первого служит намеренное загрязнение нескольких объектов, что приводит к тому, что мысли и чувства постепенно утихают, вопреки совершенно противоположному предсказанию. А примером последнего служит беспокойство клиента по поводу того, что он начнет действовать безнравственно, если сядет в общественном месте на лавке, где часто бывают торговцы наркотиками. Сначала внушающие опасения прогнозируемые виды безнравственного поведения определяются таким образом, что их невозможно наблюдать и измерить явно. А затем клиент садится на лавку и начинает внимательно следить, последуют ли какие-нибудь безнравственные действия. (Например, клиент садится на лавку, где кто-то другой сорит или курит, чтобы проверить, начнет ли он сам сорить или курить.) Если тревога клиента по поводу того, что он подвергается

такому воздействию, окажется очень большой, тогда может потребоваться постепенная стратегия.

Автор публикации [Wells, A., 2009] обсуждает возможность употребления водоразбрызгивателя в качестве терапевтического реквизита, который может оказать помощь в лечении страхов загрязнения. Клиент может прикасаться к загрязненным предметам клочком бумажки, смоченным водой из разбрызгивателя. Опрыскивание “загрязненной” водой позволяет проверить различные убеждения (например, способность клиента переносить обсессивные мысли и чувства), или же все дело в одной из реальных опасностей или мыслях об опасности.

**Видоизменение убеждений о ритуалах.** Автор публикации [Wells, A., 2009] обычно предлагает переходить к этой стадии терапии после работы над убеждениями в отношении навязчивых идей, хотя она может также потребоваться и в том случае, когда для такой работы придется провести эксперименты с предотвращением ритуалов. Опираясь на концептуализацию конкретного случая, психотерапевт привлекает клиента к участию в сократическом диалоге, чтобы расширить осведомленность клиента обо всех бесполезных последствиях ритуализации. Перечисленные ниже вопросы дают возможность выявить ловушки, таящиеся в ритуализации.

- Можете ли вы думать о любых затруднениях, связанных с применением ритуалов для совладания с навязчивыми мыслями?
- Помогли ли они вам достичь прогресса в преодолении ОКР? Как они могут вас сдерживать?
- Сказывается ли это отрицательно на вашей способности к совладанию, вашем самочувствии, окружении или людях в вашей жизни?
- Помогут ли вам ритуалы в долгосрочной перспективе? И если они не помогут, то почему?
- Могла бы ритуализация каким-то образом помешать вам смотреть на вещи ясно или реалистично?
- Мешают ли вам ритуалы подвергать проверке ваши страхи?

Автор публикации [Wells, A., 2009] рекомендует также явно обозначить и переформулировать в негативном плане субъективно воспринимаемые преимущества ритуализации. В качестве примера ниже приведены вопросы, которые можно с этой целью задать.

- Видите ли вы какие-нибудь преимущества в совершении своих ритуалов? (Переформулировать: насколько такое решение оказывается долгосрочным? Каким образом ритуалы могут закрепить данное расстройство?)
- Есть ли что-нибудь положительное в ваших ритуалах? (Переформулировать: имеется лучший способ добиться того же самого?)
- Помогают ли вам ритуалы предотвратить возможный вред или потерю контроля над вашим умом? (Переформулировать: могут ли они помешать вам узнать, является ли вред настоящим или воображаемым? Было ли время, когда у вас появилась obsессия и вы не могли совершить ритуал? Что тогда произошло?)

Прогнозы клиента по поводу вредных последствий воздержания от ритуалов включают в себя катастрофические события, неотступное беспокойство или тревогу, а также нарушение нормального функционирования (например, неспособность сосредоточиться). Эти и другие убеждения о необходимости совершать ритуалы могут быть явным образом проверены в ходе поведенческих экспериментов, проводимых в форме ЭТПР, как пояснялось выше.

**Видоизменение стратегий сосредоточения внимания и критериев для узнавания.** В методе МКТ признается, что клиенты иногда принимают неадекватные стратегии сосредоточения внимания как часть сохраняющего патологию плана обработки. Например, в результате своих убеждений слияния клиент, одержимый obsессиями загрязнения или заражения, может сначала обследовать любой объект, к которому он прикасается, чтобы убедиться в наличии на нем красных пятен, которые “могли бы быть от крови, зараженной ВИЧ”. Однако такая стратегия соблюдения мер предосторожности лишь усилит ощущение скрытой опасности вследствие обнаружения дополнительных красных пятен, что, в ко-

нечном счете, еще больше усилит потребность в ритуализации. Помимо этого недостатка, придется также устранить малоэффективное сосредоточение основного внимания как часть общей стратегии. В данном случае клиенту придется оставить привычку обследовать объекты перед тем, как прикоснуться к ним.

Кроме того, МКТ позволяет устранить критерии, мешающие узнать, была ли задача успешно завершена. Иными словами, такие критерии определяют момент завершения или сигналы остановки ритуалов. Характерными тому примерами служат чрезмерные усилия, прилагаемые для поворота дверной ручки с целью убедиться, что дверь заперта; достижение такого “ощущения”, что тело или предмет чисты, в отсутствие объективной информации, подтверждающей противоположное; или потребность ясно и во всех подробностях вспомнить, как было проведено время, чтобы принять тот факт, что событие не наступило, вместо того чтобы просто не помнить о данном событии.

Чтобы устранить бесполезные критерии и стратегии сосредоточения основного внимания, придется составить вместе с клиентом и реализовать на практике новый план обработки, как показано в приведенном ниже примере.

### *План ОКР*

- Мне следует смотреть на кнопку блокировки, когда я нажимаю ее на ключе от автомашины.
- Услышать щелчок.
- Потянуть как можно сильнее дверную ручку на себя и удерживать ее в таком положении.
- Отпустить дверную ручку, осмотреть дверь и посчитать ее *закрытой*.
- Отойти от автомашины, подумав, что дверь закрыта.

### *Новый план*

- Проанализировать нажатие кнопки блокировки.
- Услышать щелчок.
- Не тянуть дверную ручку на себя, не осматривать дверь, посчитав ее *закрытой*.

- Отойти от автомашины.
- Применить отстраненную осознанность к навязчивым и сомнительным мыслям, перенеся дискомфорт. Напомнить себе, что навязчивые мысли — это всего лишь мысли, а не факты.

## ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

Автор публикации [Wells, A., 2009] рекомендует посвятить два завершающих сеанса терапии для наметки плана терапии, адаптированная сводка которого приведена ниже.

- Формулирование конкретного случая.
- Свидетельства противодействия конкретным убеждениям относительно навязчивых идей.
- Недостатки выполнения конкретных ритуалов.
- Прежние и новые планы обработки и поведения.

Такая сводка пойдет на пользу предотвращению рецидивов ОКР, поскольку в ней подытожено все, что оказалось полезным в ходе терапии. И это послужит письменным ресурсом, направляющим дальнейшее преодоление остаточных симптомов ОКР или реагирование на трудности, способные возобновить симптомы данного расстройства.