

Содержание

Об авторах	24
Благодарности	25
Введение	26
Кто мы	26
Как эта книга может вам помочь	30
О книге	31
Ждем ваших отзывов	34
Часть 1. Знакомство с ОКР	35
Глава 1. ОКР: что это такое. Его многоликость	37
Формы ОКР	38
Многоликость ОКР	41
История Черлин: “А что если...” — нежелательный компаньон	41
История Мэри	42
История Мелоди	43
История Роберта	43
История Бена	44
История Джека	45
История Марка	45
История Лиз	45
История Анджелиты	46
История Рона	46
ОКР сквозь века	48
Освободитесь от ОКР	51
Глава 2. Более пристальный взгляд на ОКР: симптомы и причины	53
Чем ОКР не является	55
Суеверия, ритуалы и молитва	55
Злоупотребление психоактивными веществами и компульсивное влечение к азартным играм	56
ОКР личности	56

Симптомы ОКР	58
Выявление obsессий (навязчивых мыслей)	59
Выявление компульсий	63
Как диагностируется ОКР	66
ОКР и стыд	67
ОКР и депрессия	68
Что провоцирует ОКР	72
Передается ли ОКР генетически	73
Неврологические факторы	73
Другие физиологические факторы	75
Надежда есть!	76
Глава 3. Что можно сделать: варианты лечения	77
Фармакотерапия	78
Дозировка	79
Борьба с побочными эффектами	80
Меры предосторожности при приеме лекарств	84
Когнитивно-поведенческая терапия	87
Техника экспозиции с предотвращением реакции	87
Когнитивная реструктуризация	90
Фармакотерапия либо КПТ или и то, и другое	92
Традиционная психотерапия	93
Нейрохирургия	94
Альтернативные методы лечения	95
Сделайте мудрый выбор	96
Часть 2. Программа самопомощи	99
Глава 4. Когнитивно-поведенческая терапия при ОКР:	
введение в программу самопомощи	101
Почему техника ЭПР не работает	102
Привыкание	102
Угасание	103
Экспозиция in vivo	104
Предотвращение реакции	105
Борьба со страхом перед изменениями	109
Подготовка к изменениям	112

Глава 5. Подготовка к трудной, но интересной борьбе с ОКР: самооценка	117
Оценка: первый шаг на пути к выздоровлению	118
Оценка obsессий и компульсий	119
Шаг за шагом	127
Глава 6. Ваша стратегия борьбы: экспозиция с предотвращением реакции	129
Советы по составлению иерархии тревожных ситуаций	130
Иерархия тревожных ситуаций Мэри (мытьё)	131
Иерархии тревожных ситуаций Мелоди (компульсивные проверки)	134
Иерархия тревожных ситуаций Бена (расстановка вещей и симметрия)	135
Иерархии тревожных ситуаций Джека (обсессивная медлительность)	136
Создайте свою иерархию тревожных ситуаций	137
ЭПР: шаг за шагом	138
Шаг 1. Начните с того, что провоцирует легкую и умеренную тревогу	139
Шаг 2. Осуществляйте экспозицию, позволяя дискомфорту нарастать	140
Шаг 3. Выполняйте предотвращение тревожной реакции во время экспозиции	143
Шаг 4. Повторите экспозицию	145
Следите за своим прогрессом	145
Программа экспозиции с предотвращением реакции Мэри	145
ЭПР для некоторых распространенных проблем при ОКР	148
ЭПР в терапии компульсивного мытья	148
ЭПР в терапии компульсивных проверок	154
ЭПР в терапии компульсивной расстановки предметов в определенном порядке и стремлении к симметрии	156
ЭПР в терапии обсессивной медлительности	158
Выйдите за рамки своих страхов	162
Глава 7. Воображаемая экспозиция: встретьтесь со своими страхами в воображении	167
Воображаемая экспозиция: планирование и реализация	168
Создайте и запишите свою историю	169
Используйте свои записи для воображаемой экспозиции	170

Пример вообразяемой экспозиции Мэри	171
Пример вообразяемой экспозиции Мелоди	173
Пример вообразяемой экспозиции Роберта	175
Несколько советов для эффективной вообразяемой экспозиции	177
Сделайте воображение своим союзником в борьбе с ОКР	179
Глава 8. Бросьте вызов своим ошибочным убеждениям: когнитивная реструктуризация	181
Азбука ошибочных убеждений	185
А — активирующее событие и навязчивое мышление, образы или желания	185
Б — ошибочное убеждение о навязчивой мысли	186
В — эмоциональные последствия: тревога, сомнение и беспокойство	186
Г — нейтрализующий ритуал или избегание	186
ИСПРАВЛЯЕМ ОШИБОЧНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ	187
Когнитивная реструктуризация: как и когда ее использовать	187
Когнитивная реструктуризация шаг за шагом	189
Дополнительные способы бросить вызов ошибочным убеждениям	198
Бросьте вызов магическому мышлению, слиянию мыслей и действий и переоцененным идеям	198
Бросьте вызов гиперответственности	200
Оспаривайте “доказательства” против себя	205
“Доказательства” против себя	207
Оспаривайте “доказательства”	208
Оспаривайте переоценку опасности	210
Бросьте вызов навязчивым мыслям о потере контроля	213
Что делать, если ваши убеждения не меняются	215
Глава 9. Майндфулнесс и терапия принятия в лечении ОКР: научитесь жить полноценно, несмотря на ОКР	219
Терапия принятия и ответственности	220
Эмпирическое избегание в отличие от принятия, основанного на опыте	221
Контакт с настоящим моментом	222
Когнитивное слияние против когнитивного разделения	226
Самонаблюдение или наблюдающее “я” (позиция наблюдателя)	227

Ценности	228
Проактивность	231
Подведем итоги: АСТ для лечения ОКР	232

**Часть 3. Применение программы самопомощи
в терапии конкретных форм ОКР** 235

**Глава 10. Чисто навязчивое ОКР: освободитесь от ужасных
мыслей** 237

Природа мучительных мыслей при чисто навязчивом ОКР	239
Структура ужасающих мыслей	242
Навязчивая мысль → Катастрофизация	243
Катастрофизация → Повышенная тревожность и беспокойство	244
Повышенная тревожность и беспокойство → Стратегии чрезмерного контроля	245
Бдительность (активность)	245
Тайные ритуалы	246
Поиск и проверка определенности	246
Избавьтесь от внушающих ужас мыслей	247
Шаг 1. Запишите свои идеи	248
Шаг 2. Проверьте убеждение, что мысли никак на вас не влияют	249
Шаг 3. Примите присутствие навязчивых мыслей	250
Шаг 4. Сопроотивляйтесь мучительным мыслям и практикуйте экспозицию, чтобы снизить беспокойство	251
Воздействие на мысли, с помощью которого можно выявить и устранить проблемы	256
Инструменты для управления мыслями без подготовки	257
Работа со скрытыми ритуалами	259
Надежда для людей с чисто навязчивым ОКР	260

**Глава 11. ОКР порядочности: когда
обсессивно-компульсивное расстройство
становится религией** 263

Разница между твердыми религиозными убеждениями и ОКР порядочности	264
Гиперморальность и гиперответственность	266

Программа самопомощи для людей с ОКР порядочности (морали)	267
Шаг 1. Найдите духовного наставника	267
Шаг 2. Ведите ежедневный учет своих obsессий и компульсий	268
Шаг 3. Составьте список своих obsессий	270
Шаг 4. Составьте список компульсий	271
Шаг 5. Разработка и реализация плана ЭПР	272
Опыт Марка	275
Опыт Лидии	277
Как разработать свой план ЭПР для борьбы с ОКР порядочности (морали)	279
Метод воображаемой экспозиции в борьбе с ОКР порядочности (морали)	282
Не допускайте ошибки, практикуя ЭПР при ОКР порядочности (морали)	283
Можно ли практиковать ЭПР при ОКР порядочности и при этом оставаться духовным человеком	283
Терапия доверия	285
Бросайте вызов ОКР ежедневно	287
Глава 12. ОКР “сбить и сбежать”:	
гиперответственность за рулем	289
Программа самопомощи при ОКР “сбить и сбежать”	290
Шаг 1. Оцените свою проблему “сбить и сбежать”	291
Шаг 2. Создайте иерархию тревожных ситуаций	295
Шаг 3. Как правильно разработать и реализовать ЭПР-план	297
Шаг 4. Используйте воображаемую экспозицию, чтобы помочь себе привыкнуть	302
Объективный внутренний диалог при ОКР “сбить и сбежать”	302
Роль гиперответственности	303
Глава 13. Чрезмерное беспокойство о здоровье: ипохондрия	305
Что такое ипохондрия: когнитивно-поведенческая перспектива	307
А — активирующее событие	307
Б — ошибочное убеждение	308
В — эмоциональные последствия: тревога, сомнение и беспокойство	310
Г — нейтрализующий ритуал или избегание	310

Бросьте вызов своим ошибочным убеждениям	312
ЭПР для борьбы с тревогой, связанной со здоровьем	315
Создайте иерархию тревожных ситуаций	316
Предотвращение реакции	317
Эффект внимания	318
Развиваем гибкость внимания	319
Глава 14. Комппульсивное накопительство: когда у вас слишком много вещей	325
Программа самопомощи для людей с комппульсивным накопительством	327
Шаг 1. Поставьте перед собой реальную цель, которую вы готовы достичь	328
Шаг 2. Оцените свою проблему накопительства	328
Шаг 3. Введите мораторий на все накопления	329
Шаг 4. Разработайте план организации порядка в доме	330
Шаг 5. Решите, с чего начать	332
Шаг 6. Установите правила размещения, хранения и выбрасывания вещей	332
Шаг 7. Контролируйте себя	333
Шаг 8. Когда территория будет очищена, решите, как она будет использоваться	334
После уборки вы получите максимум полезного жилого пространства	335
Глава 15. Два шага вперед, один шаг назад: сохраните свои достижения в долгосрочной перспективе	337
Это не работает: распространенные проблемы	337
Сверхценные идеи	338
“Компульсивные деформации”	338
Защитный отвлекающий маневр	339
Избегание	340
Минимизация важности компульсий	341
Отрицание: “Может быть, это не ОКР”	341
“Праведное” отрицание, или “Комплекс мучеников”	342
Отказ от лекарств или их замена менее эффективными	343

Семейные проблемы и стресс	344
Отсутствие социальной поддержки	344
Отсутствие мотивации	345
Осложняющие болезни	347
Злоупотребление алкоголем или наркотиками	348
Управление срывами и предотвращение рецидивов	348
Оставайтесь здоровыми и живите без ОКР	352
Заполните свободное время	352
Питайтесь правильно	353
Выполняйте соответствующие упражнения	353
Снизьте стресс	354
Придерживайтесь здорового образа жизни	354
Приветствуйте ошибки как возможности для роста	355
Часть 4. Сопутствующие расстройства, семейные проблемы и поиск помощи	357
Глава 16. ОКР и компания: расстройства обсессивно- компульсивного спектра	359
Дисморфическое расстройство тела	360
Трихотилломания	362
Самопомощь при ТТМ	363
Дерматилломания	368
Когда ОКР — не единственная проблема	368
Глава 17. Это случается и с детьми: помогите ребенку с ОКР	371
Дети и ритуалы: может ли это быть ОКР	372
История Ванды	374
История Тома	375
Уборка, проверка, подсчет и дети	376
Лечение детей с ОКР	377
Фармакотерапия	378
Когнитивно-поведенческая терапия	380
Детское аутоиммунное нервно-психическое расстройство, связанное со стрептококками (ПАНДАС)	381

ОКР и связанные с ним расстройства	382
Синдром Туретта	382
Синдром дефицита внимания/гиперактивности	384
История Стива	385
Помощь семье детям с ОКР	385
Принятие и справедливость	386
Системность и дисциплина	387
Домашнее задание	390
Школа	391
Надежда на будущее	392
Глава 18. ОКР — это семейное дело: работайте вместе, чтобы его победить	395
Поддержка начинается с каждого члена семьи	395
В первую очередь узнайте факты	396
Перестаньте искать виноватых	396
Вытащите ОКР из шкафа	397
Научитесь управлять своими негативными чувствами	397
Общайтесь с лечащими врачами близкого человека и друг с другом	398
Как члены семьи могут помочь человеку с ОКР пройти программу самопомощи	399
Не участвуйте в ритуалах ОКР	399
Противостойте компульсивным просьбам заверить, что все хорошо, и успокоить	401
Прекратите реализовывать ОКР	403
Определите эмоции и состояния, из-за которых вы уступаете просьбам человека с ОКР	406
Составьте план отстранения от компульсивного поведения	407
Развивайте более полезные ответные реакции	410
Дополнительные советы семье по борьбе с ОКР	412
Как помочь тому, кто не признает наличие ОКР и отказывается от лечения	414
Члены семьи играют важную роль	415

Глава 19. Где получить помощь: как найти хорошего терапевта и другие источники поддержки	417
Профессиональная помощь при ОКР	417
Вопросы, которые следует задать терапевтам	419
Другие соображения при выборе терапевта	422
Группы поддержки	423
Помощь в киберпространстве	426
Это только начало	427
Приложение	429
Информация об ОКР для семьи и друзей	429
Что вызывает ОКР	430
Как лечится ОКР	430
Как оказать поддержку любимому человеку	431
Обсессивно-компульсивная шкала Йеля–Брауна (Y-BOCS)	432
Дополнительные источники информации	439
Книги самопомощи	439
Книги об ОКР порядочности (морали)	440
Мемуары и романы	440
Книги для всей семьи	441
Книги для детей и подростков	441
Книги для родителей и педагогов	441
Книги для специалистов по психическому здоровью	442
Дисморфическое расстройство тела	443
Трихотилломания	443
Терапия принятия и ответственности и майндфулнесс	443
Организации и веб-сайты, посвященные психическому здоровью	444
Ссылки	447

ГЛАВА 16

ОКР и компания: расстройства обсессивно- компульсивного спектра

*Даже если вы на правильном пути, вас задавят, если вы
просто будете сидеть на дороге.*

— Уилл Роджерс

Некоторые психические заболевания напоминают ОКР. Они так же провоцируют симптомы, подобные навязчивым мыслям, обсессиям и повторяющемуся поведению, и известны как *расстройства обсессивно-компульсивного спектра (РОКС)*: трихотилломания и дисморфическое расстройство тела (оба описаны в этой главе), а также ипохондрия (описана в главе 13). Компульсивная чрезмерная озабоченность пищей и худоба, обнаруженные при таких расстройствах, как анорексия, булимия и ожирение, имеют общие признаки с ОКР. Поскольку многие люди с анорексией имеют и явные симптомы ОКР, подозревается сильная связь между этими двумя расстройствами [Hecht, Fichter, and Postpischil, 1983]. Другие расстройства, которые обычно возникают при ОКР, такие как депрессия, называются *коморбидными (сопутствующими) расстройствами*. (Депрессия описана в главе 2.)

Лечение РОКС и сопутствующих расстройств является сложной задачей. Чем больше сопутствующих расстройств и симптомов у человека, тем больше вероятность того, что лечение потребует консультации и участия профессиональной команды специалистов в области психического здоровья.

ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ТЕЛА

Люди с дисморфическим расстройством тела (ДРТ) озабочены незначительными телесными дефектами или воображаемыми дефектами, которые, по их мнению, бросаются в глаза другим, и эта проблема вызывает мучительные страдания или нарушения в функционировании. Его название происходит от греческого слова *dismorfia*: *dis* означает “ненормальный” или “нарушение”, а *morpho* означает “форма”, “наружность”. До 1987 года ДРТ упоминалось как дисморфобия, названная так в 1880-х годах итальянским психиатром Энрике Морселли [*Phillips*, 1996].

Люди с дисморфофобией, как правило, вовсе не “уродливы”, и “недостатки”, о которых они беспокоятся, скорее всего, остаются незамеченными другими. Они, как правило, застенчивы, редко смотрят в глаза и имеют низкую самооценку.

Они часто впадают в крайности, чтобы замаскировать свои воображаемые недостатки, надевая солнцезащитные очки, шляпы или громоздкую одежду.

Большинство навязчивых идей ДРТ связаны с лицом: определенной его частью (нос, губы или уши) или состоянием кожи (морщины, цвет, пятна, шрамы, сосудистая сетка, размер пор или текстура кожи). Тем не менее любая часть тела может оказаться в центре внимания, например волосы и волосяной покров или размер и форма рук, ног, ягодиц, груди или гениталий. У одних есть проблемы, связанные с симметрией тела, а у других проявляется мышечная дисморфия — тип дисморфии, при котором люди беспокоятся из-за того, что их тела слишком малы и ничтожны. Обычно все как раз наоборот; как правило, такие люди крупные и мускулистые. Люди с дисморфией лица и кожи часто “терроризируют” свою кожу.

Люди с дисморфофобией часто не знают, что их беспокойство чрезмерно и не обосновано. Они обращаются к пластическим хирургам или дерматологам за помощью, чтобы устранить предполагаемые физические дефекты, но такие процедуры редко приносят им облегчение. Они вряд ли обратятся за помощью к специалисту по психическому здоровью добровольно, пока депрессия не станет основной их проблемой.

Люди с дисморфофобией часто имеют высокую степень сверхценных идей или даже бредового мышления. Они часто твердо верят в реальность своего предполагаемого дефекта, несмотря на заверения окружающих в

том, что его не существует или что, если он и существует, он почти незаметен. В дополнение к навязчивой природе дисморфофобии одно исследование показало, что 90% людей с этим расстройством выполняли одно или несколько повторяющихся и отнимающих много времени действий [Phillips, 1998]. Они изучали, пытались сгладить или скрыть воображаемые дефекты, занимались грумингом, бритьем, мытьем, чисткой кожи, подъемом тяжестей, проверкой своего внешнего вида в зеркалах и сравнением себя с другими. Люди с дисморфофобией могут либо искать утешения у других, либо пытаться убедить других в своем дефекте.

ДРТ обычно начинается в подростковом возрасте, хотя может начаться и в детстве. ОКР распространено среди людей с дисморфофобией и встречается более чем у 30% пациентов с таким диагнозом [Phillips, 1998].

Люди с дисморфофобией склонны к сильной депрессии и подвергаются высокому риску самоубийства, поэтому за ними необходимо внимательно следить. С помощью одного исследования было доказано, что около 60% людей с дисморфофобией страдают от депрессии [Phillips, 1998]. У приблизительно 80% таких пациентов возникали мысли о самоубийстве [Phillips, 1996], а исследование 2006 года [Phillips and Menard, 2006] показало, что люди с дисморфофобией в 45 раз чаще заканчивают жизнь самоубийством, чем другие в подобных ситуациях. Также было высказано предположение, что более высокий, чем средний, уровень самоубийств среди тех, кто перенес косметическую операцию, связан с недиагностированным ДРТ [Nowak, 2006].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) являются действенными препаратами для фармакотерапии при дисморфофобии. Хотя большинство людей с ДРТ неохотно принимают лекарства, с их помощью можно сократить время, которое человек тратит на воображаемый дефект и связанное с ним компульсивное поведение, а также уменьшить беспокойство и депрессивные симптомы. После успешной медикаментозной терапии люди имеют лучшее представление о своем расстройстве. Как и в случае с ОКР, рецидив обычно может возникнуть, когда прием лекарств прекращается.

Предварительные исследования показывают, что КПТ может быть полезна для людей с дисморфофобией. В одном исследовании было доказано, что ЭПР в сочетании с когнитивными методами была эффективным подходом для 77% людей с дисморфофобией [Phillips, 1998]. Часто проблема

заключается в том, что заставить людей с ДРТ принять психиатрическое лечение, а не дерматологическое, хирургическое или другое медицинское лечение, предназначенное для исправления предполагаемого недостатка, очень трудно. Необходимы дополнительные исследования ДРТ, но надежда есть. Существуют хорошие методы лечения, доступные для людей с дисморфофобией. Для получения дополнительной помощи мы рекомендуем книгу *The BDD Workbook* (Рабочая тетрадь по ДРТ) [Claiborn and Pedrick, 2002]. Она отформатирована так же, как наша рабочая тетрадь, и в ней используется когнитивно-поведенческий подход, который считается наиболее эффективным при ДРТ. Вы можете использовать его самостоятельно или, в более тяжелых случаях, с помощью терапевта.

ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ

Трихотилломания (ТТМ) характеризуется хроническим, повторяющимся выдергиванием волос. Обычно страдают волосы на голове, ресницы, брови, подмышки и лобковая область. Выдергивание волос, как правило, происходит в ситуациях, которые усугубляются стрессом, а иногда и во время отдыха (например, при чтении книги или просмотре телевизора). Все другие причины выпадения волос, включая медицинские и дерматологические проблемы, должны быть рассмотрены и исключены до подтверждения диагноза ТТМ. Люди с этим диагнозом испытывают растущее чувство напряжения непосредственно перед выдергиванием волос или при попытке сопротивляться этому процессу. Выдергивая волосы, они испытывают немедленное чувство удовольствия, удовлетворения и облегчения.

Хотя ТТМ когда-то считалась редким заболеванием, с распространенностью всего от 0,05 до 0,6%, сейчас в исследованиях ее распространенность оценивается в пределах от 2 до 3% среди населения США [Keuthen, O'Sullivan, and Jeffrey, 1998]. Как и в случае с ОКР, люди с ТТМ часто очень скрытны в отношении своих симптомов. Они могут скрывать их, выдергивая волосы из тех частей тела, которые не видны, или носить парики и укладывать волосы таким образом, чтобы скрыть области, где не осталось волос.

У детей ТТМ имеет примерно одинаковый уровень распространенности среди обоих полов. У взрослых эта болезнь диагностируется больше среди женщин. Начинается все обычно в детстве или подростковом воз-

расте, хотя были отмечены проявления ТТМ у детей до одного года и у взрослых в среднем возрасте. Существует подгруппа ТТМ, в которой проявление первых симптомов расстройства диагностируется в возрасте до пяти лет [Keuthen, O'Sullivan, and Jeffrey, 1998].

ТТМ часто встречается вместе с другими психическими расстройствами, включая тревожные расстройства, депрессию, расстройства пищевого поведения, синдром дефицита внимания, синдром Туретта и ДРТ. Интересно, что с помощью одного исследования было доказано, что у людей с синдромом Туретта и ОКР непроизвольное выдергивание волос отмечается значительно чаще, чем у людей только с синдромом Туретта или только с ОКР [Keuthen, O'Sullivan, and Jeffrey, 1998].

Осложнениями ТТМ являются алопеция (облысение), инфекция и рубцевание в местах экстракции волос, замедление или остановка роста волос, а также изменение текстуры или цвета волос. Некоторые люди едят волосы, которые они выдернули, подвергая себя риску болей в желудке, желудочно-кишечной непроходимости, перитонита и, в редких случаях, даже смерти [Keuthen, O'Sullivan, and Jeffrey, 1998]. Повторяющиеся движения рук и кистей, связанные с выдергиванием волос, могут вызвать синдром запястного канала и другие нервно-мышечные проблемы [Keuthen, O'Sullivan, and Jeffrey, 1998].

Что вызывает ТТМ? Никто не знает наверняка, но появляется все больше доказательств того, что в этот процесс могут быть вовлечены функция и структура мозга. Аномалии, обнаруженные в структурах мозга и мозговых схемах людей с ТТМ, пересекаются с аномалиями, обнаруженными при ОКР и синдроме Туретта. Поведенческий педиатр Сьюзан Сведо и ее коллеги из Национального института психического здоровья предположили, что стрептококковые инфекции могут быть причиной некоторых случаев раннего выдергивания волос [Swedo et al., 1988; Keuthen, O'Sullivan, and Jeffrey, 1998].

Самопомощь при ТТМ

ТТМ считается сложным для лечения состоянием. Методы терапии, используемые в течение последних 30 лет, включали использование лекарств, в частности СИОЗС, и поведенческое лечение, известное как тренинг по изменению привычек [Azrin, Nunn, and Franz, 1980; Mouton and Stanley, 1996]. Тренинг по изменению привычек включает в себя следующие ком-

поненты, проводимые самостоятельно или, что лучше, с помощью терапевта, знакомого с когнитивно-поведенческим лечением ТТМ.

- **Вводный курс.** В течение одной недели отслеживайте все позывы к выдергиванию, фактические случаи выдергивания, когда и где они происходят, а также эмоции, которые вы испытываете непосредственно перед выдергиванием и сразу после выдергивания.
- **Определение предвестников нездоровой реакции.** Что вы делаете с руками и кистями непосредственно перед тем, как начать выдергивать волосы? Касаетесь ли вы волос или гладите их? Вы прикасаетесь к лицу или ресницам?
- **Обучение релаксации.** Практикуйте методы релаксации, которые вам подходят. Обычно рекомендуется овладеть двумя навыками: прогрессивной мышечной релаксацией и упражнениями на глубокое дыхание, такими как диафрагмальное дыхание. Если вы хотите изучить эти методы, найдите инструкции в Интернете или в книгах. Навыки релаксации помогут вам достичь понимания сути вашей проблемы и освобождения от напряжения, часто связанного с выдергиванием волос. Практикуйте приобретенные навыки релаксации два-три раза в день в течение одной недели.
- **Обучение альтернативной реакции.** Выберите несовместимое действие — простое, незаметное занятие для руки, которую вы используете для выдергивания. С помощью такого взаимозаменяемого поведения вы и предотвратите выдергивание волос, и уменьшите желание делать это. Обычно используется стратегия легкого напряжения мышц руки в течение 10 секунд в трех разных положениях. Выполняйте это упражнение до тех пор, пока желание выдергивать волосы не утихнет. Вот последовательность: вытяните руку перед собой, слегка напрягите мышцы и удерживайте ее так в течение 10 секунд; после этого опустите руку на 5 секунд. Повторите упражнение три раза. Затем, согнув локоть под углом 90°, слегка напрягите мышцы руки на 10 секунд, расслабьте на 5 секунд и повторите так три раза. Затем, согнув локоть под углом 45°, напрягайте руку в течение 10 секунд, опустите ее на 5 секунд и повторите три раза. Практикуйте такие заменяющие действия в течение одной недели, прежде чем перейти к ситуативному обучению альтернативной реакции.

- **Ситуативное обучение альтернативной реакции.** Практикуйте легкое напряжение мышц руки в ситуациях, когда может возникнуть желание выдергивать. Например, прижмите руку к телу, когда находитесь среди людей; крепко сожмите рукой, которой вы выдергиваете волосы, другую руку; потеревите руку или возьмите в нее любой предмет (пряжку ремня, сотовый телефон или стул). Во время вождения крепче держитесь за руль. Практикуйте альтернативные реакции в различных ситуациях, напрягаясь в течение 10 секунд, а затем расслабляясь в течение следующих 10 секунд, особенно когда желание выдергивать становится сильным. Практикуйте такие действия на протяжении одной недели и обратите внимание на их влияние на желание выдергивать.
- **Сочетайте обучение релаксации с обучением альтернативной реакции.** Далее, всякий раз, когда замечаете желание выдергивать, расслабьтесь, делая глубокие вдохи и выдохи в течение минуты. Затем повторяйте альтернативные действия, которые вы придумали, до тех пор, пока побуждение не утихнет. Если вы уже поймали себя на выдергивании волос, используйте эти упражнения, чтобы прервать процесс. Практикуйте свою комбинированную последовательность изменения привычек ежедневно, даже в ситуациях, когда никаких побуждений выдергивать не возникает.

Тренинг по изменению привычек — это основа для помощи людям с ТТМ и связанными с ней расстройствами, такими как дерматилломания и тиковые расстройства. Тем не менее исследователи в области ТТМ указали на необходимость дополнительных методов борьбы с выдергиванием волос. Чтобы решить эту проблему, психолог Чарльз Мансуето, директор Центра поведенческой терапии Вашингтона, впервые разработал инновационную программу самопомощи под названием ComB, от *comprehensive behavioral model* (всеобъемлющая поведенческая модель) [Mansueto et al., 1999]. В ComB исследуются разные причины возникновения поведения выдергивания волос и предлагается ряд мер для удовлетворения индивидуальных потребностей каждого пациента с ТТМ [Mansueto et al., 1999].

В рамках модели ComB компульсивное выдергивание волос рассматривается как способ регулирования внутренне переживаемых состояний либо чрезмерной, либо недостаточной стимуляции [Penzel, 2002]. Эта идея подтверждается общим наблюдением, что люди, как правило, дергают себя за волосы чаще всего, либо когда им скучно, либо когда они чрезмерно на-

пряжены. Выяснив свои персональные особенности выдергивания волос, вам будет легче определить оптимальную стратегию для регулирования уровня внутренней стимуляции без необходимости поддаваться компульсивному побуждению. Другим аспектом модели является идентификация эмоциональных, когнитивных и экологических сигналов, которые провоцируют выдергивание волос.

В подходе ComB используется акроним Fiddle SHEEP, чтобы изолировать отдельные компоненты проблемы выдергивания волос, понять уникальные особенности каждого пациента и разработать соответствующую стратегию решения проблемы.

- **Fiddle** (от англ. “теребить что-либо в руках”. — *Примеч. пер.*) относится к состоянию необходимости сделать что-то руками или ртом для стимуляции. Это могут быть действия с четками, рельефными детскими игрушками, мягким мячиком или умным пластилином либо с такими предметами, как шнурок, наждачная бумага, кусок шелка или другой мягкой ткани.
- **Sensory** (от англ. “чувственный”. — *Примеч. пер.*) предусматривает участие в стимулирующих сенсорных действиях. Вы можете умываться текстурированной губкой, расчесываться расческой с широкими зубчиками, расчесывать брови, использовать шампунь с эффектом покалывания, прикладывать пакет со льдом к голове или лицу, брызгать на лицо холодной водой, занимать рот жевательной резинкой или семечками.
- **“Hands have a mind of their own”** (от англ. “руки живут своей жизнью”. — *Примеч. пер.*). Эта фраза характеризует состояние, когда люди с ТТМ иногда выдергивают волосы, даже не подозревая об этом или несмотря на все прилагаемые волевые усилия. Средствами борьбы в таких случаях могут быть пластыри на кончиках пальцев, ношение легких перчаток или резиновых напальчников, эластичный бинт вокруг локтя, чтобы предотвратить сгибание, заворачивание волос в полотенце, ношение шляпы и нанесение вазелина на веки.
- **Environmental** (от англ. “обусловленный окружением”. — *Примеч. пер.*) относится к эпизодам выдергивания волос, которые кажутся привязанными к конкретным местам в доме, на работе или в другом месте. Возможно, вы больше всего склонны заниматься выдергиванием при просмотре телевизора, в ванной комнате или в школе. Оставьте записки в

местах, где вы обычно выдергиваете волосы, чтобы напоминать себе, что не нужно этого делать.

- **Emotional** (от англ. “эмоциональный”. — *Примеч. пер.*) обозначает ситуации, когда человек выдергивает волосы из-за чувства гнева, депрессии или разочарования. Вы можете справиться с этими эмоциональными состояниями с помощью дневника, занятий искусством, видеоигр, участия в расслабляющей деятельности, такой как приготовление пищи или практика методов релаксации, или занятий любимым хобби, например строительством моделей самолетов.
- **Perfectionism** (от англ. “перфекционизм”. — *Примеч. пер.*) описывает нетерпимость к волосам, которые кажутся несовершенными, негладкими или неуместными. Чтобы противостоять перфекционизму, вам нужно научиться относиться к себе с состраданием, принятием и без осуждения.

Чтобы успешно применять этот подход, важно использовать несколько стратегий одновременно в любой триггерной ситуации. Развивайте свои навыки, составляя еженедельный график для ежедневной практики стратегий, выбирая те из них, которые подходят именно вам. Например, предположим, что вы склонны выдергивать волосы во время просмотра телевизора вечером, и эта привычка, по-видимому, связана с тем, что ваши руки “живут своей жизнью”. Это неосознанная необходимость делать что-то руками и потребность в сенсорной стимуляции. В таком случае вы можете воспользоваться пластырями на кончиках пальцев, поиграть с умным пластилином и приложить холодный компресс к задней части шеи во время просмотра телевизора.

Помните, что ТТМ требует многогранного подхода. Вы должны быть настойчивы и терпеливы с самим собой. Не ожидайте мгновенных результатов, но, работая над своей проблемой ежедневно, вы испытаете преимущества такого подхода в течение нескольких недель или месяцев. Хорошим источником актуальной информации о лечении ТТМ является Trichotillomania Learning Center (Учебный центр по трихотилломании). Его контакты и некоторые отличные книги по самопомощи приведены в конце этой книги.

Дерматилломания

С ТТМ тесно связано хроническое самоповреждение кожи, иногда называемое невротической экскориацией, дерматилломанией или самопричиненным дерматозом. Это расстройство часто встречается среди людей с ОКР. Одни люди выбирают кожу в первую очередь для того, чтобы успокоить внутреннее чувство напряжения и тревоги, в то время как другие делают это для того, чтобы подавить чувство скуки от бездействия, похожее на желание выдергивать волосы при ТТМ. Многие замечают эту привычку в обеих ситуациях. Иногда непереносимость несовершенства приводит к попыткам удалить пятна или даже кожу, которая кажется неровной или несовершенной. Озабоченность воображаемыми дефектами очень похожа на озабоченность, которая характеризует людей с ДРТ, и иногда повреждение кожи бывает частью более широкой проблемы с дисморфофобией. Люди с проблемами дерматилломании могут извлечь выгоду из подходов, аналогичных тем, которые описаны для ТТМ, включая тренинг по изменению привычек [Teng, Woods, and Twohig, 2006]. Для людей с дисморфофобией, которые видят свою кожу “проблемной”, экспозиция с предотвращением реакции в сочетании с изменением привычки дает наилучшие результаты.

КОГДА ОКР — НЕ ЕДИНСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМА

Наличие РОКС или сопутствующих расстройств, таких как большая клиническая депрессия, может осложнить лечение ОКР. Если вы подозреваете, что ваше ОКР протекает параллельно с другим расстройством, проконсультируйтесь со специалистом по психическому здоровью. Комплексная стратегия терапии, которая учитывает каждый диагноз, будет более успешной, чем лечение только ОКР. В конце книги представлены и другие источники информации для людей, борющихся с ДРТ, ТТМ и депрессией.

ПОМОЩЬ СЕМЬЕ И ДРУЗЬЯМ

Если у вашего близкого человека есть еще какое-то расстройство психического здоровья в дополнение к ОКР, выздоровление, скорее всего, будет более сложным и, возможно, менее заметным. Физические заболевания, такие как диабет, болезни сердца или астма, также усложняют ситуацию. В любом из этих случаев вполне вероятно, что в процессе выздоровления вашего близкого человека будет участвовать команда медицинских работников.

ОКР и депрессия частично вызваны проблемами с регуляцией нейротрансмиттера серотонина, и оба реагируют на одни и те же лекарства, предполагая возможную связь между этими двумя расстройствами. Безнадежность в отношении будущего и недостаток энергии для воплощения планов, которые так часто сопровождают депрессию, затрудняют изучение и запоминание деталей. Они также приводят к отсутствию заинтересованности в лечении и его целях. Если ваш близкий человек находится в депрессии, найдите достаточно времени, чтобы обсудить это и побудить его обратиться за лечением к специалисту по психическому здоровью. Также ищите помощи для любого другого члена семьи, который кажется подверженным депрессии, включая себя. Таким образом, вы все будете лучше подготовлены к борьбе с ОКР. Отнеситесь серьезно к любым разговорам и мыслям о самоубийстве, особенно если у вашего близкого человека есть серьезные симптомы ДРТ (описанного ранее в этой главе). Если близкий человек говорит о самоубийстве или угрожает совершить самоубийство, *немедленно* обратитесь за помощью к специалисту по психическому здоровью или позвоните на горячую линию по вопросам самоубийств.

ОКР имеет тенденцию проявляться в поколениях. У людей с ОКР с большей вероятностью, чем у других, имеются члены семьи первого поколения, также страдающие ОКР. Кроме того, такие пациенты более подвержены РОКС, другим тревожным расстройствам и депрессии. Если подобное наблюдается в вашей семье, подумайте об этом как о естественной группе поддержки. Вы можете понять друг друга так, как не могут другие люди, которых не коснулись страхи и тревоги ОКР. Даже если в семье имеются физические заболевания, предлагайте поддержку друг другу. Выходя за пределы собственных переживаний, вы принесете пользу всем, включая и человека с ОКР.