

Серия: Современные методы в психотерапии

Моника УИЛЬЯМС
Чэд ВЕТТЕРНЕК

**Сексуальные
обсессии
при
обсессивно-компульсивном
расстройстве**

*Пошаговое руководство для
понимания, диагностики и
лечения*

ПСИХОЛОГИЯ
И ЖИЗНЬ
Москва

Серия: Современные методы в психотерапии

ББК88.5

УДК159.9

У 36

Уильямс, Моника

Веттернек, Чэд

У36 Сексуальные obsессии при obsессивно-компульсивном расстройстве. Пошаговое руководство для понимания, диагностики и лечения. / М. Уильямс, Ч.Веттернек; пер. с англ. И.Закарян. – М: ПСИХОЛОГИЯ И ЖИЗНЬ, 2021. – 438 стр.

Сексуальные obsессии являются распространённым симптомом ОКР, но работа с ними в процессе терапии является исключительно сложной задачей из-за чувства стыда, мешающему постановке правильного диагноза и скрытой природы ритуализирующего поведения. Эти осложняющие факторы затрудняют раскрытие клиентами своих симптомов, а терапевтам - понимание того, как подходить к лечению.

Авторы настоящей книги предлагают полное, пошаговое руководство, основанное на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), описывающее лечение сексуального ОКР с использованием комбинации эмпирически поддерживаемых методов, таких как Ex/RP (экспозиция и предотвращение реакции), терапия принятия и ответственности, а также техниках осознанности (mindfulness). К этим практическим, пошаговым инструкциям прилагаются учебные раздаточные материалы и диаграммы для клиентов, предназначенные для содействия обучению. Книга завершается обсуждением проблем взаимоотношений, которые обычно возникают в результате ОКР на сексуальную тему, и того, как терапевты могут решать эти проблемы.

Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем.

ISBN 978-5-00144-322-3

© 2019, OXFORD UNIVERSITY PRESS

© 2021, ООО «И-трейд»

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	11
<i>Сексуальные обсессии в ОКР: неверно понятые диагнозы</i>	11
<i>Сексуальные обсессии при ОКР встречаются довольно часто</i>	12
<i>Зачем ещё одно руководство по ОКР</i>	13
<i>Особые характеристики</i>	15
<i>Заключение</i>	16
ГЛАВА 1. ПОНИМАНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ ОБСЕССИЙ.....	17
<i>Об обсессивно-компульсивном расстройстве</i>	17
<i>Разновидности ОКР</i>	20
Страх загрязнения и ритуалы очищения.....	21
Продолжающееся сомнение и компульсивные ритуалы проверки.....	22
Обсессии по поводу симметрии и ритуалы упорядочения.....	23
Неприемлемые/запретные мысли и ментальные ритуалы	25
<i>О сексуальном ОКР</i>	27
<i>Сексуальные обсессии среди этнических групп, рас и культур</i>	30
С-ОКР в этнических и расовых меньшинствах.....	30
С-ОКР в кросс-культурных проявлениях	33
<i>Типы сексуальных обсессий</i>	35
Педофилические обсессии.....	35
Обсессии по поводу сексуальной ориентации	37
Религиозные сексуальные обсессии (скрупулёзность)	40
Обсессии, связанные с сексуальным насилием.....	42
Обсессии по поводу оплодотворения.....	44
<i>Опасны ли люди с сексуальными навязчивыми идеями?</i>	46
<i>Каков прогноз для людей с сексуальными навязчивыми идеями?</i>	48
<i>Варианты лечения</i>	49
Психотерапии для ОКР	49
Альтернативные методы лечения ОКР	50
Применение лекарств при ОКР	51
Варианты лечения устойчивого ОКР	52
<i>Заключение</i>	55
ГЛАВА 2. ОЦЕНКА КЛИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ОБСЕССИЯМИ.....	56
<i>Консультация</i>	56
Обезоруживающий стыд.....	56
Объяснение ОКР цикла	60
«Откуда появились мои симптомы?».....	61
Почему разговорная терапия не работает	62
Сомнения в диагнозах	64
Лечение ОКР: чего ожидать	65
<i>Оценка</i>	67
Анкетирование при приёме на лечение	67

Сопутствующая патология (коморбидность) при ОКР	70
Инструменты оценки: общие психопатологические интервью	71
Инструменты оценки: интервью клиентов с ОКР	75
Инструменты оценки: возможности самоотчёта	76
<i>Дифференциальные диагнозы</i>	80
ОКР и педофилическое расстройство	80
Проблемы диагностики педофилического ОКР	84
ОКР и проблема своей сексуальной идентичности	87
Вопросы диагностики С-ОКР: пример трансгендеров	90
Проблемы диагностики при С-ОКР: женщина считает, что она педофил	92
Проблемы диагностики при С-ОКР: страхи по поводу зоофилии	94
<i>Что терапевты должны знать о лекарствах для лечения ОКР</i>	96
Лекарства, терапия или и то, и другое вместе	96
«Почему моё лекарство перестало действовать?»	97
Ингибиторы обратного захвата серотонина при ОКР.....	98
Сексуальные побочные эффекты при сексуальном ОКР	100
Другие проблемы с лекарствами.....	101
<i>Общение с другими психотерапевтами и медиками</i>	104
Врачи и другие лица, назначающие лекарства.....	104
Терапевты.....	105
Социальные работники	107
Традиционные целители	110
<i>Выводы</i>	111
ГЛАВА 3. ПОШАГОВОЕ РУКОВОДСТВО ПО ЛЕЧЕНИЮ	113
<i>Введение</i>	113
<i>Психообразование</i>	114
Нежелательные сексуальные мысли: они есть у каждого	114
Взгляните в лицо своим страхам: как поможет КПТ	116
Приверженность лечению: формирование умственной работоспособности	118
<i>Экспозиция и предотвращение реакции</i>	120
Оценка	120
Субъективные единицы измерения стресса/дискомфорта	122
<i>Построение иерархии</i>	124
Начало иерархии	124
Основы методики экспозиций и предотвращения реакции	127
Предотвращение ритуала	129
Слом ритуалов	131
Мониторинг ритуалов	132
Экспозиция в реальной жизни (in vivo).....	134
Экспозиции вне офиса терапевта.....	135
Воображаемая (образная) экспозиция	136
Домашнее задание.....	140
Обучение торможению: необходимо ли привыкание?	143
<i>Когнитивная терапия</i>	145
Можете ли вы рассуждать при ОКР?	145
Тестирование новых убеждений: поведенческие эксперименты	147

Эксперимент по отказу от сокрытия	148
<i>Подходы, основанные на принятии и осознанности (Mindfulness)</i>	150
Терапия принятия и ответственности при ОКР	150
Техники осознанности (Mindfulness) при ОКР	154
<i>Профилактика рецидивов</i>	157
Сессионный план для EX/РР.....	162
ГЛАВА 4. РАСЩЕПЛЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ	171
<i>Семантическая сетевая концептуализация obsессий</i>	171
<i>Что такое расщепление ассоциаций</i>	175
<i>Расщепление ассоциаций: описание случая</i>	177
<i>Сходства и различия между расщеплением ассоциаций и другими</i> <i>подходами к лечению ОКР</i>	179
<i>Научные доказательства эффективности расщепления ассоциаций</i>	181
<i>Зачем использовать расщепление ассоциаций</i>	188
<i>Пошаговое руководство по технике расщепления ассоциаций: как</i> <i>терапевты могут направлять клиентов в своей практике</i>	192
Шаг 1.....	193
Шаг 2.....	194
Шаг 3.....	194
Шаг 4.....	194
Шаг 5.....	198
Шаг 6.....	199
ГЛАВА 5. ЛЕЧЕНИЕ ОБСЕССИЙ, СФОКУСИРОВАННЫХ НА СЕКСУАЛЬНОЙ	
ОРИЕНТАЦИИ.....	201
<i>Случай с obsессиями, сфокусированными на сексуальной ориентации</i>	201
Введение в случай.....	201
Жалобы.....	201
История.....	203
Оценка	205
Концептуализация случая	207
Курс лечения и оценка прогресса	208
Осложняющие факторы	221
Доступ и барьеры для лечения	222
Последующий контроль	222
Уроки лечения данного случая.....	223
Рекомендации психологам и студентам.....	223
ГЛАВА 6. ЛЕЧЕНИЕ ПЕДОФИЛИЧЕСКИХ ОБСЕССИЙ	225
<i>Пример педофилических obsессий</i>	225
Введение в случай и предъявление жалоб.....	225
История.....	225
Оценка	233
Концептуализация случая	235
Курс лечения и оценка прогресса	236
Осложняющие факторы	260
Последующие события.....	261

Содержание

Выводы из лечения данного случая.....	261
Рекомендации для психологов и студентов.....	262
ГЛАВА 7. ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ	264
<i>Влияние сексуальных obsессий на взаимоотношения</i>	<i>264</i>
Сексуальное ОКР может ухудшить отношения.....	264
Понимание страхов, стоящих за obsессиями	266
<i>Семейное приспособление</i>	<i>269</i>
<i>Семейные консультации и вмешательства при сексуальных obsессиях ..</i>	<i>270</i>
Как ОКР влияет на партнёров	270
Помощь партнёрам в понимании.....	271
Различия во взглядах на психические заболевания.....	276
Культурные проблемы	278
<i>Сексуальные проблемы: секс и тревога не смешиваются</i>	<i>280</i>
Obsессии по поводу оплодотворения.....	280
Obsессии о сексуальной ориентации.....	280
Obsессии, связанные с сексуальными девиациями	281
Страхи заражения.....	281
Тревога и депрессия снижают сексуальное влечение	282
Побочные эффекты лекарств.....	282
Беседа с партнёрами	283
<i>ОКР взаимоотношений.....</i>	<i>283</i>
<i>Выводы</i>	<i>286</i>
ГЛАВА 8. УСТРАНЕНИЕ ОБЩИХ ПРОБЛЕМ, ТРУДНОСТИ И РЕСУРСЫ	289
<i>Дискомфорт терапевта при обсуждении сексуальных тем.....</i>	<i>289</i>
<i>Устранение проблем у занятых профессионалов</i>	<i>290</i>
<i>У клиента сопутствующая депрессия.....</i>	<i>292</i>
<i>Клиент не придерживается элементов КПТ-лечения (сеансы, домашние задания и т. д.).....</i>	<i>293</i>
<i>Клиент отказывается делать те экспозиции, в которых не чувствует себя «достаточно безопасным».....</i>	<i>295</i>
<i>Клиент не может остановить ментальные компульсии</i>	<i>296</i>
<i>Клиент беспокоится о сексуальном возбуждении во время экспозиции ..</i>	<i>297</i>
<i>Правильно ли посылать клиентов в гей-клуб</i>	<i>298</i>
<i>Отличия лечения СО-ОКР от репаративной терапии.....</i>	<i>298</i>
<i>Образная экспозиция, не вызывающая тревоги.....</i>	<i>299</i>
<i>«Экспозиции не работают»</i>	<i>300</i>
<i>Насколько явными должны быть экспозиции</i>	<i>302</i>
<i>Проблемы подростков и их родителей/опекунов</i>	<i>303</i>
<i>Проблемы клиентов с задержками развития и когнитивными нарушениями.....</i>	<i>306</i>
<i>Стыд, чувство вины и смущение у подростков</i>	<i>307</i>
<i>Когда клиенты с ОКР упоминают о самоубийстве.....</i>	<i>308</i>
<i>ОКР и употребление психоактивных веществ.....</i>	<i>309</i>

<i>Группы поддержки при С-ОКР</i>	310
<i>Проблемы с экспозицией в общественных местах</i>	311
<i>Уменьшение приспособляемости в семье</i>	312
<i>Отсутствие поддержки дома и в семье</i>	313
<i>Как членам семьи мотивировать людей с ОКР на лечение</i>	314
<i>Выводы</i>	315
ПРИЛОЖЕНИЕ А	316
<i>Материалы для клиентов</i>	316
Раздаточный материал 1.....	316
Раздаточный материал 2.....	318
Раздаточный материал 3А.....	319
Раздаточный материал 3В.....	321
Раздаточный материал 4А О сексуальном ОКР (С-ОКР).....	323
Раздаточный материал 4В О тесте на сексуальное ОКР.....	328
Раздаточный материал 5А ОКР и неприятные мысли.....	330
Раздаточный материал 5В Тест на неприятные мысли.....	333
Раздаточный материал 6А Понимание когнитивно-поведенческой терапии ОКР.....	335
Раздаточный материал 6В Понимание КПТ при С-ОКР.....	340
Раздаточный материал 7 Нежелательные сексуальные мысли.....	342
Раздаточный материал 8А Инструкции для терапевтов: создание шкалы SUDS.....	343
Раздаточный материал 8В.....	345
Раздаточный материал 9А Ежедневное домашнее задание и лист задач.....	348
Ежедневное домашнее задание.....	349
Еженедельный лист домашних заданий.....	350
Раздаточный материал 9В Плана домашнего задания по экспозиции.....	351
Раздаточный материал 10 Рекомендации по «нормальному поведению».....	352
Раздаточный материал 11 Профилактика рецидива ОКР: краткие советы.....	354
Раздаточный материал 12 Расщепление ассоциаций: советы и напоминания.....	356
ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИЗМЕРИТЕЛИ	358
<i>Шкала семейной приспособляемости для интервью лиц с обсессивно-компульсивным расстройством (FAS-IR)</i>	358
<i>Шкала семейной приспособляемости для интервью лиц с обсессивно-компульсивным расстройством (FAS-IR)</i>	359
<i>Введение и общие инструкции для члена семьи</i>	359
Отчёт члена семьи о симптомах клиента.....	359
Обсессии.....	359
Компульсии.....	361
Другие проблемы, связанные с ОКР.....	363
<i>Список Симптомов Клиента</i>	364
<i>Отчёт члена семьи о приспособительном поведении</i>	365
1. Обеспечение заверений.....	365
2. Наблюдение за исполнением ритуала клиентом.....	365
3. Ожидание клиента.....	366

Содержание

4. Воздержание от высказываний/действий	366
5. Участие в компульсиях	367
6. Облегчение компульсий.....	367
7. Облегчение избегания	368
8. Терпеть странное поведение/нарушение хозяйства	368
9. Помощь клиенту в повседневной жизни и с простыми решениями	369
<i>Оценочный лист</i>	372
<i>Шкала семейной приспособляемости для лиц с обсессивно-компульсивным расстройством (FAS-SR)</i>	373
Введение для члена семьи.....	373
Часть I: Отчёт о симптомах обсессивно-компульсивного расстройства	373
Компульсии.....	375
Часть II: Отчёт о реакциях членов семьи на ОКР	376
<i>Шкала семейной приспособляемости для лиц с обсессивно-компульсивным расстройством (FAS-SR)</i>	379
Введение.....	379
Часть I: Отчёт о ваших симптомах обсессивно-компульсивного расстройства.	379
Компульсии.....	381
Часть II: Отчёт о реакциях членов семьи на ОКР	382
<i>Тест обсессий и реакций по поводу сексуальной ориентации (SORT)</i>	385
<i>Шкала воздействия ОКР для взрослых (AOIS)</i>	386
<i>Шкала (DOCS)</i>	390
<i>Самооценка сексуальной ориентации</i>	400
I. Сексуальные влечения	400
II. Сексуальный контакт	401
III. Сексуальная идентичность	402
<i>Поведенческая активация по шкале депрессии - краткая форма (BADS-SF)</i>	403
ПРИЛОЖЕНИЕ С	404
<i>Примечания к сеансу</i>	404
C0: консультация.....	404
C1: Оценка и диагноз.....	406
C2: Формулировка случая, часть 1	410
C3: Формулировка случая, часть 2	412
C4:План лечения	414
C5:Примечания по психологическому прогрессу при экспозиции.....	416
C6:Форма заключительного сеанса при ОКР	417
Библиография	419
Психологи, консультирующие по тематике ОКР	438
<i>Список психологов, консультирующих по проблемам ОКР, по регионам:</i>	442

Введение

Сексуальные обсессии в ОКР: неверно понятые диагнозы

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является ведущей причиной нарушения психического здоровья во всем мире, при котором более 112 миллионов человек страдают от этого состояния в какой-то момент своей жизни (Ayuso-Mateos, 2006; Williams & Steever, 2015). Люди, страдающие ОКР, могут проводить много часов в день, мучаясь от нежелательных мыслей и повторяющихся компульсий. В результате этого они испытывают серьёзные проблемы на работе, дома, а также в случайных встречах и интимных отношениях (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler 2010).

Беспокойство, вызванное ОКР, может быть отнесено к ряду основанных на симптомах категорий, включающих страх загрязнения, озабоченности по поводу симметрии, сомнения в причинении случайного вреда и неприемлемые/табуированные мысли (Abramowitz et al., 2010). Было проведено много исследований с целью лучше понять наиболее известные типы ОКР, но мало внимания было сосредоточено на понимании табуированных мыслей, которые включают сексуальные навязчивые идеи (Williams, Mugno, Franklin, & Faber, 2013).

Сексуальные обсессии, возможно, наименее понятное проявление ОКР. Обычно они включают в себя сомнения/навязчивые идеи о сексуальной ориентации, неверности, сексуальных отклонениях, инцесте, беременности и богохульных мыслях, сочетающих религию и секс (Gordon, 2002). К сожалению, даже специалисты в области психического здоровья испытывают трудности с диагностикой **ОКР на сексуальную тематику (С-ОКР)**. В недавнем исследовании оценивалась способность клиницистов правильно идентифицировать некоторые распространенные проявления ОКР путём разработки виньеток или шаблонов, то есть кратких описаний человека с одним из нескольких типов ОКР. Было разработано пять виньеток с симптомами ОКР, и одна из них была случайным образом назначена каждому участнику исследования, которого затем попросили дать диагностическое впечатление. Поразительно, но 77% неверно определили виньетку о навязчивых идеях сексуальной ориентации и классифицировали проблему как непонимание сексуальной идентичности. К сожалению, 43% ошибочно идентифицировали

сексуальные обсессии по поводу детей, причём более трети из них классифицировали эту проблему как педофилию. В психиатрическом учреждении это может быть равносильно тому, что о невинных пациентах, которые ищут лечение, будет сообщено в службы защиты детей, что мы, к сожалению, неоднократно наблюдали. Кроме того, только 16% ошибочно определили обсессии загрязнения как признак ОКР, а 29% ошибочно определили религиозные навязчивые идеи как часть расстройства. Вы можете задаться вопросом о квалификации терапевтов, которые сделали так много серьёзных диагностических ошибок. Фактически все участники исследования были членами Американской психологической ассоциации, случайным образом отобранными для участия от каждого штата. Восемьдесят два процента были психологами уровня доктора, 81% имели лицензию и более половины сообщили об ориентации на **когнитивно-поведенческую терапию (КПТ)** (Glazier, Calixte, Rothschild, & Pinto, 2013). Если лицензированные психологи не могут идентифицировать распространённые формы ОКР, то у пациентов с сексуальными навязчивыми идеями мало надежды когда-либо получить правильный диагноз. Нередко наши клиенты рассказывают нам ужасные истории о неправильных диагнозах от предыдущих медицинских работников, которые должны были бы знать это расстройство лучше. Эти клиенты - те немногие счастливицы, которые поняли, что их терапевты ошибались и продолжали искать ответы.

Сексуальные обсессии при ОКР встречаются довольно часто

В результате трудно точно сказать, сколько людей с ОКР страдают от сексуальных навязчивых идей. Одним из крупнейших исследований клинических симптомов ОКР было полевое исследование DSM-IV, включавшее пациентов, получавших лечение в ведущих специализированных клиниках ОКР в семи городах (Foa et al., 1995); 17% пациентов сообщили о текущих или прошлых сексуальных обсессиях как о первичном или вторичном беспокойстве (Williams & Farris, 2011). В большом, общенациональном исследовании 30% людей с обсессивно-компульсивным расстройством сообщали о сексуальных и/или религиозных обсессиях (Ruscio и et al., 2010), но точно неизвестно, сколько из них испытывали конкретно сексуальные навязчивые идеи, так как эти две категории были объединены. В другом

исследовании было обнаружено, что четверть лиц, обращавшихся за лечением, испытывали сексуальные навязчивые идеи в какой-то момент своей жизни, и авторы этого исследования считали, что это количество вероятно больше (Grant et al., 2006). От 20% до 50% пациентов с ОКР сообщают о сексуальных навязчивостях в международных выборках (Rady, Salama, Wagdy, & Ketat, 2013; Tiikel, Polat, GenC, Bozkurt, & Atli, 2004).

Эти сексуальные симптомы, по-видимому, усложняют процесс лечения, поскольку такие пациенты проводят, в среднем, на 3,4 года больше по времени (более, чем на 30% дольше) в лечении, чем люди с другими типами ОКР (Grant et al., 2006). Но из-за того, что сексуальные obsessions при ОКР часто неправильно диагностируются, многие из них вообще никогда не попадают на лечение. Таким образом, число людей с сексуальными obsessions при ОКР, вероятно, намного выше, чем было обнаружено в полевом исследовании DSM-IV, выполненном 20 лет назад, или даже в более позднем исследовании Grant и его коллег. Стыд и смущение мешают многим пациентам рассказать кому-либо о своих пугающих сексуальных переживаниях, даже пациентам, которые могут лечиться от других форм ОКР (Newth & Rachman, 2001). Большинство людей с ОКР испытывают беспокойство в более, чем одной области, и неспособность нацелиться на все области симптомов может способствовать неудаче лечения или рецидиву (Gillihan, Williams, Malcoun, Yadin, & Foa, 2012; Ruscio et al., 2010).

Зачем ещё одно руководство по ОКР

Существующий в настоящее время набор доступных учебных материалов не слишком помогает клиницистам, которые хотят лучше понять клиентов с сексуальными навязчивыми идеями. Хотя мы написали научные статьи об этом типе ОКР, они недоступны для большинства психологов, которые не имеют доступа к академическим базам данных. Выбор популярных руководств по лечению также не очень помогает. Наше собственное расследование этого вопроса показало, что ни в одном из самых известных руководств по лечению ОКР не описано, как лечить сексуальные навязчивые идеи, и только в одном из них была лишь одна страница, посвящённая этой области. Точно так же мы обнаружили, что большинство книг по самопомощи при ОКР полностью опускают эту тему.

Те из нас, кто имеет многолетний опыт лечения ОКР, могут легко использовать общие принципы КПП для разработки эффективного плана лечения практически для любого проявления симптомов, включая С-ОКР. Но для большинства клиницистов, которые не делают этого каждый день, может быть трудно превратить абстрактные принципы в действие. С помощью существующих руководств можно попытаться взять за образец пример экспозиционной иерархии, написанный для человека, который смертельно боится получить рак, связанный с асбестом, и попытаться его применить для пациента, опасющегося того, что будет приставать к своей четырёхлетней дочери. Даже примеры того, как лечить насильственные или религиозные формы ОКР (которые также редки), вероятно, мало помогут среднему терапевту, лечащему клиента со страхами о сексуальной ориентации. Терапевты могут бороться с незнанием того, что делать или как это делать. К нам часто обращаются врачи, столкнувшиеся со своим первым клиентом с сексуальными навязчивыми идеями. Неизбежно и клиент, и терапевт напуганы и сбиты с толку, а сексуальный аспект проблемы делает терапевтов ещё более неуверенными. Наши студенты-практиканты регулярно сталкиваются со скептицизмом и насмешками со стороны своих коллег-студентов-терапевтов, когда они описывают лечение своих случаев С-ОКР на занятиях с руководителями в университете. Лечение С-ОКР требует мужества и убеждённости терапевта перед лицом неправильного понимания и недостаточной осведомлённости.

Общие вопросы, задаваемые студентами, терапевтами и другими людьми:

- Как я узнаю, что это ОКР?
- Что если у клиента в действительности парафилия?
- Следует ли поощрять клиентов к изучению альтернативного сексуального опыта?
- Где проходит грань между самоутверждением и психообразованием?
- Как далеко можно зайти, когда речь касается сексуально возбуждающих экспозиций?
- Как можно отличить тревогу от сексуального возбуждения?
- Что делать, если пациент становится сексуально возбуждённым во время экспозиции?

- Как вы справляетесь с ментальными компульсиями?
- Насколько явными должны быть образные экспозиции?
- Что должен знать партнёр клиента?
- Как клиент и его партнёр должны бороться со стигматизацией, связанной с сексуальными навязчивыми идеями?

Особые характеристики

Ответов на эти вопросы нет ни в одном из предыдущих руководств по лечению, поэтому мы и написали эту книгу. Мы берём лучшие стратегии КПТ для лечения ОКР и показываем, как применять их к клиентам с С-ОКР. Это включает в себя научно проверенные методы, типа экспозиции и предотвращения ритуала/реакции (Ех/РР), когнитивной терапии (КТ), а также протоколы терапии принятия и ответственности (ТПО) (например, основанные на ценностях экспозиционные иерархии и экспозиции альтернативного расцепления), а кроме этого, полезные *mindfulness* стратегии (стратегии осознанности). Настоящее руководство содержит прямые, письменные пошаговые инструкции для терапевтов, а также учебные раздаточные материалы и диаграммы для клиентов, способствующие обучению. Мы также включаем многочисленные предложения по экспозиции, которые мы использовали с реальными клиентами, что помогает обеспечить отправную точку для врачей при решении проблемы навязчивых страхов.

Мы понимаем, что наши клиенты живут в обстановке, которая включает в себя членов семьи и/или других важных для них людей, которые могут быть неприятно затронуты симптомами их расстройства. Сексуальные навязчивые идеи создают уникальный набор проблем для романтических партнёров, которые вынуждены изо всех сил пытаться понять и справиться с чувствами отвержения, страха и разочарования. Партнёры могут невольно поддерживать симптомы клиента, участвуя в ритуалах или обеспечивая избыточное заверение. Недавно мы завершили исследование супружеских пар с ОКР и нашли новые техники помощи парам, страдающим от этого расстройства (Tellawi et al., 2014; Tellawi, Viscusi, Miller, Williams, & Chasson, 2015). Сексуальные навязчивые идеи также могут быть стигматизирующими факторами для клиентов и членов их семей. Наша работа показала, что даже хорошо образованные студенты-психологи и практикующие

терапевты имеют стигматизирующее отношение к сексуальным навязчивостям по сравнению с другими типами ОКР (Cathey & Wetterneck, 2013; Steinberg & Wetterneck, 2017). Таким образом, эта форма ОКР требует более высокого уровня обучения для терапевтов и особой чувствительности при работе с пострадавшими семьями и другими значимыми для клиентов людьми.

Заключение

Эта книга предназначена для того, чтобы снабдить клинических психологов инструментами, необходимыми для успешной помощи клиентам, страдающим от нежелательных, навязчивых мыслей сексуального характера. В первой главе даётся объяснение того, как сексуальные навязчивости вписываются в наше понимание ОКР, описываются наиболее распространённые типы сексуальных obsessions и развеиваются мифы о клиентах с сексуальными навязчивыми идеями. Вторая глава содержит инструкции о том, как диагностировать ОКР у клиентов, сообщающих о сексуальных навязчивостях, рекомендации по мерам, которые следует применять во время оценки, и обсуждение дифференциальных диагнозов. Глава 3 представляет собой пошаговое руководство, описывающее, как обеспечить лечение, используя комбинацию Eх/РР, КТ и более новых методов КПТ. В главе 4 описываются новые методы решения проблемы С-ОКР с использованием метода расщепления когнитивных семантических ассоциаций. В главах 5 и 6 представлены подробные примеры подходов к лечению педофилического ОКР и ОКР сексуальной ориентации. Глава 7 посвящена проблемам взаимоотношений, которые обычно возникают в результате С-ОКР, и стратегиям, которые терапевты могут использовать для решения этих проблем. Последняя глава посвящена устранению распространённых проблем при лечении С-ОКР. Также включены приложения с раздаточными материалами для клиентов, валидированные тесты и оценки, а также другие полезные материалы для терапевтов.

Мы используем это руководство также для обучения наших собственных слушателей, включая аспирантов, и оно является полезным дополнением к курсам КПТ. Мы искренне надеемся, что вы найдёте этот материал полезным в своей клинической практике при работе с клиентами с С-ОКР.

Глава 1.

Понимание сексуальных obsessions

Об obsessивно-компульсивном расстройстве

Когда большинство людей задумываются об obsessивно-компульсивном расстройстве (ОКР), они представляют себе человека, боящегося микробов, человека, тщательно поправляющего кривую рамку картины, или человека, который расставляет коллекцию обуви по цвету в болезненно хорошо организованном шкафу. Мы склонны смеяться над этими образами в средствах массовой информации, но как психологи мы знаем, что ОКР - это гораздо больше, чем причудливая черта характера. На самом деле, ОКР может быть довольно серьёзным, и большинство людей с этим расстройством не смеются над ним. ОКР является крайне инвалидирующим нарушением, и около двух третей людей с этим расстройством страдают почти во всех основных сферах жизни, включая семейную жизнь, социальную жизнь, работу или учёбу, а также интимные отношения (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler 2010; Wetterneck, Knott, Kinnear, & Storch, 2017). Люди с ОКР имеют почти вчетверо больший уровень безработицы среди населения в целом из-за инвалидирующего характера симптомов (Koran, Thienemann, & Davenport, 1996). На самом деле ОКР считается одной из ведущих причин нетрудоспособности во всём мире, причём глобальное воздействие сравнимо с воздействием шизофрении (Ayuso-Mateos, 2006; Zohar, Fostick, Black, & Lopez-Ibor, 2007).

Почти все люди с ОКР также имеют другие диагностируемые психические расстройства: 40% страдают от серьёзного депрессивного расстройства, 76% - от тревожного расстройства или посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), 56% - от расстройства контроля импульсов и 39% - от расстройства употребления веществ (Ruscio et al., 2010). Эти дополнительные диагнозы могут осложнить лечение, если их также не лечить. Средний возраст начала заболевания составляет 19,5 лет, и оно часто встречается в детском возрасте, особенно у мужчин (Fogel, 2003; Руско и др., 2010). Но даже среди тех, у кого развивается ОКР во взрослом возрасте, большинство может вспомнить наличие некоторых симптомов в детстве. ОКР определяется наличием навязчивых идей (obsessions) и навязчивых действий (compulsions). Согласно пятому изданию

Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), **обсессиями** являются:

повторяющиеся и непрекращающиеся мысли, побуждения или образы, которые переживаются, в какой-то момент во время беспокойства, как навязчивые и нежелательные, и которые у большинства людей вызывают выраженную тревогу или стресс; индивид пытается игнорировать или подавлять такие мысли, побуждения или образы, или нейтрализовывать их с помощью какой-то другой мысли или действия. (стр. 237)

Компульсии определяются как

повторяющееся поведение или ментальные действия, которые индивид чувствует себя вынужденным совершать в ответ на обессию или в соответствии с правилами, которые должны быть жёстко применены; поведение или ментальные действия направлены на предотвращение или уменьшение тревоги или стресса, или предотвращение какого-либо страшного события или ситуации; однако эти поведения или ментальные действия не связаны реалистичным образом с тем, что они призваны нейтрализовать или предотвращать, или явно чрезмерны. (стр. 237) Кроме того, симптомы «отнимают много времени (например, занимают более 1 часа в день) или вызывают клинически значимые расстройства или нарушения» в важной области функционирования (стр. 237).

Для диагностики ОКР симптомы не должны «приписываться физиологическим эффектам принятого вещества или другого медицинского состояния» и «не должны лучше объясняться симптомами другого психического расстройства» (APA, 2013, p. 237). Однако стоит отметить, что некоторые случаи ОКР, особенно у детей, обусловлены аутоиммунным ответом, обычно вызванным стрептококковой инфекцией горла (педиатрический острый нейропсихиатрический синдром, он же PANS [Swedo, Leckman, & Rose, 2012] или педиатрические аутоиммунные нейропсихиатрические расстройства, связанные со стрептококковыми инфекциями, они же PANDAS [Murphy, Storch, Lewin, Edge, & Goodman, 2012]).

Конкретные диагностические критерии ОКР изменились относительно незначительно по сравнению с четвёртым,

пересмотренным изданием Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV-TR), дополненным до DSM-5.

- Слово *импульс*, которое ранее использовалось при описании obsессий, было заменено словом *побуждение*.
- Слово «*неуместный*», используемое для описания навязчивых мыслей, было заменено словом «*нежелательный*» (Abramowitz & Jacoby, 2014).
- Требование, чтобы пациенты признавали свои obsессии и компульсии бессмысленными и чрезмерными, было снято.
- Спецификатор в DSM-5 теперь включает три варианта, которые являются «хорошим или справедливым пониманием», «плохим пониманием» и «отсутствующим пониманием/бредовыми убеждениями». Это было сделано для улучшения дифференциальной диагностики, поскольку люди с ОКР имеют широкий спектр представлений о бессмысленности своих симптомов (Foa et al., 1995). Таким образом, люди с ОКР могут быть полностью лишены понимания происходящего, не будучи психопатами.

Самое заметное изменение заключается в том, что ОКР больше не классифицируется как тревожное расстройство. **В настоящее время оно включено в новую категорию под названием «Obsессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства».** Это изменение было сделано главным образом для группирования расстройств, характеризующихся навязчивыми мыслями и/или повторяющимся поведением, поскольку всё больше доказательств того, что эти расстройства каким-то образом связаны (APA, 2013). Однако эта перегруппировка не является бесспорной (Abramowitz & Jacoby, 2014), поскольку некоторые obsессивно-компульсивные расстройства могут лучше вписываться в другие категории (например, расстройства контроля импульсивности), а некоторые расстройства, наиболее похожие на ОКР, были полностью исключены из этого нового раздела (например, тревога по поводу болезни/здоровья).

Хотя люди с ОКР и без него испытывают нежелательные сексуальные мысли (Smith, Wetterneck, & Harpster, 2011), они, похоже, застревают на подмножестве этих нежелательных мыслей и придают им слишком большое значение (Rachman, 1997). Затем эти

нежелательные мысли превращаются в obsессии, требующие действия для достижения облегчения. Любые действия, выполняемые для облегчения obsессии, считаются *ритуалами* или *компульсиями*, хотя избегание также является распространённой реакцией. Если рассматривать симптомы с точки зрения поведения, то компульсии обеспечивают отрицательное подкрепление, принося временное облегчение через выполнение компульсий (Franklin & Foa, 2011; Mower, 1939, 1960). Таким образом, в то время как компульсии могут первоначально ослабить тревогу, вызванную obsессиями, они фактически усиливают данное поведение, так что вероятность более компульсивного поведения в ответ на obsессии возрастает. Продолжающееся использование компульсий для снижения тревожности, связанной с ОКР, создаёт усиленную поведенческую реакцию, которая становится всё более укоренившейся, которой трудно сопротивляться, что приводит к ещё большим нарушениям. Таким образом, obsессии и компульсии функционально взаимосвязаны.

Как и его предшественник, DSM-5 позволяет диагностировать наличие либо obsессий, либо компульсий, но существует некоторое научное разногласие относительно того, можно ли иметь obsессии без компульсий (иногда их называют «чисто навязчивыми» или «чисто-О»; Williams, Crozier, & Powers, 2011). Исследования и клинические наблюдения показывают, что практически все пациенты с ОКР имеют как навязчивые идеи, так и компульсии (например, Leonard & Riemann, 2012), хотя компульсии без явных навязчивых идей иногда наблюдаются у детей и у тех, кто испытывает потребность в том, чтобы всё было «просто правильно».

Разновидности ОКР

ОКР бывает разным, и поэтому проявление симптомов у каждого человека может быть различным, и эти проявления могут меняться с течением времени. Тем не менее, десятилетия исследований, похоже, указывают на четыре специфических аспекта симптомов, которые описывают большинство страдающих ОКР.

К ним относятся:

- a) obsессии загрязнения с компульсиями стирки/чистки,
- b) obsессии симметрии с компульсиями упорядочения,

- с) obsessions сомнения с compulsиями повторной проверки,
- д) неприемлемые/табуированные мысли с ментальными/скрытыми compulsиями и поиском заверений (Williams, Mugno et al., 2013).

Люди с ОКР могут испытывать беспокойство в одной или всех этих областях, хотя в нашем клиническом опыте большинство людей имеют одну большую область беспокойства с меньшими беспокойствами в одной или двух других областях. Из-за широкого спектра симптомов ОКР неправильно диагностируется как в кабинетах врачей, так и среди специалистов в области психического здоровья (Glazier, Calixte, Rothschild, & Pinto, 2013; Sussman, 2003); таким образом, хорошее понимание проявлений ОКР жизненно важно для всех клиницистов, чтобы обеспечить правильный диагноз. Здесь мы кратко опишем каждую группу симптомов.

Страхи загрязнения и ритуалы очищения

Хотя это одна из наиболее широко изученных форм проявления (Ball, Baer, & Otto, 1996) и наиболее часто ассоциируемая с ОКР в популярной прессе, страх загрязнения может быть причиной лишь четверти навязчивых страхов среди людей с ОКР в совокупной популяции (Ruscio et al., 2010). Тем не менее, такие проблемы широко распространены среди больных ОКР во всём мире (Williams & Steever, 2015). Страх загрязнения обычно включает в себя чрезмерное беспокойство по поводу угрозы болезни или недуга, трудности с переносимостью ощущения физической нечистоты или даже ощущение того, что человек каким-то образом загрязнён психически (Rachman, 2004). Опасающиеся загрязнения не ограничиваются грязью и микробами, а могут включать в свои страхи такие вещи, как кровь, бытовые химикаты и липкие вещества, или их остатки, а также людей, которые кажутся им нечистыми или неряшливыми, а также различных насекомых или животных. Люди могут беспокоиться о том, что если они будут загрязнены, то это каким-то образом причинит им вред, или они распространят грязь, что приведёт к тому, что они будут нести ответственность за вред другим людям, или к сочетанию этих моментов.

Желая свести к минимуму воздействие загрязнения, люди с этим типом ОКР могут пойти на многое, чтобы избежать мест и ситуаций, которые могут подвергнуть их опасному загрязнению (например, общественные туалеты, переполненные торговые центры и т. д.), и/или

могут участвовать в бесчисленных защитных ритуалах. Такие ритуалы могут включать в себя дезинфекцию и стерилизацию, выбрасывание «загрязнённых» предметов, частую смену одежды и обозначение «чистых» мест в доме, недоступных для других. Однако если загрязнений не удаётся избежать, люди часто прибегают к чрезмерному мытью рук, принятию душа или уборке дома в попытке обеззаразить себя и свои вещи. Среди людей с этой формой ОКР контакт с опасным загрязнителем часто приводит к чувству страха или отвращения, а в некоторых случаях может вызвать чувство ответственности за распространение опасного загрязнения на других людей, таких как дети или домашние животные (Williams, Mugno et al., 2013).

Продолжающееся сомнение и компульсивные ритуалы проверки

Направление симптомов ОКР, которое мы называем «сомнением по поводу нанесения вреда/проверка», также было названо «страхом нанесения вреда» или «чрезмерной реактивностью из-за нанесения вреда». Люди, чьи основные наваждения попадают в эту категорию, как правило, испытывают страхи, связанные с непреднамеренным причинением вреда себе или кому-то другому из-за невнимательности или небрежности. Например, два наиболее распространённых страха по поводу нанесения вреда включают в себя страх наезда на пешехода во время движения и страх забыть выключить плиту перед выходом из дома, что может привести к случайной смерти близкого человека в результате пожара. Этот страх вреда и повышенное чувство ответственности часто сопровождаются крайними чувствами сомнения, страха или неуверенности. Повторяющиеся проверочные действия используются для нейтрализации этих чувств, пытаясь предотвратить воспринимаемое опасное последствие; таким образом, люди, участвующие в этих действиях, часто называются «проверяльщиками» (притом, что большинство людей с ОКР исполняют ту или иную форму проверочного поведения). В дополнение к проверке люди со страхом причинить вред часто сообщают о других ритуалах, которые могут иметь «магическое» качество. Это, например, повторение «безопасных» слов, фраз или молитв, счёт числовых величин или использование/неиспользование определённых слов или фраз.

Люди с этой формой ОКР склонны сомневаться в своих собственных воспоминаниях о прошлых действиях. Поэтому было

проведено несколько исследований идеи о том, что люди, которые сомневаются и постоянно проверяют себя, могут иметь некоторый фактический дефицит памяти. Другие исследования показали, что клиенты с ОКР, которые компульсивно проверяют всё и вся, менее уверены в своей памяти и хуже справляются с определёнными типами задач на память (например, Woods, Vevea, Chambless, & Bayen, 2002). Не совсем ясно, является ли это реальным нейропсихологическим дефицитом или просто результатом высокой тревожности. Однако, исследования показывают, что у людей с ОКР повторная проверка приводит к естественному снижению уверенности в памяти, которая затем ухудшается повышенным восприятием ответственности за потенциальный вред себе или окружающим (Boschen & Vuksanovic, 2007).

Наконец, исследования также предполагают связь между проверяющим подтипом ОКР и переживанием травматических жизненных событий. Например, исследователи обнаружили значительную положительную связь между переживанием травмы и величиной сомнения по поводу симптоматики, связанной с нанесением вреда/проверкой, и симптомов симметрии/упорядоченности, даже после контроля возраста, возраста начала ОКР и состояния психического здоровья (Cromer, Schmidt, & Murphy, 2007). Нередко у людей симптомы ОКР и ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) переплетаются. Например, кто-то, кто пережил сексуальное насилие, может неоднократно проверять дверные замки на безопасность. Напротив, не было обнаружено никакой ассоциативной связи между переживанием травматических жизненных событий с областью симптомов загрязнения/очистки или с накопительством.

Obsессии по поводу симметрии и ритуалы упорядочения

Перфекционизм - это распространённый симптом клиентов с ОКР, когда они озабочены порядком, симметрией и точностью. Чтобы уменьшить тревожность, эти люди склонны участвовать в компульсивном поведении, которое включает повторяющееся упорядочивание, организацию или выстраивание объектов до тех пор, пока не будут выполнены определённые субъективные условия. Например, они могут испытывать сильный дискомфорт, если предметы на их столе не расположены симметрично или на определённом расстоянии друг от друга. Было высказано предположение, что общей

темой в категории симметрии и упорядоченности является чувство «неполноты», которое также ассоциируется с компульсивной медлительностью (Summerfeldt, 2004). Люди с этим типом ОКР могут также заниматься постукиванием и прикосновением или бояться сказать не совсем то, что нужно. Такое поведение иногда сопровождается магическим мышлением — то есть верой в то, что мысль может привести к тому, что событие произойдёт или не произойдёт (например, «если я не выровняю столовое серебро правильно, то мой муж может попасть в автомобильную аварию и умереть по дороге домой с работы»). Хотя существует также большая группа людей, которые не сообщают о необычных верованиях такого рода (Calamari et al., 2006; Taylor et al., 2006).

По сравнению с теми, кто имеет другие подвиды ОКР, люди с симптомами симметрии и упорядоченности гораздо чаще также испытывают диссоциативные симптомы (Grabe et al., 1999). Те, кто страдает компульсией симметрии, также чаще имеют сопутствующие тиковые расстройства, являются мужчинами и имеют более ранний возраст начала заболевания (Hasler et al., 2005; Leckman et al., 1995; Mataix-Cols et al., 1999). Для большинства людей естественно чувствовать себя более комфортно и менее тревожно в упорядоченной обстановке. Таким образом, возможно, что компульсия по упорядочению вещей основана на адаптивном желании упорядоченности. Однако, эта потребность в порядке доводится до крайности у пациентов с этой конкретной формой ОКР. Следует также отметить, что в то время как люди с ОКР, по-видимому, подвергаются более высокому риску развития обсессивно-компульсивного расстройства личности, чем люди в общей популяции (с частотой от 23% до 32% в выборках людей с ОКР против 1% до 3% в выборках из общей популяции; Albert, Maina, Forner, & Bogetto, 2004; Garyfallos et al., 2010; Samuels et al., 2002), есть некоторые доказательства того, что люди с обсессиями симметрии и компульсиями упорядочения имеют самый высокий риск этого (Eisen et al., 2006).

Ещё одно открытие, которое, по-видимому, является уникальным для симптоматики симметрии/упорядоченности, касается самоубийства. Одно крупное исследование клиентов, за которыми наблюдали после прохождения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), показало, что люди с симптомами симметрии/упорядоченности чаще пытались или заканчивали жизнь самоубийством в течение шести лет после лечения,

чем люди с другими симптомами. Эти пациенты также были более склонны к благоприятному ответу на лечение изначально, только чтобы рецидивировать в более поздний момент (Alonso et al., 2010). Другие исследования показали, что симптомы упорядочения имеют наиболее устойчивую связь с гневом, включая выражение гнева по отношению к другим людям, сдерживание или подавление гнева и трудности с контролем гневных чувств (Tellawi et al., 2016; Whiteside & Abramowitz, 2005). Вполне возможно, что именно гнев определяет взаимосвязь между симптомами упорядоченности и повышенным риском самоубийства. С другой стороны, как отмечалось ранее, переживание травматических жизненных событий может также стимулировать эту связь, учитывая связь между симптомами симметрии/упорядоченности и травмой (Cromer, Schmidt, & Murphy, 2007). Принимая всё это во внимание, рекомендуется, чтобы психологи, лечащие пациентов с симметрией и упорядоченностью, оценивали прошлую травму, контролировали и устраняли чувства гнева во время лечения, а также внимательно следили за суицидальными мыслями (Williams, Mugno et al., 2013).

Неприемлемые/запретные мысли и ментальные ритуалы

Симптоматика неприемлемых/запретных мыслей включает нежелательные obsессии, которые часто носят религиозный, насильственный или сексуальный характер. Традиционно людей из этой группы называли «чисто obsессиональными» из-за отсутствия у них наблюдаемого компульсивного поведения (например, Baer, 1994). Однако теперь очевидно, что эти люди действительно используют ритуализированное поведение, но эти ритуалы носят преимущественно ментальный характер (например, молитва, мысленный подсчёт и т. д.) или поведение, в основном скрытое (например, поиск заверений; Williams et al., 2011). Эта симптоматика включает людей, чьи obsессии часто проявляются как навязчивые, нежелательные мысли, побуждения или ментальные образы совершения действий, которые серьёзно нарушают их личную мораль или ценности. Примеры включают в себя мысли о сексуальном растлении детей, богохульные мысли о религиозных деятелях и переживание внезапных побуждений или импульсов осуществлять действия насильственного характера. Люди с чрезмерной озабоченностью по поводу здоровья также часто представлены в этой категории (Williams, Farris et al., 2014). Хотя

насилие часто является важной темой в этой конкретной категории, те, у кого есть эти мысли, обычно не имеют истории, где присутствует насилие, и они не действуют согласно своим Obsessions. Однако, поскольку такие люди считают свои ОКР-мысли опасными и чрезмерно важными (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003), они прикладывают много умственных усилий, пытаясь подавить эти мысли. Парадоксально, но попытки подавления мыслей имеют нежелательный эффект, фактически усиливая тревогу и закрепляя симптомы. То есть целенаправленная попытка не думать о чём-то конкретном часто приводит к обратному эффекту, делая мысль более вероятной для возвращения (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987).

Другие способы, которыми люди с этой формой ОКР обычно пытаются контролировать эти мысли, включают ментальную ритуализацию (например, спор с самим собой о нравственности своего характера), нейтрализацию (например, мысленное «аннулирование» плохих мыслей путём замены их хорошими мыслями или чрезмерной молитвы или исповеди), выполнение некоторой формы ментальной проверки (например, пересмотр своего поведения) и/или поиск заверений у других. Избегание известных триггеров также особенно распространено в этой группе. Например, страдающие могут искать оправдания, чтобы избежать обязанностей по уходу за детьми или религиозных церемоний. Некоторые исследования показывают, что люди с неприемлемыми мыслями могут страдать от более тяжёлых навязчивых идей, чем люди с другими формами ОКР (Alonso et al., 2001). Например, в одном из наших собственных исследований мы обнаружили, что пациенты с Obsessions о своей сексуальной ориентации были гораздо более расстроены, чем пациенты с другими проблемами ОКР, и они сообщали о большем вмешательстве в их жизнь симптомов (Williams & Farris, 2011).

Один из наших клиентов написал следующее:

Я 37-летняя женщина, у которой было ОКР по поводу того, что я лесбиянка, с тех пор как мне исполнилось два года. Я уже проходила КПТ и раньше, но лечение только ухудшило мое состояние. В настоящее время я тоже принимаю лекарства. Я встречалась только с мужчинами и хочу быть гетеросексуалкой. Я хорошо справлялась с ОКР до прошлого ноября, когда мне приснился сон, в котором я спросила фигуру из сна: «Я лесбиянка?», и образ сказал: «Да, ты

отрицала это, но ты просто была слишком напугана, чтобы признать это!» Этот сон так напугал меня, что месяц назад я попыталась покончить с собой. Я так боюсь, что это окончательное доказательство того, что моё подсознание говорит, что я лесбиянка, и что это должно быть правдой. Я понимаю, что сны сексуального содержания являются символическими и не означают того, что они показывают. Однако мой сон не был символическим с сексуальным содержанием, а он прямо сказал, что я была отрицающей себя лесбиянкой. Я ужасно беспокоюсь, что это может быть не ОКР.

Сексуальные симптомы при ОКР находятся в центре внимания данного руководства по лечению и большинство клиентов с сексуальным ОКР (С-ОКР) будут иметь первичные симптомы, которые попадают в категорию неприемлемых/запретных мыслей. Однако сексуальные симптомы могут быть связаны и с другими категориями (например, стремления загрязнения/чистоты), и большинство клиентов будут иметь некоторые симптомы ОКР, по крайней мере, в одной другой области. Будет важно понять и устранить все симптомы ОКР в процессе лечения, чтобы предотвратить переход симптомов в другую область, как только С-ОКР будет под контролем.

О сексуальном ОКР

Хотя многие пациенты с ОКР сообщают о сексуальных навязчивостях как о своём основном симптоме, сексуально тематическое ОКР остаётся недоизученным и неправильно понимаемым. Сексуальные obsессии могут включать страхи по поводу совершения нежелательных половых актов, наличия нежелательных сексуальных ментальных образов, переживания изменения сексуальной ориентации, сексуального контакта с ребёнком, сексуальных мыслей о религиозных деятелях или несогласованных с религиозными/моральными ценностями, сексуальной агрессии, а также страхи забеременеть или оплодотворить других маловероятными способами.

В одном исследовании сексуальных симптомов у пациентов с ОКР, обращающихся за лечением, из выборки 296 взрослых, исследователи обнаружили текущие или прошлые сексуальные obsессии у четверти пациентов (Grant et al., 2006). Пациенты с сексуальными obsессиями были в среднем старше 38 лет и включали

мужчин и женщин примерно поровну, что не сильно отличалось от пациентов без сексуальных симптомов. Более 80% имели дополнительный диагноз, связанный с психическим здоровьем, и каждый пятый был инвалидом из-за своих симптомов ОКР. Оба вида пациентов - как с сексуальными симптомами, так и без них - имели умеренный уровень тяжести ОКР, однако, те, у кого были сексуальные симптомы, имели несколько более высокий уровень тяжести. Между группами не было различий в степени понимания симптомов ОКР, что указывает на то, что люди с С-ОКР были так же хорошо осведомлены о бессмысленности своих симптомов, как и люди с другими формами расстройства. Другими словами, сексуальные obsessions при ОКР оказываются довольно распространёнными, причём более поздние исследования обнаруживают С-ОКР в большем количестве, чем считалось ранее. Кроме того, такие симптомы кажутся исключительно неприятными.

Вот пример С-ОКР: 38-летняя женщина пришла в одну из амбулаторий авторов за помощью из-за тревожных мыслей о том, что произошло год назад. Мы будем звать её Линда. Она родилась и выросла в Индиане, а её муж был иммигрантом из Восточной Азии. Они оба были набожными католиками и жили в престижном районе. Она была домохозяйкой и обучала на дому своих пятерых детей, в то время как он работал в рекламе. Однажды вечером, когда он допоздна работал, она лежала в постели и читала, а её младший ребёнок, которому было три года, заснул на другом конце кровати. Чувствуя себя немного одиноко, скучая по мужу, она решила помастурбировать перед тем, как заснуть сама. Она почти не думала об этом событии в течение нескольких месяцев, пока однажды не прочитала религиозный текст, в котором говорилось, что мастурбация - это грех и извращение. Это заставило её задуматься об этом переживании, и она тут же почувствовала угрызения совести. Она задумалась, не означает ли это, что у неё есть извращённые наклонности, и не было ли это вдвойне так, поскольку её маленький ребёнок был в постели с ней. Она напонила себе, что её дочь спала и не могла знать, что произошло, и на неё это никак не повлияло, но мучительное сомнение не проходило. Она решила больше никогда не мастурбировать и провела много времени, молясь о случившемся и прося у Бога прощения. Она поделилась своими страхами с мужем, который быстро отмахнулся от её опасений и посоветовал ей перестать волноваться. Время шло, беспокойство

росло, и она начала задаваться вопросом, не возбуждалась ли она сексуально от своего ребёнка, что, как она предполагала, сделает её извращенкой. Затем она задумалась, не совершила ли она на самом деле что-то противозаконное и не следует ли ей обратиться в полицию. Она представляла себе, что её посадят в тюрьму, а потом она столкнётся с презрением и отвержением со стороны своей семьи, церкви и даже Бога. Эти мысли толкали её по спирали депрессии, и иногда она была так печальна, что почти не могла разговаривать с мужем или детьми.

Учитывая влияние такого типа мыслей на страдающего, неудивительно, что частота клинической депрессии значительно выше среди клиентов с сексуальными навязчивыми идеями по сравнению с другими проблемами при ОКР (Dell'Osso et al., 2012; Grant et al., 2006). На самом деле, предварительный анализ, проведённый нами с данными группы пациентов с ОКР в реабилитационном центре, показал сходную картину в большей степени присутствия суицидальных мыслей (Osegueda, Wetterneck, Williams, Hart, & Bjorgvinsson, 2013), хотя и не было никаких существенных различий в степени тяжести ОКР. Те, у кого были сексуальные obsессии, набрали значительно больше баллов — почти в два раза больше по показателю суицидальности по сравнению с теми, у кого не было сексуальных obsессий. Мы думаем, что это происходит из-за стигматизирующего характера таких мыслей, приводящих к ещё большему страданию, отчаянию и ещё большей депрессии.

С-ОКР поражает людей всех возрастов и может даже поражать детей. Раньше считалось, что С-ОКР у детей встречается редко, но более вероятно, что С-ОКР было у детей упущено, потому что сексуальные симптомы были ошибочно диагностированы как другие проблемы. В Центре лечения ОКР в Лондоне было обнаружено, что четверть их пациентов-детей испытывают нежелательные, сексуальные навязчивые идеи (de la Cruz et al., 2013). Эти дети также страдали от большей депрессии, чем другие дети с ОКР, и им было всего восемь лет.

В случае с Линдой у одной из её дочерей позже появились признаки С-ОКР. Это было вызвано тем, что она случайно столкнулась с сексуально провокационной рекламой в Интернете, которая проскользнула мимо строгих границ родительского контроля, установленных на её планшете. Линда очень расстроилась, когда узнала о случившемся. Она винила во всём себя, стала слишком придирчивой к

использованию компьютера своей дочерью и даже иногда задавалась вопросом, может ли её дочь стать опасной для других детей в доме. Хорошей новостью является то, что такие дети не представляют никакого риска для других (de la Cruz et al., 2013). Кроме того, результаты лондонского исследования показали, что лечение было одинаково эффективным для детей с С-ОКР и без него.

Когда у детей присутствует С-ОКР, взрослые часто подозревают, что симптомы являются признаком сексуального насилия. В литературе есть примеры того, что С-ОКР в одних случаях связано со злоупотреблением, а в других - нет. Поэтому при оценке С-ОКР у ребёнка целесообразно учитывать сексуальное насилие, имея в виду, что чрезмерные расспросы могут быть излишними или даже вредными (de la Cruz et al., 2013). В случае с дочерью Линды часть вмешательства включала в себя сопротивление желанию продолжать обсуждать то, что произошло, поскольку повторные расспросы Линды о её дочери только усиливали навязчивую тревогу как у матери, так и у дочери.

Сексуальные обсессии среди этнических групп, рас и культур

С-ОКР в этнических и расовых меньшинствах

Этнические меньшинства в Соединённых Штатах, как правило, настороженно относятся к традиционному Западнему психическому здравоохранению, отчасти из-за культурного недоверия, опасений дискриминации и опасений, что культура и ценности их групп не будут оценены по достоинству. Широко распространённые негативные стереотипы способствуют возникновению чувства стигматизации и стыда у многих представителей меньшинств. Например, по отношению к афроамериканцам негативные стереотипы включают в себя лень, бедность, неинтеллигентность и, в частности, сексуальную хищность или девиантность (Williams, Gooden, & Davis, 2012). В одном исследовании ОКР, которое мы провели, мы обнаружили, что по крайней мере 17% афроамериканцев испытывали сексуальные навязчивые идеи либо в настоящее время, либо в прошлом (Williams, Elstein et al., 2012), но афроамериканцы с ОКР могут неохотно раскрывать сексуальные навязчивые идеи, опасаясь подтверждения стереотипов о том, что они сексуально девиантны.

Safer, Bullock, and Safer (2016) сообщили об интересном случае 20-летнего афро-американского студента с обсессивно-компульсивным

расстройством и половой идентичностью, характеризующейся влечением к представителям своего пола. Он подал заявление на оценку для операции по хирургической смене пола из-за серьёзных, вызывающих тревогу сомнений в его гендерной идентичности. Его беспокойство резко усилилось после употребления марихуаны, и в этот момент он начал сомневаться, счастлив ли он быть мужчиной. В частности, он страдал от парализующей навязчивой идеи стать трансгендером, которая вызывала у него ужасные страдания, и в результате он занимался умственными и поведенческими компульсиями, такими как «тестирование» своих реакций на определённые мысли или образы и поиском заверений. Он также испытывал проблемы в школе, депрессию и мимолетные суицидальные мысли. Возможно, будет интересно рассмотреть возможные причины, по которым он испытал эту ранее недокументированную форму ОКР именно в это время. Симптомы ОКР часто фокусируются на том, что наиболее важно для тех, кто страдает и сексуальная идентичность, как правило, особенно заметна для подростков и молодых взрослых из-за их стадии развития. Учитывая большую осведомлённость о трансгендерных проблемах из-за большей представленности трансгендеров в средствах массовой информации (например, бывшая олимпийская спортсменка, ныне известная как Кейтлин Дженнер), следует ожидать, что мы увидим больше вопросов и беспокойства по поводу гендерной дисфории среди молодых людей, склонных к ОКР. Кроме того, необходимо также учитывать роль культурных вопросов в данном случае. В афроамериканском сообществе существует большая стигматизация ЛГБТК¹-идентичности и трансгендерные

¹ Так как термин **LGBT** (лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры) не охватывает всё сообщество, борющееся за права, позже было предложено много альтернатив, включающих большее количество групп. Например, **LGBTQQIAAP** включает себя лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров, транссексуалов, квир-людей, людей с неопределённой идентичностью (от англ. «questioning»), интерсексуалов, асексуалов, союзников (гетеросексуальных людей, поддерживающих движение) и пансексуалов. Чтобы было проще и понятней, иногда используются аббревиатуры **LGBT+** или **LGBT***. Аббревиатура **LGBTQ** (лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, квир-люди) распространена так же, как и **LGBT**. При этом последняя по сей день остаётся наиболее используемым термином. (Прим. переводчика).

афроамериканцы непропорционально чаще сталкиваются с дискриминацией и насилием из-за преступлений на почве ненависти, чем их трансгендерные белые коллеги. Этот пациент уже справлялся с трудностями своей интерсекциональности—имея идентичность ЛГБТК как чернокожего человека—и становление трансгендером было бы ещё одним огромным стигматизирующим препятствием для дальнейшего движения. Эти социальные реалии, возможно, способствовали повышенной тревожности и более навязчивым переживаниям у данного конкретного пациента (Williams & Ching, 2016).

Таким образом, лечение этнических меньшинств с С-ОКР может быть сопряжено с большими трудностями и потребует особого терпения и отзывчивости. Для психологов важно найти время, чтобы узнать о культуре и ценностях своих миноритарных клиентов. Игнорирование культурных ценностей или различий с использованием дальтонического подхода может привести к тому, что клиенты из числа меньшинств будут более неохотно раскрывать свои проблемы (Terwilliger et al., 2013). Превращение лечения в более совместный проект с миноритарными клиентами может улучшить этот процесс, предоставив клиенту больше контроля над своим выздоровлением и установив больше доверия между терапевтом и клиентом (Williams, Sawyer, Ellsworth, Singh, & Tellawi, 2017). Кроме того, в разных культурах существуют различные подходы к приемлемому сексуальному поведению. Важно понимать и проявлять уважение к этим практикам и верованиям, даже если они отличаются от основных западных практик и верований.

Лечение ОКР у этнических меньшинств обычно требует установления взаимопонимания достаточно высокой степени, оценки, признания культурных ценностей и психообразования. Традиционная западная психотерапия может не соответствовать этим идеологиям, поэтому психологам важно быть чувствительными к системе ценностей клиента из меньшинств и потенциальному негативному отношению культуры к переживанию психического расстройства и психическому здоровью в целом. В недавнем исследовании результатов лечения в крупном интернатном/интенсивном центре лечения ОКР мы обнаружили, что клиенты из этнических меньшинств нуждаются в более длительном пребывании, несмотря на то, что они поступают на лечение с той же степенью тяжести ОКР, что и их белые коллеги (Williams, Sawyer et al., 2015). Было высказано мнение, что

повышенная осведомлённость о культурно приемлемых подходах может улучшить будущие результаты лечения клиентов из этих групп. Однако терапевты должны также помнить, что этнические меньшинства не являются единой однородной группой, поэтому обобщение культурно значимых принципов может не охватывать системы ценностей всех меньшинств.

С-ОКР в кросс-культурных проявлениях

В западных культурах широко распространено мнение, что ОКР - это психическое состояние, вызванное биологическими факторами (Coles & Coleman, 2010), причём стремление к чистоте, симметрия и проверка связанных с ними симптомов быстрее распознаются как ОКР, чем сексуальные симптомы. Тем не менее, сексуальные симптомы ОКР были зарегистрированы во всём мире, в том числе в Индии, Корее, Южной Африке и Мексике (Williams & Steever, 2015). Однако, иногда эти сексуальные симптомы выглядят совсем иначе, чем то, что мы обычно видим в Соединенных Штатах.

В Индии связанное с культурой расстройство, называемое *щенячьей беременностью*, описывается как страх забеременеть собачьим эмбрионом (Chowdhury, Mukherjee, Ghosh, & Chowdhury, 2003). По иронии судьбы это состояние чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и может возникнуть после укуса собаки. Щенячья беременность была в основном зарегистрирована в сельских районах Западной Бенгалии и, как полагают, часто является вариантом ОКР. Щенячья беременность включает в себя страх внутреннего заражения (со стороны щенячьего плода), инвалидность (импотенция из-за повреждения внутренних половых органов) и даже смерть. Например, в одном случае речь шла о 27-летнем молочнике, который после того, как увидел собаку, облизывающую молочные банки, был ею укушен, когда пытался её прогнать. Испытуемый стал бояться собак, боялся, что за ним гонится собака, и проверял все молочные банки, боясь, что их облизала собака. Постепенно его obsессии собаками усилились, и он начал серьёзно сомневаться в том, что все предметы его домашнего обихода были заражены контактом с собакой. Он также испытывал навязчивые мысли, связанные со страхом перед укусами собак и избеганием мест, где мог бы увидеть собак. В конце концов он стал привязан к дому и боялся, что может умереть после болезненных родов щенков через его пенис.