КПТ при ОКР и ПТСР

Почему ритуал усиливает навязчивую мысль, почему травма ощущается как опасность сейчас и как с этим работает КПТ

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

19 глав ~49 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

Доказано исследованиями | Клинический консенсус | Со слов автора | Трактовка / спорно | Документальный факт | Не проверено

Коротко: главное

- **Навязчивые мысли бывают почти у всех.** В исследовании в 13 странах 93,6 % студентов за три месяца испытали хотя бы одну нежелательную навязчивую мысль, образ или побуждение. ОКР определяется не самой мыслью, а тем, что человек с ней делает.
- **Ритуал работает как обезболивающее, которое усиливает боль.** Проверка или мытьё снимают тревогу на минуты, но мешают узнать, что беды не случилось бы и без них. В итоге мысль приходит чаще.
- **Первый работающий метод лечения ОКР описан в 1966 году.** Виктор Мейер сталкивал двух тяжело больных пациентов с тем, чего они боялись, и не давал выполнять ритуалы. Из этого выросла экспозиция с предотвращением реакции (ERP), сегодня основа лечения ОКР.
- **В когнитивной модели Салковскиса главное — ответственность.** Мысль становится мучительной, когда человек видит в ней знак: «от меня зависит, случится ли беда».
- **КПТ при ОКР помогает сильно, но данные не безупречны.** В метаанализе 2024 года у ERP самый большой эффект среди психологических методов, но 87 % испытаний имели высокий риск систематической ошибки.
- **Травма не равна ПТСР.** По опросам ВОЗ расстройство развивается примерно у 5,6 % людей, переживших травматическое событие. Обязательная беседа сразу после события (дебрифинг) не предотвращала ПТСР, и британские рекомендации NICE её не советуют.
- **При ПТСР первая линия — методы, которые работают с воспоминанием о травме.** Это когнитивная переработка (CPT), когнитивная терапия ПТСР (CT-PTSD) и

длительная экспозиция (PE). EMDR в первой линии у NICE и ISTSS; у Американской психологической ассоциации (APA) рекомендация условная.

- **Общий механизм обоих расстройств — избегание.** Человек избегает «опасного» внутреннего содержания и поэтому не получает опыта, что опасность преувеличена или осталась в прошлом.

Хронология

Как сложилось лечение ОКР и ПТСР в КПТ: от первых пациентов до современных рекомендаций. Подробности и источники — в главах ниже.

1966
Виктор Мейер описывает лечение двух пациентов с навязчивыми ритуалами: встреча со страхом без ритуала
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1970-е
Рахман, Ходжсон и Маркс в Лондоне проверяют экспозицию с предотвращением реакции в контролируемых исследованиях
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1985
Пол Салковскис предлагает когнитивную модель ОКР: в центре — ответственность за вред
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1986
Эдна Фоа и Майкл Козак: теория эмоциональной переработки страха
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

2000
Анке Элерс и Дэвид Кларк: когнитивная модель затяжного ПТСР
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2002
Обзор Кокрейн: однократный дебрифинг не предотвращает ПТСР
ДАННЫЕ

2005 — Рекомендации NICE по ОКР; испытание Фоа: ERP против кломипрамина
ДАННЫЕ

2014 — Краск и соавторы: модель тормозного научения; испытание интенсивной когнитивной терапии ПТСР
ДАННЫЕ

2017 — Рекомендации APA по лечению ПТСР у взрослых
ДАННЫЕ

2018 — Рекомендации NICE и ISTSS по ПТСР
ДАННЫЕ

2024 — Метаанализ 48 испытаний психотерапии ОКР с честными оговорками о качестве данных
ДАННЫЕ

Линии здесь — способ рассказать историю: поведенческая линия работает с поведением и встречей со страхом, когнитивная — с тем, как человек понимает события, «Данные» — это испытания, метаанализы и рекомендации. Подробнее о линиях — в выпуске 1.

Как читать: метки надёжности

У каждого факта есть метка в скобках: она показывает, насколько твёрдо на нём можно стоять.

Доказано исследованиями — рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают результат) или метаанализы (сводки многих испытаний). **Клинический консенсус** — клинические рекомендации, например британские NICE или американские APA. **Со слов автора** — так говорит автор метода или его коллеги. **Трактовка** — прочтение фактов, которое ещё обсуждается. **Документальный факт** — даты, публикации, учреждения. **Источники расходятся** — приводим обе версии. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось.

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия. ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство. ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство.

> **Важно** Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Методы ниже описаны так, как их применяют в терапии с обученным специалистом; это не инструкции для самолечения. В тексте говорится о травме (без описания событий) и упоминается суицидальный риск. Если вам тяжело прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас» в конце страницы.

Что такое ОКР и чем оно не является

Расстройство начинается не с мысли, а с того, что человек из неё выводит.

Мысль, которая бывает почти у всех

Вы стоите на платформе, и в голове вдруг мелькает картинка, как вы делаете шаг вперёд. Или выходите из дома и думаете: «А плиту я выключила?» Такие мысли называют **навязчивыми** (интрузиями, от англ. intrusion — вторжение): они приходят сами, без спроса, и кажутся чужими.

В 2014 году канадский психолог Адам Радомски с коллегами опросили 777 студентов в 13 странах на шести континентах. 93,6 % за последние три месяца испытали хотя бы одну нежелательную навязчивую мысль, образ или побуждение; чаще всего — сомнения **доказано исследованиями; Radomsky et al., 2014**. Пол Салковскис, автор когнитивной модели ОКР, пишет, что такие мысли бывают не менее чем у 90 % людей, а по содержанию у людей с ОКР и без него они в основном не различаются **со слов автора; Salkovskis, 1999**.

Чем тогда отличается человек с ОКР? Радомски ответил коротко: «it's what you make of those thoughts» — дело в том, что вы делаете из этих мыслей **со слов автора; Concordia University, 2014**. Большинство отмахивается: «странная мысль». Человек с ОКР делает вывод: «раз я так подумала, это что-то значит; это может случиться; если случится, виновата буду я».

Как ОКР описывают диагностические руководства

По американскому руководству DSM-5 ОКР — это обсессии, компульсии или и то и другое **документальный факт; DSM-5 в изложении Beyond OCD**:

- **Обсессии** — повторяющиеся мысли, побуждения или образы, которые переживаются как вторгающиеся и нежелательные и вызывают выраженную тревогу или дискомфорт. Человек пытается их игнорировать, подавить или «нейтрализовать».

- **Компульсии**, или ритуалы, — повторяющиеся действия (мыть руки, проверять, раскладывать) или мысленные акты (молиться, считать, повторять слова). Человек чувствует себя вынужденным их выполнять, чтобы предотвратить тревогу или страшное событие, хотя связь с этим событием нереалистична или явно чрезмерна.
- Всё это **занимает время** (например, больше часа в день) или вызывает выраженный дистресс и мешает жить.

Отдельно указывают уровень **инсайта** — насколько человек сам понимает, что его страхи, скорее всего, преувеличены: от хорошего до полного отсутствия документальный факт; Beyond OCD. В международной классификации МКБ-11 описание близкое; ОКР там стоит в одной группе с дисморфофобией, ипохондрией и накопительством не проверено по сайту ВОЗ.

ОКР, перфекционизм и «я такой ОКР»

В соцсетях «ОКР» стало словом для аккуратности. Но ключевое различие — в том, как человек переживает свои мысли и действия. Таблица ниже — обобщение по клиническим описаниям трактовка; по Radomsky et al., 2014; DSM-5.

	ОКР	Перфекционизм, любовь к порядку	Обсессивно-к
Как переживается	Как чужое и нежелательное	Как своё: «я люблю порядок»	Как своё, черты
Зачем	Предотвратить беду или снять невыносимое чувство «что-то не так»	Ради качества и удовольствия от результата	Ради контроля
Цена	Часы в день, страдание, ущерб жизни	Не мешает жить или мешает умеренно	Жёсткость в от
Темы	Загрязнение, вред, сомнения, симметрия, мысли сексуального или религиозного содержания	Аккуратность, стандарты	Порядок, мора

Человек с ОКР часто боится именно того, что сильнее всего противоречит его ценностям. Поэтому люди с такими мыслями годами молчат: им стыдно, они боятся, что их сочтут опасными.

Миф и как на самом деле **Миф:** ОКР — это любовь к порядку. **Как на самом деле:** порядок и симметрия — лишь одна из тем. Главное в ОКР — нежелательные мысли и ритуалы, которые занимают часы и мешают жить **документальный факт; DSM-5 в изложении Beyond OCD**.

Насколько это часто

В американском национальном опросе NCS-R ОКР в течение жизни было у 2,3 % взрослых, за последний год — у 1,2 %; при этом больше четверти взрослых хотя бы раз в жизни отмечали отдельные навязчивости или ритуалы **доказано исследованиями; Ruscio et al., 2010**. В опросах ВОЗ по 10 странам (26 136 человек, 2025) — 4,1 % в течение жизни и 3,0 % за год **доказано исследованиями; Stein et al., 2025**. Это разные исследования с разными странами и методами, поэтому цифры нельзя сравнивать как «стало больше».

Важнее другое: в тех же опросах ВОЗ только 19,8 % людей с ОКР за год получали хоть какую-то помощь — 40,5 % в странах с высоким доходом и 7,0 % в странах с низким и средним **доказано исследованиями; Stein et al., 2025**.

Источники главы: Radomsky et al., 2014 · Concordia University, 2014 · Salkovskis, 1999 · Beyond OCD: критерии DSM-5 · Ruscio et al., 2010 · Stein et al., 2025

1966 год: два пациента и перекрытый кран

С чего началось лечение, которое сегодня стоит в основе всех рекомендаций по ОКР.

До середины 1960-х ОКР считалось одним из самых трудных для лечения состояний **трактовка; Salkovskis & Wahl**. Ориентир того времени: норвежский психиатр Кringелен наблюдал 82 пациента с навязчивостями от 13 до 20 лет, и значимо лучше стало только у 21 **документальный факт, по пересказу; Lipsedge, 1979**.

В 1966 году британский психолог Виктор Мейер, работавший в лондонской медицинской школе при больнице Миддлсекс, опубликовал статью «Изменение ожиданий у пациентов с навязчивыми ритуалами» (Modification of expectations in cases with obsessional rituals) в журнале Behaviour Research and Therapy **документальный факт; Meyer, 1966**.

Что он сделал, известно в основном по пересказу психолога Стэнли Рахмана, одного из крупнейших исследователей ОКР **со слов автора; Rachman, 2005, по OCD History**. Пациентов было двое, оба в больнице, обоим прежде не помогли другие методы. У одной пациентки был страх грязи и болезней, она убирала большую часть дня. Мейер, а затем медсестра сталкивали её с предметами, которые запускали тревогу, и не давали выполнять ритуалы уборки; в палате перекрыли воду и сильно ограничили чистящие средства. Через восемь недель её компульсивная уборка снизилась до терпимого уровня. У второго человека лечение заняло девять недель.

> «Ни один не был вылечен, но оба вернулись к нормальной жизни». Rachman, 2005, по OCD History. Перевод наш; оригинал: "Neither was cured; but both regained normal lives."

Рахман назвал последствия этого успеха «впечатляющими» (spectacular): Мейер, по его словам, «сломал лёд» **со слов автора; Rachman, 2005, по OCD History**. В статье 2009 года Рахман оценивает результат сдержаннее — как «частично успешный» **со слов автора; Rachman, 2009, по OCD History**.

Описание второго случая в источниках расходится: Рахман пишет о навязчивых мыслях и многочасовом одевании, обзор Липседжа 1979 года — о двух пациентах с ритуалами мытья рук **источники расходятся; OCD History; Lipsedge, 1979**. Полный текст статьи Мейера для конспекта открыть не удалось.

Почему в названии «ожидания»

Мейер исходил из того, что у пациента есть ожидание катастрофы: если не помыть руки или не проверить, случится беда. Ритуалы прекратятся, если это ожидание изменится **документальный факт; Lipsedge, 1979**. Если ритуал не выполнен, а катастрофа не наступила, ожидание опровергнуто. Это, по сути, когнитивная идея внутри поведенческого метода **трактовка; Salkovskis & Wahl**.

Из работы Мейера выросла **экспозиция с предотвращением реакции** (exposure and response prevention, ERP). **Экспозиция** — намеренная встреча с тем, что пугает. **Предотвращение реакции** — отказ от ритуала, которым человек обычно снимает тревогу. В 1970-е Рахман, Ходжсон и Маркс в лондонской больнице Модсли проверили этот подход в контролируемых исследованиях **документальный факт; Salkovskis & Wahl**. Сегодня ERP проводят гораздо мягче, чем в 1966 году: никто не перекрывает воду, а человек вместе с терапевтом выбирает, с чего начать, и сам решает, когда идти дальше.

Источники главы: OCD History: Behavior therapy for OCD · Meyer, 1966 · Lipsedge, 1979 · Salkovskis & Wahl

Почему обычная мысль превращается в ОКР

Цикл из пяти шагов и когнитивная модель Салковскиса: что держит расстройство.

Цикл ОКР по шагам

Возьмём самую частую и безопасную для примера тему — проверки.

1. **Навязчивость.** «А вдруг плита включена?» Сама мысль — ещё не расстройство.
2. **Тревога через оценку.** Тревогу вызывает не мысль, а вывод из неё: «если не проверю и начнётся пожар, виновата буду я».
3. **Ритуал.** Вернуться и проверить. Потрогать ручки. Сфотографировать плиту. Спросить близкого: «Ты точно видел?» Часть ритуалов невидима: мысленно повторить «я помню щелчок», «отменить» плохую мысль хорошей.
4. **Временное облегчение.** Тревога падает, быстро и ненадолго. Именно это облегчение и закрепляет ритуал.
5. **Усиление.** Мозг делает вывод: «опасность была настоящей, а спасла проверка». Узнать, что было бы без проверки, нельзя. Мысль кажется важнее, за ней следят, её пытаются подавить — и она приходит чаще. В следующий раз нужна уже вторая проверка.

В поведенческом объяснении это называют отрицательным подкреплением: действие закрепляется, потому что убирает неприятное чувство **трактовка; двухфакторная модель в изложении Salkovskis & Wahl**. В экспериментах Рахмана и коллег 1976 года ритуал сразу снижал дискомфорт, но и без ритуала дискомфорт и желание его выполнить со временем снижались сами, просто медленнее **доказано исследованиями, одно исследование в пересказе; Salkovskis & Wahl**. Человек с ОКР обычно этого не знает: он не дожидается.

Модель Салковскиса: раздутая ответственность

В 1985 году британский психолог Пол Салковскис предложил когнитивно-поведенческий анализ ОКР. Его вопрос: если навязчивые мысли бывают почти у всех, что делает их мучительными у некоторых? Его ответ: навязчивая мысль — стимул, а не симптом; страдание начинается с реакции на неё, и эта реакция связана с убеждениями об ответственности или вине за вред себе или другим **документальный факт; Salkovskis, 1985**.

Позже Салковскис дал ответственности точное определение **со слов автора; Salkovskis, 1999**:

> «Убеждение, что у тебя есть сила, ключевая для того, чтобы вызвать или предотвратить субъективно важные негативные последствия». Salkovskis, 1999. Перевод наш; оригинал: "The belief that one has power which is pivotal to bring about or prevent subjectively crucial negative outcomes."

Пример из жизни. Человек видит гвоздь на дороге. Мысль: «если не уберу, кто-то проколет шину, попадёт в аварию, и это будет на мне». У большинства такая мысль проходит. У человека с раздутой ответственностью она становится приказом: убрать гвоздь, вернуться проверить, что убрал.

По модели, оценка «я отвечаю» вызывает тревогу и желание **нейтрализовать** мысль — то есть любым способом её «отменить». А нейтрализация, в свою очередь, делает навязчивость чаще, а угрозу и ответственность — весомее. Круг замыкается **со слов автора; Salkovskis, 1999**.

Теория А и теория Б

В терапии Салковскис предлагает человеку сравнить два объяснения происходящего **со слов автора; Salkovskis, 1999**:

- **Теория А:** «я заражён (или опасен), и мне нужно мыть руки и всё контролировать, чтобы защитить близких».
- **Теория Б:** «я человек, который по понятным причинам очень чувствителен к страху заражения (или вреда), и мои реакции на этот страх его усиливают».

Его собственная формулировка второй версии: «Может быть, вы не опасны, а очень боитесь оказаться опасным» (Maybe you are not dangerous, but are very worried about being dangerous) **со слов автора; Salkovskis, 1999**. Дальше человек с терапевтом проверяет в поведенческих экспериментах, какая теория лучше объясняет факты.

Шесть групп убеждений

Позже международная рабочая группа исследователей когниций при ОКР (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG) описала шесть групп убеждений, которые поддерживают расстройство, и создала опросники для их измерения **документальный факт; OCCWG / Steketee et al., 2005**:

1. **Раздутая ответственность:** «от меня зависит, случится ли беда».
2. **Переоценка значимости мыслей**, включая **слияние мысли и действия**: «подумать о плохом — почти то же, что сделать», «если подумаю, это случится».
3. **Чрезмерная важность контроля над мыслями:** «я обязан не думать такое».
4. **Переоценка угрозы:** «плохое вероятно и будет ужасным».
5. **Непереносимость неопределённости:** невозможность выдержать «может быть».

6. **Перфекционизм:** «должно быть идеально, иначе — провал».

В проверке на 893 участниках шесть групп свелись к трём факторам: ответственность и угроза; перфекционизм и неопределённость; значимость и контроль мыслей **доказано исследованиями; OCCWG / Steketee et al., 2005**. Насколько эти убеждения специфичны именно для ОКР, а не для тревоги вообще, до конца не ясно **трактовка; OCCWG / Steketee et al., 2005**.

> Важно **Почему не стоит искать в навязчивой мысли «скрытое желание».** Если человек приходит с мыслью, которая его пугает, толкование её как тайного желания по когнитивной модели только подтверждает, что мысль значима, и цикл раскручивается сильнее **трактовка; по Salkovskis, 1985, 1999**. В КПТ работают не с содержанием мысли («что она говорит о вас»), а с реакцией на неё («что вы с ней делаете»). Повторные вопросы «а я точно не такой?» — тоже форма поиска переуверений, и ответ на них по существу работает как ритуал.

Источники главы: Salkovskis, 1985 · Salkovskis, 1999 · OCCWG / Steketee et al., 2005 · Salkovskis & Wahl

Как ERP разрывает цикл

Собирательный пример: как экспозиция с предотвращением реакции выглядит в терапии и почему она работает.

> Пример **Анна** (собирательный образ, не реальный клиент), 34 года. Перед выходом проверяет плиту, утюг и замок. Сначала по одному разу, через год — по пять; теперь выход занимает 40 минут, и она часто возвращается с полпути. По несколько раз в день звонит мужу: «Ты точно видел, что плита выключена?» Муж отвечает «да». Мысль, которая запускает всё: «Если начнётся пожар, это будет моя вина». Тревога до проверки — 80 из 100, после — 30, но лишь на 10–15 минут.

Так ERP обычно выстраивают в терапии **клинический консенсус; общая структура протоколов Фоа и коллег; первоисточник протокола не открывался**:

1. **Оценка.** Клиническое интервью, шкалы тяжести, проверка других состояний: депрессии, тиков, суицидального риска.
2. **Психообразование.** Анна и терапевт рисуют её цикл. Анна узнаёт, что такие мысли бывают почти у всех и что ритуал защищает не от пожара, а тревогу — от проверки

реальностью. Терапевт предлагает две версии по Салковскису: «я человек, из-за которого может случиться пожар» и «я человек, который очень боится оказаться виноватым». Без понимания и согласия человека ERP не начинают.

3. **Список ритуалов, включая невидимые.** Проверки, фото, звонки мужу, мысленное «я помню щелчок», избегание готовки перед выходом.
4. **Иерархия.** Ситуации расставляют по шкале субъективного дискомфорта от 0 до 100 (её называют SUDS). Начинают обычно с середины — с того, что человек готов попробовать.
5. **Экспозиция и предотвращение ритуала.** Анна выключает плиту один раз, обычным движением, и уходит. Перед упражнением записывает ожидание, после — что произошло на самом деле.
6. **Без нейтрализации в голове.** Если звучит «я точно помню щелчок», это тоже ритуал. Терапевт учит отвечать мысли иначе: «Может быть, плита включена. Я оставляю эту неопределённость». Задача — не убедить себя в безопасности, а перестать требовать стопроцентной уверенности.
7. **Семья.** Муж вместе с терапевтом договаривается о фразе поддержки вместо «да» (подробнее — в главе о близких).
8. **Домашние задания и профилактика рецидива.** Ежедневные упражнения с дневником; план на случай, если ритуалы вернутся в стрессовый период: срыв — ещё не рецидив.

Иерархия Анны могла бы выглядеть так (пример наш, для наглядности):

Ситуация	Дискомфорт, 0–100
Проверить плиту один раз, а не пять	40
Выйти, не сфотографировав плиту	50
Весь день не звонить мужу с вопросом	60
Выйти, не проверив плиту ни разу	75
Приготовить еду и сразу выйти, не проверяя	85
Уехать на выходные, проверив плиту один раз, быстро	90

Для навязчивостей, которые нельзя воспроизвести в реальности (например, страх причинить вред), используют **воображаемую экспозицию**: человек читает или слушает написанный вместе с терапевтом сценарий страшного исхода и не нейтрализует его **клинический консенсус; общепринятая структура протоколов**.

Почему это работает: два объяснения

Эмоциональная переработка (Фоа и Козак, 1986). Страх хранится в памяти как структура: представление о пугающем стимуле, реакции человека и их личный смысл. Чтобы страх изменился, эту структуру нужно активировать и добавить в неё информацию, которая с ней несовместима. Признаками переработки авторы считали возбуждение во время экспозиции и **привыкание** — постепенное снижение тревоги внутри занятия и между занятиями документальный факт; Foa & Kozak, 1986.

Тормозное научение (Краск и соавторы, 2014). Экспозиция не стирает старую связь «мысль = опасность», а создаёт поверх неё новую, конкурирующую: «мысль без ритуала = выдерживаемо и безопасно». Тогда важнее не то, насколько упала тревога за упражнение, а то, что не сбылось ожидание (например, «я не выдержу и десяти минут»). Авторы предлагают восемь стратегий, среди них **нарушение ожидания**, разные контексты, вариативность и отказ от «сигналов безопасности» документальный факт; Craske et al., 2014. Это модель, а не окончательно доказанный механизм трактовка. О том, как экспозиция устроена при других тревожных расстройствах, — в выпуске 8.

Частые ошибки в ERP

Специалисты обращают внимание на ловушки, из-за которых экспозиция не работает клинический консенсус; по учебной литературе, конкретный источник не сверялся:

- терапевт сам успокаивает: «нет, вы точно не опасны» — это тот же ритуал, только в кабинете;
- не замечены мысленные ритуалы: счёт, молитва, «хорошая» мысль вместо «плохой», бесконечный анализ «почему я так подумал»;
- не замечены мелкие охранительные действия во время экспозиции: вытереть руки о брюки, отвлечься, сказать себе «это не считается»;
- релаксация используется как способ «пережить» упражнение и тоже становится охранительным поведением.

> **Важно** Это пример логики метода, а не инструкция для самолечения. ERP проводят с обученным специалистом. Если ритуалы занимают больше часа в день или мешают жить, обратитесь к психотерапевту, который работает с ОКР, или к психиатру.

Источники главы: Foa & Kozak, 1986 · Craske et al., 2014 · Salkovskis, 1999

Работает ли это и нужны ли таблетки

Что говорят метаанализы и рекомендации о КПТ и препаратах при ОКР.

Цифры

Сначала одно понятие. **Размер эффекта** (обозначают g или d) показывает, насколько сильно одна группа отличается от другой: около 0,2 — небольшая разница, около 0,5 — средняя, 0,8 и больше — большая.

- **Ёст и соавторы, 2015** — 37 рандомизированных испытаний КПТ при ОКР за 1993–2014 годы. КПТ против листа ожидания: g = 1,31, против плацебо: g = 1,33, то есть очень большой эффект. ERP и когнитивная терапия значимо не различались (0,07). Групповой и индивидуальный формат тоже (0,17). КПТ была значимо эффективнее антидепрессантов (g = 0,55), а добавление препарата к КПТ не дало значимого выигрыша по сравнению с КПТ и плацебо (0,25) **доказано исследованиями; Öst et al., 2015**.
- **Ван и соавторы, 2024** — 48 испытаний, 2731 пациент. Психотерапия против контроля: g = 1,14 (в статье со знаком минус: симптомов стало меньше). Самый большой эффект — у ERP (1,25), у КПТ — 1,13. Когнитивная терапия отдельно и методы третьей волны значимого эффекта против контроля не показали **доказано исследованиями; Wang et al., 2024**.

Факт **Оговорки, о которых редко говорят.** В том же метаанализе 2024 года 87 % испытаний имели высокий риск систематической ошибки. После поправки на неопубликованные исследования эффект снизился до 0,88 или 0,59 в зависимости от метода поправки, но остался значимым. В трёх испытаниях с низким риском ошибки эффект (0,87) уже не был статистически значимым. Данных о результатах через 3–12 месяцев мало, и они незначимы **доказано исследованиями; Wang et al., 2024**. Это не значит, что КПТ «не работает». Это значит, что качественных данных меньше, чем кажется по одной большой цифре **трактовка**. Подробнее о том, как читать такие оговорки, — в выпуске 14.

Открытая загадка: когнитивная терапия без экспозиции

В 2015 году когнитивная терапия не уступала ERP, в сетевом метаанализе 2016 года она дала сильный эффект против плацебо (−13,36 балла по шкале Y-BOCS), а в 2024 году отдельно, против контроля, значимого эффекта не показала **источники расходятся; Öst et al., 2015; Skapinakis et al., 2016; Wang et al., 2024**. Вероятное объяснение: в хорошей когнитивной терапии ОКР столько поведенческих экспериментов, что граница с экспозицией размыта **трактовка**. Вопрос открыт.

Таблетки

В испытании Эдны Фоа и соавторов 2005 года 122 взрослых с ОКР разделили на четыре группы. На лечение ответили (среди всех начавших / среди завершивших) **доказано исследованиями; Foa et al., 2005**:

Группа	Все начавшие	Завершившие
Экспозиция с предотвращением ритуалов	62 %	86 %
Кломипрамин (антидепрессант)	42 %	48 %
Экспозиция + кломипрамин	70 %	79 %
Плацебо	8 %	10 %

Все три активных метода были лучше плацебо; добавление кломипрамина к экспозиции значимо результат не улучшило; экспозиция и комбинация были лучше одного препарата **доказано исследованиями; Foa et al., 2005**.

В сетевом метаанализе Скапинакиса и соавторов 2016 года (54 испытания, 6652 участника) поведенческая терапия снижала баллы по Y-BOCS против плацебо на 14,48, антидепрессанты класса СИОЗС — на 3,49 **доказано исследованиями; Skapinakis et al., 2016**. Но авторы сами предупреждают: в 12 из 15 испытаний психотерапии люди могли одновременно принимать антидепрессанты в стабильной дозе, а данные о комбинациях очень малы. Поэтому подавать это как «психотерапия в четыре раза лучше таблеток» нельзя. Авторы считают, что комбинация, вероятно, лучше психотерапии отдельно, по крайней мере при тяжёлом ОКР **трактовка авторов; Skapinakis et al., 2016**.

Ступени помощи по NICE

Британские рекомендации NICE строят помощь ступенями **клинический консенсус; NICE CG31, 2005**:

Тяжесть	Что предлагают
Лёгкое нарушение жизни	Низкоинтенсивная КПТ с ERP — до 10 часов работы терапевта, в том числе в группе или с поддержкой самопомощи
Умеренное	На выбор: антидепрессант СИОЗС или более интенсивная КПТ с ERP (больше 10 часов)
Тяжёлое	Комбинация СИОЗС и КПТ с ERP

Если препарат помог, его рекомендуют продолжать не меньше 12 месяцев **клинический консенсус; NICE CG31**. В 2019 году NICE решил эти рекомендации обновить **документальный факт; NICE, 2019**; к ноябрю 2026 года обновлённой версии в открытых источниках найдено не было. Назначать и отменять препараты может только врач.

Источники главы: Öst et al., 2015 · Wang et al., 2024 · Foa et al., 2005 · Skapinakis et al., 2016 · NICE CG31 · NICE, 2019

Близкие: когда любовь кормит ОКР

Почему «да, всё выключено» в десятый раз работает как ещё один ритуал.

Муж Анны в десятый раз отвечает «да». Мама ждёт двадцать минут, пока ребёнок закончит мыть руки, и не начинает ужин. Партнёр моет руки перед объятием. Это называют **аккомодацией** — участием близких в ритуалах и избегании, которое снимает тревогу человека в моменте **документальный факт; Sperling et al., 2025**.

- По метаанализу 39 исследований аккомодация хотя бы раз в месяц бывает в 95,3 % семей, хотя бы раз в неделю — в 93,2 %, ежедневно — в 47,6 %. Чаще всего это переуверения и ожидание, пока ритуал закончится **доказано исследованиями; Pellegrini et al., 2025**. Различия между исследованиями большие, так что это ориентир, а не точная цифра.
- Чем больше аккомодации, тем в среднем тяжелее ОКР: r = 0,35 по 14 исследованиям и r = 0,42 по 41 исследованию **доказано исследованиями; Strauss et al., 2015; Wu et al., 2016**. Это связь, а не доказательство того, что аккомодация вызывает тяжесть: возможно и обратное.
- Мешает ли аккомодация лечению, данные расходятся: по метаанализу 2024 года исходный уровень аккомодации не предсказывал результат, а лечение снижало её и без специальных блоков о семье **источники расходятся; Hermida-Barros et al., 2024, в пересказе Pellegrini et al., 2025; Sperling et al., 2025**.

Близкие делают это из любви, и обвинять их не в чём. Но каждое «да, всё в порядке» снимает тревогу на минуту и поддерживает цикл. Поэтому NICE прямо пишет: если близкие вовлечены в ритуалы, избегание или переуверения, план лечения должен помочь им сократить это участие бережно и с поддержкой; детей и подростков лечат с активным участием семьи **клинический консенсус; NICE CG31, краткое руководство, 2005**.

Пример **Что сказать вместо «да».** По договорённости, заранее согласованной с терапевтом: «Я вижу, что тебе тревожно. Мы договорились, что я не отвечаю на этот вопрос. Я верю, что ты справишься». Не резко и не в наказание, а по плану.

Похожую логику использует программа для родителей SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions, Эли Лебовиц): родители учатся сокращать аккомодацию и выражать поддержку. В испытании 2020 года на 124 детях 7–14 лет с тревожными расстройствами программа только для родителей не уступила КПТ с самим ребёнком **доказано исследованиями; Lebowitz et al., 2020**. Важно: это исследование о тревожных расстройствах, не об ОКР.

Источники главы: Pellegrini et al., 2025 · Strauss et al., 2015 · Wu et al., 2016 · Sperling et al., 2025 · NICE CG31 · NICE CG31, краткое руководство · Lebowitz et al., 2020

Родственники ОКР: дисморфофобия и накопительство

Два расстройства из той же «семьи», что и ОКР, и что о них известно в КПТ.

В DSM-5 (2013) появилась отдельная глава «Обсессивно-компульсивные и родственные расстройства». Кроме ОКР, в неё вошли дисморфофобия, трихотилломания, дерматилломания и накопительство; накопительство впервые стало отдельным диагнозом, а не симптомом ОКР. Общее у этих расстройств — навязчивая озабоченность и повторяющиеся действия **документальный факт; DSM-5, по The Carlat Report**.

Дисморфофобия

Дисморфофобия (body dysmorphic disorder, BDD) — мучительная озабоченность недостатком внешности, которого другие не видят или считают незначительным: кожей, носом, волосами, формой тела. Человек часами проверяет отражение или избегает зеркал, сравнивает себя с другими, маскирует «дефект», спрашивает близких, всё ли в порядке **трактовка; общее описание**. Это не тщеславие: озабоченность переживается как стыд и страх.

Логика КПТ та же, что при ОКР: проверки, маскировка и избегание снимают тревогу ненадолго и поддерживают убеждение «со мной что-то не так». Поэтому основа лечения — КПТ с экспозицией и предотвращением реакции (ERP), например выйти из дома без маскировки и не проверять отражение. NICE при умеренном нарушении жизни предлагает на выбор антидепрессант СИОЗС или более интенсивную индивидуальную КПТ с ERP, направленную на ключевые черты дисморфофобии; при тяжёлом или затяжном течении — их сочетание и специализированную помощь **клинический консенсус; NICE CG31, краткое руководство, 2005**.

В метаанализе 2016 года (7 рандомизированных испытаний, 299 участников) КПТ заметно превосходила лист ожидания или правдоподобное психологическое плацебо: $\Delta = -1{,}22$, это большой эффект; улучшение сохранялось через 2–4 месяца **доказано исследованиями; Harrison et al., 2016**. Испытаний мало, наблюдение короткое, и сами авторы просят проверить долгосрочный эффект против активного контроля.

Важно NICE советует врачам помнить о дисморфофобии, когда человек с малозаметным недостатком внешности просит косметическую операцию или идёт к дерматологу, и при подозрении направлять его на оценку к специалисту по психическому здоровью, который знает это расстройство **клинический консенсус; NICE CG31, краткое руководство, 2005**.

Накопительство

Накопительство (hoarding disorder) — стойкая трудность расставаться с вещами независимо от их ценности: выбросить вещь мучительно, и вещи постепенно занимают жилое пространство так, что им трудно пользоваться по назначению **трактовка; общее описание**. По метаанализу 11 исследований (53 378 человек) накопительство встречается примерно у 2,5% людей **доказано исследованиями; Postlethwaite et al., 2019**.

КПТ при накопительстве обычно работает с мотивацией, навыками сортировки и принятия решений, убеждениями о вещах и постепенной экспозицией к расставанию с ними, а не с принудительной «генеральной уборкой»; самая известная программа — Гейл Стекети и Рэнди Фрост **трактовка; общее описание, руководство авторов не открывалось — не проверено**.

Данные здесь скромнее, чем при ОКР. В метаанализе 2015 года (10 исследований, 232 человека) симптомы после КПТ значимо снижались, сильнее всего — трудность расставаться с вещами **доказано исследованиями; Tolin et al., 2015, по NEJM Journal Watch**. Общий эффект большой (g = 0,82), но у большинства участников, 57–76%, изменения не дотянули до клинически значимых **доказано исследованиями; Tolin et al., 2015, в изложении Twigger et al., 2024**. Честный ориентир: КПТ при накопительстве помогает, но чаще уменьшает проблему, чем снимает её **трактовка**.

Ни дисморфофобия, ни накопительство — не про характер, тщеславие или лень. Это расстройства с понятными поддерживающими кругами, и с ними работают так же бережно и по плану, как с ОКР **трактовка**.

Источники главы: The Carlat Report: DSM-5 · NICE CG31, краткое руководство · Harrison et al., 2016 · Postlethwaite et al., 2019 · Tolin et al., 2015 · Twigger et al., 2024

Травма и ПТСР: почему опасность из прошлого ощущается как сейчас

Каждая ли травма становится расстройством, что помогает в первые недели и почему у части людей не проходит.

Важно Дальше речь о травме. События здесь не описываются, только общие определения. Если чтение вызывает сильные переживания, можно пропустить главу или вернуться к ней позже. При мыслях о том, что не хочется жить, не оставайтесь с этим в одиночку: см. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Что считают травмой и что — ПТСР

По DSM-5 **травматическое событие** — это столкновение с реальной или угрожающей смертью, тяжёлой травмой или сексуальным насилием: непосредственно, как свидетель, через известие, что это случилось с близким, или через многократное столкновение с подробностями по работе, как у спасателей **не проверено: формулировка общепринятая, полный текст DSM-5-TR не открывался**.

ПТСР — это четыре группы симптомов, которые держатся больше месяца и мешают жить **документальный факт; структура PCL-5, Center for Deployment Psychology**:

Группа	Что это простыми словами
Вторжения	Непрошеные воспоминания, кошмары, ощущение, что всё происходит снова; сильная реакция на напоминания
Избегание	Человек обходит мысли, чувства, места и людей, которые напоминают о событии
Изменения мышления и настроения	«Я сломан», «никому нельзя доверять», вина, стыд, потеря интереса
Возбуждение и реактивность	Сверхнастороженность, вздрагивание, раздражительность, плохой сон и концентрация

В МКБ-11 есть ещё **комплексное ПТСР**: все признаки ПТСР плюс устойчивые трудности с регуляцией эмоций, негативное представление о себе со стыдом или виной и трудности в отношениях **документальный факт; Brewin, 2020; NICE NG116**.

Каждая ли травма становится ПТСР

Нет. В 26 опросах ВОЗ (71 083 взрослых) ПТСР в течение жизни было у 3,9 % всех опрошенных и у 5,6 % тех, кто пережил травматическое событие. Примерно у половины людей с ПТСР симптомы держались долго. За помощью обращались 53,5 % в богатых странах и 22,8–28,7 % в странах с меньшим доходом **доказано исследованиями; Koenen et al., 2017**.

Большинство людей после тяжёлого события какое-то время плохо спят, вспоминают, вздрагивают — и постепенно восстанавливаются. NICE называет такие ранние реакции, если они не сильно мешают жить, нормальной реакцией на ненормальное событие **клинический консенсус; Megnin-Viggars, 2019, обзор NICE NG116**. Если у вас не прошло, это не слабость: именно для этого и существует лечение.

Миф и как на самом деле **Миф:** сразу после события нужно всё проговорить, по горячим следам. **Как на самом деле:** обзор Кокрейн 15 испытаний показал, что однократная беседа о событии сразу после него (психологический дебрифинг) не предотвращала ПТСР и не снижала дистресс; в одном испытании через год ПТСР было чаще у тех, с кем такую беседу провели (отношение шансов 2,51) **доказано исследованиями; Rose et al., 2002**. NICE: «Не предлагать психологически ориентированный дебрифинг для профилактики или лечения ПТСР» **клинический консенсус; NICE NG116, 1.6.5**.

Что вместо этого. По NICE в первый месяц при симптомах ниже порога диагноза рассматривают **активное наблюдение** — повторный контакт в течение месяца **клинический консенсус; NICE NG116, 1.6.4**. Джонатан Биссон, один из авторов международных рекомендаций, описывает первый шаг как практическую и сочувственную поддержку, которую могут дать и близкие; если примерно через месяц симптомы держатся или нарастают — травма-фокусированная терапия **со слов автора; Bisson, по MDedge, 2019**.

Почему у части людей не проходит: модель Элерс и Кларка

В 2000 году британские психологи Анке Элерс и Дэвид Кларк предложили когнитивную модель затяжного ПТСР. Её главная мысль: ПТСР сохраняется, когда человек перерабатывает травму так, что возникает ощущение серьёзной угрозы прямо сейчас, хотя событие в прошлом **документальный факт; Ehlers & Clark, 2000**. Это ощущение создают два процесса:

1. **Негативные оценки** травмы и её последствий: «нигде не безопасно», «я сломан навсегда», «это моя вина», «раз у меня такие симптомы, я схожу с ума».
2. **Особенности памяти о травме.** Воспоминание плохо встроено в историю жизни и не «помечено» как прошлое, зато прочно связано с отдельными ощущениями. Поэтому похожий запах или звук может запустить вторжение, а человек не понимает, почему его вдруг накрыло **документальный факт; Ehlers & Clark, 2000**.

Третий элемент — **стратегии, которые мешают восстановиться**: попытки не думать, прокручивание мыслей, сверхнастороженность, избегание и мелкие действия «на всякий случай» (трактовка; общепринятое изложение модели; в аннотации — «проблемные поведенческие и когнитивные стратегии»).

Пример из жизни (собирательный). После аварии человек месяцами ездит только пассажиром, держится за ручку двери и всё время смотрит в зеркало. Каждая поездка без происшествий для него — «повезло, потому что я был начеку», а не «опасность прошла». Так охранительное поведение не даёт оценке «я в опасности» измениться.

Источники главы: Koenen et al., 2017 · Center for Deployment Psychology: PCL · Brewin, 2020 · Rose et al., 2002 · NICE NG116 · Megnin-Viggars, 2019 · MDedge, 2019 · Ehlers & Clark, 2000

Три протокола КПТ при ПТСР

Длительная экспозиция, когнитивная переработка и когнитивная терапия ПТСР: как каждый возвращает воспоминание в прошлое.

Все методы первой линии при ПТСР **травма-фокусированные**: они работают с воспоминанием о травме, но структурированно, постепенно, после подготовки и с обученным специалистом. NICE для взрослых называет четыре формы травма-фокусированной КПТ: когнитивную переработку (CPT), когнитивную терапию ПТСР (CT-PTSD), нарративную экспозиционную терапию (NET) и длительную экспозицию (PE); обычно это 8–12 встреч, больше — при клинической необходимости **клинический консенсус; NICE NG116, 1.6.16–1.6.17**.

Длительная экспозиция (PE), Эдна Фоа

Логика та же, что в ERP при ОКР. Человек избегает воспоминаний и безопасных, но напоминающих о событии ситуаций, и поэтому мозг не получает информации, что опасность в прошлом. Основа метода — теория эмоциональной переработки (см. главу об ERP).

По описанию APA, PE обычно занимает 8–15 еженедельных встреч по 60–120 минут, примерно три месяца. В неё входят психообразование о травме, дыхательная техника, **воображаемая экспозиция** (человек с помощью терапевта несколько раз проговаривает воспоминание в настоящем времени и потом обсуждает, что изменилось в его понимании), **экспозиция в реальности** (постепенное возвращение к избегаемым безопасным ситуациям по согласованному плану) и прослушивание записи занятия дома **клинический консенсус; APA, PE**.

В метаанализе 2010 года (13 испытаний, 675 участников) эффект PE против контроля после лечения был большим, g = 1,08; средний человек после PE чувствовал себя лучше, чем 86 % людей в контрольных группах. Против других активных методов (CPT, EMDR, когнитивной терапии) значимой разницы не было **доказано исследованиями; Powers et al., 2010**. Среди авторов метаанализа — сама Фоа.

Когнитивная переработка (CPT), Патриция Резик

Здесь в центре не само воспоминание, а выводы, которые человек из него сделал. Метод разработан Резик с коллегами в начале 1990-х для пострадавших от сексуального насилия; в первом исследовании 1992 года 19 женщин прошли 12 еженедельных групповых встреч, и симптомы ПТСР и депрессии снизились, а в группе ожидания не изменились **документальный факт; Resick & Schnicke, 1992, по аннотации**.

- **12 основных встреч** **документальный факт; Center for Deployment Psychology**.
- **«Заявление о влиянии»** (Impact Statement): на первой встрече человек пишет, что для него значит травма и почему, по его мнению, она произошла; к концу терапии переписывает этот текст и видит, что изменилось.
- **«Застревающие точки»** (stuck points) — убеждения, которые мешают восстановлению: «я должна была это предотвратить», «никому нельзя доверять». Их выявляют и бережно проверяют вопросами и рабочими листами.
- **Пять тем**, которые травма обычно задевает: безопасность, доверие, власть и контроль, самоуважение, близость **документальный факт; Center for Deployment Psychology**.

Резик описывает две ловушки мышления. **Ассимиляция** — человек меняет понимание события, чтобы сохранить прежнюю картину мира: «раз это случилось со мной, значит, я это заслужила». **Сверхаккомодация** — картина мира меняется слишком сильно: «нигде не безопасно» **трактовка; по описанию протокола CPT**.

В метаанализе 11 испытаний (1130 участников) эффект CPT против неактивного контроля был g = 1,24 после лечения и 0,90 при отсроченной проверке; против других активных методов CPT была лучше сразу после лечения, но не позже **доказано исследованиями; Asmundson et al., 2019**.

Когнитивная терапия ПТСР (CT-PTSD), Анке Элерс и Дэвид Кларк

Метод напрямую вытекает из модели 2000 года и бьёт по её трём мишеням **документальный факт; Ehlers et al., 2014; Ehlers & Clark, 2000**:

- **Обновление «горячих точек».** В воспоминании находят моменты с наибольшей болью и смыслом и добавляют в них то, что тогда было неизвестно: «я выжил», «это была не моя вина», «больше это не может мне навредить».
- **Различение «тогда» и «сейчас».** Человек учится замечать, чем сегодняшний звук или запах отличается от того, что был тогда.
- **Возвращение жизни.** Постепенно вернуть занятия и отношения, от которых человек отказался после травмы, и отказаться от лишнего охранительного поведения.

В испытании 2014 года 121 человека с хроническим ПТСР распределили на четыре группы. Избавились от диагноза **доказано исследованиями; Ehlers et al., 2014**:

Группа	Без диагноза ПТСР после лечения
Интенсивная когнитивная терапия за 7 дней	73 %
Стандартная когнитивная терапия, еженедельно 3 месяца	77 %
Поддерживающая терапия, сфокусированная на эмоциях	43 %
Лист ожидания	7 %

Авторы делают вывод: терапия за неделю с небольшим работает так же, как за три месяца. Из терапии ушли около 3 % в группах когнитивной терапии и 10 % в поддерживающей **доказано исследованиями; Ehlers et al., 2014**. Оговорка: выборка небольшая, и исследование проводила группа авторов метода.

Для детей: TF-CBT

Травма-фокусированную КПТ для детей и подростков (TF-CBT) разработали Джудит Коэн, Энтони Маннарино и Эстер Деблингер. Она рассчитана на возраст 3–18 лет, обычно 12–16 еженедельных встреч, при сложной травме — до 25. Родители или опекуны, не причастные к травме, обязательно участвуют: часть каждой встречи проходит отдельно с ними, есть и совместные встречи **документальный факт; Child Welfare Information Gateway, 2018**. NICE для 7–17 лет предлагает индивидуальную TF-CBT, обычно 6–12 встреч, и не рекомендует препараты для профилактики и лечения ПТСР у детей и подростков до 18 лет **клинический консенсус; NICE NG116, 1.6.11, 1.6.12, 1.6.14**.

Три протокола рядом

	PE	CPT	CT-PTSD
Автор	Эдна Фоа	Патриция Резик	Анке Элерс, Дэвид Кларк
Главная мишень	Избегание воспоминания и ситуаций	Выводы из травмы, «застревающие точки»	Оценки и особенности памяти, которые создают угрозу «сейчас»
Главный инструмент	Повторное проговаривание воспоминания и постепенное возвращение к ситуациям	Письменные задания и проверка убеждений	Обновление «горячих точек», различение «тогда и сейчас», возвращение жизни
Длительность	8–15 встреч	12 встреч	Около трёх месяцев еженедельно или интенсивно за 7 дней

Миф и как на самом деле **Миф:** о травме нельзя говорить, это ретравматизирует. **Как на самом деле:** методы первой линии работают именно с воспоминанием, но структурированно и с подготовкой **клинический консенсус; NICE NG116; Lewis et al., 2020**. Честно о цене: временное ухудшение возможно, и NICE советует предупреждать об этом заранее **клинический консенсус; Infocop, 2019, обзор NICE NG116**; из таких методов люди уходят чаще, чем из других психологических **доказано исследованиями; Bisson & Olff, 2021**.

Важно Самостоятельная экспозиция к воспоминаниям о травме без специалиста не рекомендуется. Перед работой с травмой специалист оценивает безопасность: суицидальный риск, продолжающееся насилие, тяжёлую диссоциацию, зависимости.

Источники главы: NICE NG116 · APA: Prolonged Exposure · Powers et al., 2010 · Center for Deployment Psychology: CPT · Asmundson et al., 2019 · Ehlers et al., 2014 · Child Welfare Information Gateway, 2018 · Infocop, 2019 · Bisson & Olff, 2021

EMDR в сравнении и что говорят рекомендации

Где КПТ и EMDR сходятся, где эксперты спорят и какое место у препаратов.

Что такое EMDR

EMDR (eye movement desensitization and reprocessing — десенсибилизация и переработка движением глаз) предложила американский психолог Фрэнсин Шапиро; первое исследование вышло в 1989 году: 22 человека, без контрольной группы **документальный факт; Shapiro, 1989, по аннотации**. Метод состоит из восьми фаз. Человек удерживает в уме тяжёлое воспоминание, связанную с ним негативную мысль о себе и телесное ощущение и одновременно следит глазами за движениями руки терапевта или получает другую двустороннюю стимуляцию **трактовка; общепринятое описание метода**.

Работает ли он

По данным — да. В сетевом метаанализе 90 испытаний (6560 участников), на котором основаны рекомендации NICE, EMDR показал самое большое снижение симптомов против листа ожидания (стандартизированная разница −2,07), травма-фокусированная КПТ — −1,46; эффект обоих сохранялся через 1–4 месяца; качество данных среднее и низкое **доказано исследованиями; Mavranezouli et al., 2020**.

Спорный вопрос — что именно в нём работает. Метаанализ 34 исследований 2001 года не нашёл разницы между EMDR и другими экспозиционными методами, а вариант без движений глаз работал не хуже. Вывод авторов: движения глаз, которые входят в метод и в его название, не нужны **доказано исследованиями; Davidson & Parker, 2001**. Данные старые; выходили ли позже работы с другим выводом, для этого конспекта не проверялось **не проверено**. Критики считают, что действующее начало общее с КПТ: возвращение к воспоминанию и новый взгляд на него; сторонники EMDR с этим не согласны **трактовка**.

Три системы рекомендаций

	NICE (Великобритания, 2018)	APA (США, 2017)	ISTSS (международная,
CPT, CT-PTSD, PE	Предложить как формы травма-фокусированной КПТ (1.6.16)	Сильная рекомендация	Сильная рекомендация
EMDR	Рассмотреть через 1–3 месяца, предложить позже 3 месяцев — при небоевой травме (1.6.18–1.6.19)	Условная рекомендация	Сильная рекомендация
NET	Форма травма-фокусированной КПТ (1.6.16)	Условная рекомендация	—
Препараты у взрослых	Рассмотреть венлафаксин или СИОЗС (например, сертралин), если человек предпочитает лекарства (1.6.25)	Условная рекомендация: флуоксетин, пароксетин, сертралин, венлафаксин	—
Дебрифинг	Не предлагать (1.6.5)	—	—

Метки: **клинический консенсус; NICE NG116; APA, 2017, сжатая версия; Bisson & Olff, 2021**. Ячейки с прочерком в этом конспекте не проверялись. В официальном резюме 2019 года APA сама пишет, что будущие обзоры могут повысить рекомендацию EMDR и NET до сильной **документальный факт; APA, 2019**. Расхождение APA с NICE и ISTSS по EMDR — реальный спор экспертов **трактовка**.

Одна деталь для точности. На веб-странице APA о методах лечения когнитивная терапия ПТСР на момент проверки стояла во второй линии, а в тексте самих рекомендаций и в официальном резюме она получила сильную рекомендацию **источники расходятся; APA, 2017; APA, 2019; APA, страница о методах**. Мы опираемся на текст рекомендаций.

Препараты и особые группы

Флуоксетин, пароксетин, сертралин и венлафаксин снижают симптомы ПТСР у взрослых, но, по-видимому, слабее, чем лучшие психологические методы **доказано исследованиями; Bisson & Olff, 2021**. У военных и ветеранов результаты лечения скромнее, чем в среднем по населению. NICE не рекомендовал EMDR при боевой

травме; по оценке Биссона и Ольфф, на это могли повлиять малое число и низкое качество исследований — то есть дело в недостатке данных, а не в доказанной неэффективности **трактовка; Bisson & Olff, 2021**.

MDMA-ассистированную психотерапию Биссон и Ольфф называют самым перспективным из фармакологически поддержанных подходов, но в рекомендации ISTSS она не вошла **документальный факт; Bisson & Olff, 2021**. Это экспериментальное направление, а не стандарт лечения.

Источники главы: Mavranezouli et al., 2020 · Davidson & Parker, 2001 · NICE NG116 · GPnotebook: NICE NG116 · APA, 2017, сжатая версия · APA, 2019 · APA: PTSD treatments · Bisson & Olff, 2021 · Lewis et al., 2020

Ограничения и открытые вопросы

Где у этих методов слабые места и о чём специалисты ещё спорят.

- **Это трудно.** ERP и травма-фокусированная терапия требуют выдерживать сильный дискомфорт. Часть людей не начинает лечение или бросает его; при ПТСР из травма-фокусированных методов уходят чаще, чем из других **доказано исследованиями; Bisson & Olff, 2021**. Биссон и Ольфф предупреждают: отсев не стоит приравнивать только к переносимости метода, у него много причин.
- **Качество данных при ОКР** ниже, чем кажется: высокий риск ошибки в большинстве испытаний и мало долгосрочных результатов **доказано исследованиями; Wang et al., 2024**.
- **Слабый инсайт.** Если человек почти полностью уверен, что его страхи реальны, лечение сложнее и обычно нужен психиатр **клинический консенсус; не проверено по конкретному источнику**.
- **Сопутствующие состояния.** Тяжёлая депрессия, суицидальный риск, психоз, зависимость, продолжающееся насилие требуют отдельной оценки и часто другой последовательности помощи **клинический консенсус**. NICE при ПТСР с депрессией советует обычно начинать с ПТСР, если депрессия не настолько тяжела, что мешает терапии **клинический консенсус; NICE NG116, 1.7.1**.
- **Комплексное ПТСР.** Спорят, нужна ли долгая фаза «стабилизации» перед работой с травмой. NICE рекомендует для людей с комплексным ПТСР больше времени на доверие и другие адаптации **клинический консенсус; NICE NG116, 1.7.3**.
- **Религиозные навязчивости.** Мишень терапии — только компульсивная часть, а не вера человека **клинический консенсус; не проверено по конкретному источнику**.
- **Культура.** Протоколы созданы в основном в западных странах. Исследование навязчивых мыслей на шести континентах поддерживает применимость моделей

ОКР в разных культурах **трактовка; Radomsky et al., 2014**; NET разрабатывалась для пострадавших в зонах конфликтов и среди беженцев **документальный факт; Infocop, 2019**.

Шкалы: что можно, а что нет

Инструмент	Что измеряет	Можно ли пользоваться самостоятельно
Y-BOCS	Тяжесть ОКР; основной исход почти всех испытаний	Нет: защищена авторским правом, проводится специалистом в интервью **документальный факт; CamCOPS**
PCL-5	Симптомы ПТСР за последний месяц: 20 вопросов, сумма 0–80; ориентир вероятного ПТСР — 31–33 балла	Опросник в открытом доступе как работа правительства США **документальный факт; CamCOPS; Center for Deployment Psychology**. Это скрининг, а не диагноз

Высокий балл PCL-5 — повод показаться специалисту, а не вывод о себе. Диагноз ставят по клиническому интервью **клинический консенсус; Center for Deployment Psychology**.

Источники главы: Bisson & Olff, 2021 · Wang et al., 2024 · NICE NG116 · CamCOPS: Y-BOCS · CamCOPS: PCL-5 · Center for Deployment Psychology: PCL

Мифы: короткая проверка

Все мифы из этого текста в одной таблице.

Миф	Как на самом деле	Метка
ОКР — это любовь к порядку	Порядок — одна из тем; главное — нежелательные мысли и ритуалы, которые мешают жить	**Документальный факт**
Если приходят страшные мысли, значит, я этого хочу	Навязчивые мысли бывают у 93,6 % людей; разница — в том, как человек их понимает	**Доказано исследованиями**
Близкому с ОКР нужно чаще говорить, что всё хорошо	Переуверения — самая частая форма аккомодации; они поддерживают цикл	**Доказано исследованиями; клинический консенсус**
ОКР лечат только таблетками	КПТ с ERP — первая линия; при тяжёлом ОКР обычно рекомендуют комбинацию	**Клинический консенсус**
Все, кто пережил травму, получают ПТСР	По опросам ВОЗ — около 5,6 % переживших травматическое событие	**Доказано исследованиями**
Нужно выговориться сразу после события	Однократный дебрифинг не предотвращал ПТСР; NICE его не рекомендует	**Доказано исследованиями; клинический консенсус**
О травме нельзя говорить	Методы первой линии работают с воспоминанием, но структурированно и с подготовкой	**Клинический консенсус**
Время всё лечит	У половины людей с ПТСР симптомы держатся долго	**Доказано исследованиями**
ПТСР бывает только у военных	Травмой может стать любое столкновение с угрозой смерти, тяжёлой травмы или насилия	**Документальный факт**
EMDR работает благодаря движениям глаз	Метаанализ 2001 года не нашёл добавочного эффекта движений глаз	**Доказано исследованиями (данные 2001 года)**

Попробуйте: назвать и отложить

Упражнение на одну минуту для тех, у кого бывают навязчивые мысли и желание проверить. Это первый шаг самонаблюдения, а не лечение и не замена специалисту.

Попробуйте **Одна минута.**

1. Когда придёт мысль «а вдруг…» и захочется проверить, назовите её про себя: «Это навязчивая мысль».
2. Не спорьте с ней и не убеждайте себя, что всё в порядке.
3. Отложите проверку на одну минуту и просто заметьте, что происходит с тревогой за эту минуту.

Упражнение опирается на ту же логику, что и терапия: ритуал не обязателен, чтобы тревога пошла на спад. Но это не ERP: настоящую экспозицию выстраивают вместе со специалистом.

Важно **Когда обращаться к специалисту.** Если ритуалы занимают больше часа в день или мешают жить; если вы годами живёте с мыслями, которые стыдно произнести вслух; если после тяжёлого события прошло больше месяца, а вы всё ещё плохо спите, избегаете напоминаний и вздрагиваете, — это повод обратиться к психотерапевту, который работает с ОКР или с травмой, или к психиатру. Для людей с опытом травмы: не делайте самостоятельной экспозиции к воспоминаниям. При мыслях о том, что не хочется жить, см. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Если вы близкий человек. При ОКР лучшая поддержка — не «всё хорошо», а «я рядом, и я верю, что ты справишься», по плану, согласованному со специалистом. После травмы — не расспросы, а практическая забота и готовность выслушать, когда человек сам захочет.

Проверьте себя

1. **Чем ОКР отличается от перфекционизма?** ОКР переживается как чужое и мучительное, ритуалы выполняются, чтобы предотвратить беду или снять невыносимое чувство, отнимают время и мешают жить. Перфекционизм переживается как своё.
2. **Почему ритуал усиливает навязчивость?** Он быстро снимает тревогу и этим закрепляется, но не даёт узнать, что беды не случилось бы и без него; мысль

становится важнее и приходит чаще.

3. **Что в модели Салковскиса превращает обычную навязчивую мысль в ОКР?** Оценка мысли как знака ответственности за вред и последующие попытки её нейтрализовать.
4. **Чем отличаются два объяснения работы экспозиции?** Эмоциональная переработка делает акцент на привыкании и изменении «структуры страха»; тормозное научение — на том, что поверх старой связи формируется новая, и важнее всего несбывшееся ожидание.
5. **Почему NICE не рекомендует дебрифинг?** Однократная беседа сразу после события не предотвращала ПТСР, а в одном испытании риск через год был выше.
6. **Что создаёт ощущение угрозы «сейчас» в модели Элерс и Кларка?** Негативные оценки травмы и особенности памяти о ней, а поддерживают их избегание, прокручивание мыслей и охранительное поведение.
7. **В чём расходятся рекомендации по EMDR?** NICE и ISTSS ставят его в первую линию (NICE — при небоевой травме), APA в 2017 году дала условную рекомендацию.

Что запомнить

- Навязчивые мысли — норма; расстройство — в реакции на них.
- Ритуалы, избегание и переуверения снимают тревогу на минуты и держат цикл годами.
- ERP — основа лечения ОКР; при тяжёлом ОКР обычно добавляют препарат по назначению врача.
- Близкие могут помочь, если вместо переуверений предлагают поддержку по согласованному плану.
- У дисморфофобии и накопительства та же логика проверок и избегания; при дисморфофобии КПТ с ERP помогает хорошо, при накопительстве — скромнее.
- Большинство людей после травмы восстанавливаются; при стойких симптомах помогают травма-фокусированные методы — CPT, CT-PTSD, PE, а также EMDR.
- Сразу после события помогает практическая поддержка и наблюдение, а не обязательный «разговор по душам».
- Данные сильные, но не безупречные: смотрите не только на большую цифру, но и на оговорки.

Источники

ОКР: история и модели

1. Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 273–280 (номер выпуска: 4(1–2) или 4(4) — источники расходятся). doi:10.1016/0005-7967(66)90083-0. Scilit
2. OCD History. Behavior therapy for OCD: its origin — пересказ речи C. Рахмана (2005) и его статьи 2009 года.
3. Lipsedge, M. S. (1979). The behavioural treatment of obsessional neurosis. In R. N. Gaind & B. L. Hudson (Eds.), *Current Themes in Psychiatry 2* (pp. 220–228). Palgrave Macmillan. Springer
4. Salkovskis, P. M., & Wahl, K. Treating obsessional problems using cognitive-behavioral therapy. Глава книги. Hertford College, Oxford
5. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*(5), 571–583. University of Oxford
6. Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, S29–S52. PDF
7. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group / Steketee, G., et al. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory — Part 2. *Behaviour Research and Therapy, 43*(11), 1527–1542. University of Nicosia
8. Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., et al. (2014). Part 1 — You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(3), 269–279. Аннотация
9. Concordia University (2014). Пресс-релиз об исследовании навязчивых мыслей. EurekAlert.
10. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20. EMDRIA
11. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10–23. doi:10.1016/j.brat.2014.04.006. ACBS
12. Beyond OCD. Clinical definition of OCD (DSM-5 criteria).

ОКР: эпидемиология, эффективность, семья

13. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry, 15*(1), 53–63. QxMD
14. Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., et al. (2025). Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC Medicine, 23*, 416. doi:10.1186/s12916-025-04209-5. PDF
15. Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review, 40*, 156–169. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.003. QxMD

.6. Wang, Y., Miguel, C., Ciharova, M., et al., & Cuijpers, P. (2024). The effectiveness of psychological treatments for obsessive-compulsive disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials published over last 30 years. *Psychological Medicine, 54*(11), 2838–2851. doi:10.1017/S0033291724001375. Cambridge Core

.7. Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*(1), 151–161. Hebrew University

.8. Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., et al. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 730–739. doi:10.1016/S2215-0366(16)30069-4. UCL Discovery

.9. NICE (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. Clinical guideline CG31.

:0. NICE (2019). 2019 surveillance of CG31.

:1. Pellegrini, L., Tardivo, G., Zandonella Callegher, R., Strani, F., Fineberg, N. A., & Albert, U. (2025). Pooled frequency meta-analysis of family accommodation (FA) in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Asian Journal of Psychiatry, 114*, 104744. PDF

:2. Strauss, C., Hale, L., & Stobie, B. (2015). A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 33*, 95–102. Аннотация

:3. Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review, 45*, 34–44. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.003. Аннотация

:4. Hermida-Barros, L., et al. (2024). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 161*, 105678 (цифры — по пересказу в Pellegrini et al., 2025).

:5. Sperling, J. B., Stark, A. M., Woodson, O., et al. (2025). Family accommodation of OCD and anxiety symptoms across the lifespan. *the Behavior Therapist, 48*(6). Ссылка

:6. Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(3), 362–372. doi:10.1016/j.jaac.2019.02.014. EM-Consulte

:7. CamCOPS documentation. Y-BOCS — статус авторских прав.

ПТСР

:8. Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 47*(13), 2260–2274. Harvard Medical School

29. Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances, 26*, 145–152. doi:10.1192/bja.2019.48. PDF

30. Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000560. Cochrane

31. NICE (2018). Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. Опубликовано 5 декабря 2018.

32. Megnin-Viggars, O. (2019). Key learning points: NICE post-traumatic stress disorder. Medscape UK.

33. GPnotebook. Psychological therapy in post traumatic stress disorder (PTSD).

34. Infocop (2019). Tratamientos validados para el TEPT, según el NICE.

35. MDedge (2019). New PTSD prevention guidelines released.

36. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319–345. ORA Oxford

37. Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., et al., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 294–304. Psychiatry Online

38. American Psychological Association. Prolonged Exposure (PE).

39. Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 635–641. QxMD

40. Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748–756. doi:10.1037/0022-006X.60.5.748 (аннотация: Duke Scholars).

41. Center for Deployment Psychology. Cognitive Processing Therapy (CPT) — программа обучения.

42. Asmundson, G. J. G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., et al. (2019; онлайн 2018). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. QxMD

43. Child Welfare Information Gateway (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy: A primer for child welfare professionals. U.S. Department of Health and Human Services.

44. Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*(2), 199–223. doi:10.1002/jts.2490020207 (аннотация: EMDRIA).

45. Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., et al. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological Medicine, 50*(4), 542–555. doi:10.1017/S0033291720000070. Cambridge Core

-6. Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 305–316. doi:10.1037/0022-006X.69.2.305. EMDRIA

-7. Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1729633. doi:10.1080/20008198.2020.1729633. DOAJ

-8. American Psychological Association (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in Adults — сжатая версия; страница о методах.

-9. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, APA (2019). Summary of the clinical practice guideline for the treatment of PTSD in adults. *American Psychologist, 74*(5), 596–607. doi:10.1037/amp0000473. Duke Scholars

0. Bisson, J. I., & Olff, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology, 12*, 1824381. doi:10.1080/20008198.2020.1824381. PDF

1. Center for Deployment Psychology. Metrics Series: PTSD Checklist (PCL).

2. CamCOPS documentation. PCL-5 — статус прав.

Родственники ОКР: дисморфофобия и накопительство

3. The Carlat Report (2013, 22 June). New chapter in DSM-5: Obsessive-compulsive and related disorders. https://www.thecarlatreport.com/the-carlat-psychiatry-report/new-chapter-dsm-5-obsessive-compulsive-and-related-disorders

4. NICE (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31). Quick reference guide. PDF

5. Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 48*, 43–51. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.007. UCL Discovery

6. Postlethwaite, A., Kellett, S., & Mataix-Cols, D. (2019). Prevalence of hoarding disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 256*, 309–316. doi:10.1016/j.jad.2019.06.004. White Rose

7. Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety, 32*(3), 158–166. doi:10.1002/da.22327. Резюме: NEJM Journal Watch

8. Twigger, D., Gregory, J. D., Bowers, E., & Millar, J. F. A. (2024). Psychosocial interventions for hoarding disorder: A systematic review. *The Cognitive Behaviour Therapist, 17*, e41. doi:10.1017/S1754470X24000357. PDF

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.