



Терапия обсессивно-компульсивного расстройства: психология и религия

Р.Х. Ганиева^{1а}

¹Ингушский научно-исследовательский институт гуманитарных наук им. Ч. Ахриева,
г. Магас, Российская Федерация

^аORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2737-9335>, e-mail: rozacpp@mail.ru

Резюме: Данная статья является составной частью серии публикаций, в которых на основе конкретных кейсов детско-родительских отношений показана положительная динамика психологической работы, опирающейся на ингушскую культуру и религиозные ценности. В ней на примере конкретного случая описывается культура оказания психологической помощи с учетом духовного наследия клиента.

Статья включает краткую характеристику обсессивно-компульсивного расстройства, диагностических критериев заболевания, его эпидемиологии. ОКР рассматривается с позиций различных теорий. Подробно и последовательно описаны процесс краткосрочной терапии и применяемые техники.

Результаты накопленного автором опыта показывают, что мультикультурная компетентность терапевта не только обеспечивает высокий уровень доверия к нему со стороны клиента, но и позволяет применить профессиональный подход, базирующийся на использовании в терапевтической работе этнорелигиозных ресурсов.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство; социофобия; клаустрофобия; детско-материнские отношения; смерть; исламское консультирование; духовный контекст клиента; экзистенциальный вакуум; краткосрочная терапия; стратегии и техники психологической помощи

Для цитирования: Ганиева Р.Х. Терапия обсессивно-компульсивного расстройства: психология и религия (разбор случая). *Minbar. Islamic Studies*. 2023;16(4):974–998. DOI: 10.31162/2618-9569-2023-16-4-974-998





Therapy of obsessive-compulsive disorder: psychology and religion

R.H. Ganieva^{1a}

¹*Ingush Research Institute of Humanities named after Ch. Akhriev, Magas, the Russian Federation*

^aORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2737-9335>, e-mail: rozacpp@mail.ru

Abstract: This article is an integral part of a series of publications in which, based on specific cases of child-parent relations, the positive dynamics of psychological work on the basis of Ingush culture and religious values is shown. It describes the culture of providing psychological assistance, taking into account the spiritual heritage of the client and the whole paper refers to a specific case as the example.

The article includes a brief description of obsessive-compulsive disorder, diagnostic criteria, the course of the disease, its epidemiology. OCD is considered from the standpoint of various theories. The process of short-term therapy is described in detail. The strength of the work is the presence of a step-by-step description of the techniques used.

The results of the experience accumulated by the author show that the multicultural competence of the therapist provides him not only a high level of trust from the client, but also a professional approach based on the use of ethno-religious resources in therapeutic work.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; social phobia; claustrophobia; child-mother relations; death; Islamic counseling; spiritual context of the client; existential vacuum; short-term therapy; strategies and techniques of psychological assistance

For citation: Ganieva R.H. Therapy of obsessive-compulsive disorder: psychology and religion. *Minbar. Islamic Studies. 2023;16(4):974–998. (In Russ.) DOI: 10.31162/2618-9569-2023-16-4-974-998*

Введение

Когда встречаются два человека, чтобы создать семью, каждый из них обладает уникальным набором своих травматических историй, серией тайн и секретов. «Однако, если секреты значимы и болезненны, они могут быть фоном, на котором разворачивается все супружеское взаимодействие. Все еще больше усложняется, когда в семье появляется третий – ребенок» [1, с. 95].

Ребенок – самое слабое звено в семейной системе, и, пока не сформировалось его «Я», у него нет защитных механизмов и он не справляется со многими событиями, привычными для взрослых. Только поэтому он является «идентифицированным пациентом», по поводу которого родители обра-



щаются за психологической помощью. Еще З. Фрейд предположил наличие феномена бессознательной передачи психической информации от старшего поколения к младшему. М. Боуэн назвал этот процесс трансгенерационной трансляцией. Именно межпоколенная передача признана прокомментировать таинственное повторение патологических родительских моделей у детей, а также невероятное понимание детьми проблем своих отцов. «Синдром предков» (Шутценбергер, 2007), «двойные идентичности» (Кампенхаут, 2012), «склеп» (Abraham, 1984), «семейный мандат», «невидимые лояльности» (Buzormeni-Nagy, 1973), «визитеры Эго» (Mijola, 1987), «призраки в детской» (Fraiberg, 1975), «горячая картофелина» (English, 1969) – все эти метафоры описывают трансгенерационную передачу. Если трансляция семейных ценностей, традиций, обычаев от поколения к поколению осуществляется сознательно, то трансгенерационная передача идет на бессознательном уровне, так как негативный опыт и информация предыдущих поколений являются для человека тайным и скрытым грузом в силу его травматического характера.

В своей ежедневной практике мы систематически наблюдаем желание родителей сосредоточиться на проблемах ребенка. Попытки консультанта анализировать другие аспекты жизни семьи, как правило, вызывают негодование и раздражение. Даже если понятно, что проблема в супружеских отношениях, а не в ребенке, приходится играть в их игру. «Но родители “играют с реальностью”, давая детям вербальные и невербальные послания о неблагополучии и запрещая их обсуждать. Дети становятся заложниками родительских травм, болезненного родительского опыта, расплачиваясь за это психическим и физическим здоровьем, эмоциональным благополучием, доверием к миру» [1, с. 98].

В детстве ребенок полностью зависит от матери, от ее эмоционально-психологического состояния. И если мать переживает агрессию, депрессию, апатию, находится в своих фантазиях, ребенок на этапе симбиоза с матерью считывает ее состояние при помощи таких механизмов, как интериоризация, интроекция, инкорпорация.

В случае здоровых отношений в паре рождение ребенка сопровождается чувством удовлетворения и счастья. Супруги, которых любили их родите-



ли, «передают любовь, как олимпийский огонь, из рук в руки своим детям. Но, к сожалению, так происходит не во всех семьях» [1, с. 105].

Описание случая

Психиатр направил в наш Центр тринадцатилетнюю девочку Марету, ученицу Республиканского Центра дистанционного образования. До четвертого класса она училась в частной школе. Ее высокая тревожность не позволяет ей посещать обычную школу. Марета – единственный ребенок в семье, который мечтает о брате.

На консультации мать рассказала, что Марета была во втором классе, когда стояла на подоконнике и, смотря на новогодние салюты, стала сильно кричать и плакать: «Мама, пойдем со мной в комнату», «Вы умрете, что я буду делать?», «Боюсь, что вы умрете», «Убейте меня, чтобы я не осталась без вас». Далее со слов матери мы узнали, что девочка часто задает родителям один и тот же вопрос: «Вы же долго будете жить?». Мать отвечает: «Мы долго будем жить, 200-300 лет». «Она знает, что мы должны умереть, – продолжает женщина. – Если я говорю: “Голова болит”, она спрашивает: “На сколько процентов у тебя болит голова?”».

Марета никуда не отпускает от себя маму. «Она чувствует мое состояние. Она всегда смотрит на меня», – говорит женщина.

Четыре месяца во время уроков мать девочки сидела в коридоре школы. «Боюсь, что она без вести пропадет... что ее может сбить машина... что она не ответит на телефон», «Было так, что мама во время митинга не отвечала на звонки», «Она была в парке, был сильный дождь, она не слышала, а потом перезвонила», «Если мама не отвечает, мне кажется, что она в больнице, никогда не ответит и не заберет меня из школы», «Кажется, что мама умрет... просто возьмет и пропадет», – снова и снова повторяет девочка. «Если она будет рядом со мной, с ней ничего не случится», – считает Марета.

На первой консультации был сформулирован запрос: высокая тревожность (ОКР), социофобия, клаустрофобия, низкий уровень доверия к миру, отсутствие сепарации от матери, интернет-зависимость, экзистенциальный кризис.



Из анамнеза: У папы в семье четырнадцать детей – семь братьев и семь сестер. Сестры отца часто повторяют: «*Е йулуг цхьаь йита глерт шо?*»/«Вы хотите эту девочку оставить одну?». Мать девочки настаивает, чтобы муж женился. «Я не хочу делить ни с кем ни папу, ни тебя», – заявляет ей Марета. У матери нет отца. Из ее рассказа мы узнали, что он был спокойным и правильным человеком. Прадедушку Мареты (по материнской линии) забрали власти... расстреляли... Семья об этом узнала через многие годы. Дедушка клиентки был семимесячным ребенком, когда случилась эта трагедия.

Мать матери (бабушка Мареты) в настоящее время прикована к постели. Была строгой, заботливой, воспитала пятерых детей – трех сестер и двух братьев.

Отец и мать Мареты много лет проработали в одном из силовых ведомств, в настоящее время отец продолжает служить в данном подразделении. Марета – поздний ребенок, она родилась, когда матери было тридцать девять лет, после первого выкидыша. Когда малышке исполнилось пять месяцев, мама вышла на работу, оставив ее с тетей (сестрой матери).

В третьем классе отец купил дочери телефон, и она с головой ушла в виртуальную реальность, чтобы найти там возможность проявить себя.

«Дедушка (по отцовской линии) умер, когда мне было пять лет, – рассказывает Марета. – Меня отвезли к родственникам матери. Когда я вернулась, мне сказали, что он в больнице. Я много раз спрашивала у родителей: “Почему вы его не навещаете, почему не отвозите еду, одежду”. “Он в больнице. Он жив. Он лечится, – отвечала мама. – Мы с ним поговорили, мы ему деньги отправили”. Мои двоюродные братья и сестра говорили мне, что он умер, но, когда мама была рядом, они молчали или говорили о другом. Все считали меня детективом, очень догадливой девочкой. До одиннадцати лет они меня обманывали».

В картине мира ребенка «отсутствие» и «смерть» имеют знак равенства. У девочки появились навязчивые идеи и мысли, которые расцениваются родителями, особенно отцом, как капризы, а на самом деле являются приобретенными реакциями тревожности. На наших сессиях из уст девочки много раз звучала фраза: «Больше всего было обидно, что от меня скрывали смерть дедушки».



«Из-за всепоглощающего характера коллективной травмы граница между поколениями становится размытой, и следующее поколение не может построить свою идентичность независимо от родителей. Детей травмированного поколения, второго поколения после первого, Прагер (Prager, 2003) называет “потерянным поколением”. Эти дети, потерявшие собственное детство и идентичность, предрасположены больше идентифицировать себя с травматическим прошлым своих родителей, чем со своим собственным настоящим» [2, с. 22].

Реакция маленьких детей на утрату близкого им человека резко отличается от реакции взрослых. Малыш, которому всего лишь несколько месяцев, уже чувствует, что ему чего-то не хватает, что родители расстроены и подавлены. Дети в состоянии воспринимать горечь утраты начиная с трехмесячного возраста [3]. Дети в возрасте от 0 до 3 лет воспринимают смерть как разлуку или уход и не понимают, что покойник никогда не вернется к ним. Поэтому они выглядят не столь печальными, как более старшие дети. Между тем младенцы чувствуют, что окружающие их взрослые расстроены. Самым важным фактором, оказывающим влияние на ребенка этой возрастной категории, является реакция его родителей.

Чтобы ребенок справился с происходящим, необходимо сохранить обычную обстановку и привычное ощущение безопасности. Если же базовое чувство безопасности отсутствует, то ребенок демонстрирует регрессивное поведение.

Смерть оказывает грандиозное влияние на чувство безопасности и надежности ребенка. Потеря близкого человека у детей обретает циклический характер. На каждом следующем этапе своего развития ребенок переживает горечь утраты по-новому. Шестилетний ребенок, потерявший родного человека, когда ему было три года, воспринимает эту утрату по-другому – теперь он понимает, что она невозможна. На основных этапах развития утрата чувствуется более остро. По мере взросления у ребенка снова появляются интерес к смерти и переживания по этому поводу.

Детям тяжело осознавать окончательность ухода. В работах российских и зарубежных психологов (Л.И. Анцыферова, А.А. Баканова, А.В. Гнездилов, А.В. Осницкий, Н.В. Власова, Р. Мэй, Ф. Перлз, В. Франкл, К.Г. Юнг,



И. Ялом) показано, что шестилетние дети воспринимают утрату как временное явление и делают ошибочные выводы о причинно-следственной связи. Например, если человек умер в больнице, то ребенок может считать, что причиной его смерти был визит в медицинское учреждение. Он может впоследствии бояться посещать врача или больницу.

Ближе к шести годам дети делают логические умозаключения и пытаются выяснить причину смерти. В связи с тем, что шестилетние мыслят магическими, сказочными категориями, они уверены в том, что смогут повлиять на результат событий. Дети этой возрастной группы буквально воспринимают такие аргументы взрослых, как: «дедушка в больнице», «он заснул навсегда», «Аллах забрал его». Эти фразы могут напугать ребенка еще сильнее, чем правдивое объяснение утраты близкого человека.

Дети от шести до десяти лет понимают смысл и значение смерти. Они осознают, что это расставание навсегда. И это очень боязно для них. В связи с тем, что они понимают окончательность и бесповоротность смерти, они скорбят о потере, которая предшествовала этому возрасту. Именно в этом возрасте у ребенка может появиться страх потери второго родителя или своей собственной смерти. Таинственность смерти в глазах ребенка усиливает ее внезапность и непостижимость. В этом возрасте нельзя запрещать ребенку спрашивать все, что он хочет, и следует всегда отвечать на его вопросы, даже если ответы короткие и отрицательные. С другой стороны, дети могут демонстрировать регрессивное поведение. Подобные паттерны поведения тоже естественны и допустимы. Так ребенок справляется с утратой. Только так дошкольник и младший школьник рефлексирует и учится жить без дорогого ему человека.

Запрос родителей Мареты заключался в том, чтобы избавиться от тревожного расстройства (ОКР), поэтому в первую очередь необходимо было снизить обсессивную симптоматику и разрушить систему ритуалов. Прежде чем рассказать об алгоритме вмешательства при терапии указанного расстройства, рассмотрим теоретический аспект ОКР.

Обсессивно-компульсивное расстройство относится к психическим расстройствам тревожного типа, которому присущи навязчивые мысли (обсессии), проникающие в сознание человека и вызывающие чрезмерное беспо-



койство и навязчивые действия (компульсии), представляющие собой многократно повторяющиеся поведенческие и мыслительные ритуалы, которые человек выполняет для того, чтобы снизить уровень тревоги. В жизни каждого индивида встречаются навязчивые идеи и поступки, которые не являются индикаторами психической патологии. До 80% населения так или иначе сталкиваются с обсессиями, однако эти люди не уделяют им особого внимания и не пытаются заблокировать их [4]. «Большинство людей чувствует себя спокойнее, если могут проделывать определенные действия в установленном порядке: аккуратно застегивать пуговицы рубашки (75% опрошенных), объедать початок кукурузы «по рядам (60%), чистить зубы, двигая щетку сверху вниз (50%), менять полотенца каждый день или после душа (50%), щелкать пальцами (40%), спать на левом боку (34%), спать на животе (25%) и спать на спине (14%)» [5, с. 226].

Навязчивые мысли становятся проблемой тогда, когда они приобретают чрезмерный характер. Самыми популярными обсессиями считаются «навязчивые мысли по поводу загрязнения, катастрофы, виновности, точности, пунктуальности, симметрии, религии, агрессии, секса, тела, пустое философствование» [4]. К самым распространенным компульсиям можно отнести перепроверку (53%), уборку (50%), подсчет (36%), потребность исповедоваться (31%), поддержание симметричности (28%) и накопительство [6]. Значительное число людей с ОКР понимают, что их действия абсурдны и нелогичны, но продолжают выполнять свои ритуалы [7].

С точки зрения Дж. Нардонэ, компульсии бывают двух видов: компенсирующие (действие, которое позволяет «исправить» то, что произошло) и предупреждающие (действие, совершаемое для того, чтобы не допустить чего-то нежелательного) [8]. Нужно заметить, что предупреждающие ритуалы бывают двух подвидов: рациональные и магические [9]. Примером навязчивых действий первого вида может быть чрезмерный подсчет прибыли, примером магического ритуала выступает молитва. В свою очередь ритуалы подразделяются на цифровые (человек выполняет их определенное количество раз) и аналоговые (пока не снизится степень тревожности).

По мнению М.Е. Бурно, «к обсессиям-компульсиям предрасположены люди мыслительно-аналитического склада с тревожно-мыслительной инер-



тностью, чувственной яркостью, сомневающиеся в себе, с острым самолюбием и склонностью к скрупулезности-педантичности» [10].

Часто ОКР сопутствуют такие расстройства, как депрессия (55%), биполярное аффективное расстройство (30%), шизофрения (15–20%), инсомния (40%), изолированная фобия (30%), социофобия (до 20%), паническое расстройство (до 15%), булимия, анорексия и тики [5, с. 228].

При малейшем подозрении на наличие у клиента «психиатрической» симптоматики следует отправить его к доктору. Расстройство начинается как постепенно, так и внезапно. Основной причиной данного состояния клиентов остается предшествовавший стресс. Люди часто скрывают свое состояние при возможности более или менее контролировать его. Проходят годы, прежде чем человек обратится к специалисту. Средний возраст госпитализированных – 30 лет. Результаты работы с клиентами показывают, что у 20–30% наблюдается смягчение патологической симптоматики, у 40–50% – незначительная положительная динамика, у 20–40% – либо отсутствие динамики, либо регресс [7].

ОКР – одно из самых распространенных расстройств, которое у детей встречается чаще, чем у взрослых, и наблюдается у женщин от 25 до 34 лет, у мужчин от 35 до 54 лет [4].

На сегодняшний день существуют разные теории, объясняющие этиологию ОКР. Во-первых, исследования в области нейробиологии позволяют установить, что у больных в анамнезе зафиксированы родовые травмы, которые следует отметить как одну из причин расстройства. Во-вторых, исследования, выполненные с помощью позитронно-эмиссионной томографии, показали высокую метаболическую активность и повышенный поток во фронтальных зонах коры головного мозга, поясной извилины и базальных ганглиях. В-третьих, серия исследований позволяет сделать вывод, что у клиентов с ОКР крайне низкая активность серотонина.

Представители бихевиоризма утверждают, что обсессии – это условные рефлексы, в том случае, когда обычный стимул коррелирует с тревожным стимулом, уровень тревожности повышается при возникновении нейтрального стимула. Если человек совершает какие-то действия, чтобы снизить тревогу от обсессивных мыслей, то это приводит к компульсивным действиям.



Специалисты, работающие в рамках когнитивной терапии, отмечают, что клиенты обращают пристальное внимание на «нежелательные» мысли, идеи, представления и пытаются погасить их компульсивными действиями. Убеждения людей с ОКР выглядят так: «Мои мысли ненормальны», «Мои мысли опасны», «Я должен контролировать свои мысли», «Я должен быть идеальным», «Я ответственен за все, что происходит», «Мне нужна определенность».

Сторонники информационно-нейрофизиологической концепции, сформулированной в рамках теории метода ДПДГ, подчеркивают, что травма не была переработана головным мозгом субъекта, и как только пациент сталкивается с воспоминаниями о стрессе, активизируются нейронные связи, в которых зашифрованы первоначальные чувства [11]. Этот процесс обеспечивает больному включенность в ситуацию, запускает определенные когнитивные, поведенческие и аффективные реакции.

Авторы психоаналитической модели ОКР считают обсессии и компульсии признаками глубокой проблемы в подсознании человека. С точки зрения специалистов этого направления, ОКР закладывается на анальной стадии сексуального развития человека [12]. Контроль над нежелательными импульсами они осуществляют с помощью таких защитных механизмов, как изоляция, аннулирование и реактивное образование [7].

Следующая модель ОКР, так называемая стратегическая, разработана в Центре краткосрочной стратегической терапии в г. Ареццо (Италия). Как считают приверженцы этой теории, в основе ОКР лежит невротический страх, который вынуждает клиентов реагировать на него обсессиями и компульсиями [9].

Терапевтическая работа с Маретой была основана на методологии и техниках краткосрочной стратегической терапии. Для того, чтобы девочка убедилась в неэффективности предпринятой попытки решения (ППР), была предложена техника «Как ухудшить?». [5, с. 295].

«Обсессивно-компульсивные действия не лишены логики, но они следуют своей “необычной, оригинальной” логике; чтобы изменить ее, мы вынуждены применять столь же “неординарную, необычную” логику при разработке терапевтических стратегий» [8].



Есть несколько стратегий изменения ритуала. Мы выбрали в качестве основного «отложение выполнения ритуала». Его суть заключается в том, чтобы не выполнять ритуал сразу, сделать это спустя некоторое время, если это будет необходимо. В таком случае клиент получает новый эмоционально-корректирующий опыт. Марете было рекомендовано следующее: каждый раз перед тем, как выполнить ритуал, отложить его на 30–60 секунд, затем выполнить его, если будет необходимость. Далее эти отсрочки увеличивались вплоть до полного отказа от ритуала [5, с. 286].

То, что близкие очень часто вовлечены в поддержание проблемы клиента, было описано в работах М. Эриксона, П. Вацлавика, Р. Фиш, Дж. Хейли, И.К. Берг, С. де Шейзера и др. Каждый раз, когда клиенту с ОКР кто-то помогает решить его проблему, он получает два послания: «Ты ценен для меня» и «Ты не можешь справиться с расстройством, поэтому тебе нужна моя помощь». Мы довели до сведения Мареты, что каждый раз, принимая такую помощь, она все больше убеждается в своей неспособности справиться с проблемой самостоятельно. Завершилась очередная сессия предписанием: «Я понимаю, что ты сейчас не можешь отказаться от помощи, но каждый раз, когда ты просишь и получаешь ее, напomini себе, что ты ухудшаешь свою ситуацию».

Тем не менее и на этом этапе Марета, одолеваемая различными мыслями и сомнениями, обращалась к маме, чтобы получить от нее подтверждение правильности своих рассуждений. Клиентке и маме было дано предписание «Обет молчания» [5, с. 299].

Тем самым мама была исключена из поддержания ОКР, перестала снижать тревогу дочери своими заверениями. Никто из близких больше не участвовал в решении проблем девочки.

Опыт показывает, что наилучшие результаты достигаются в том случае, когда скорость и направление терапии определяются клиентом, а не терапевтом или близкими людьми. Когда человек понимает, что контроль остается за ним, он быстрее, смелее и с большей уверенностью продвигается в терапии. К тому же мы заключили с Маретой договор, что она будет ежедневно оставлять мне голосовое сообщение, докладывая о своем прогрессе и выполнении упражнений, что усиливало ее чувство ответственности.



Для того, чтобы лучше понять девочку, оптимизировать терапевтический процесс, улучшить общение с ней, представить абстрактные идеи в конкретном виде, в процесс терапии были включены рассказы, истории, аналогии, которые легко запоминаются и могут быть воспроизведены снова и снова. Тем самым мы решили расширить спектр своих ресурсов для того, чтобы увеличить шансы на успех. В первую очередь мы взяли рассказ «Шоколадный торт» [13, с. 82], суть которого заключается в том, чтобы клиент выполняла ритуалы, но по-своему, показав ОКР, что она обладает некоторым контролем над ситуацией. «Ладно, твоя взяла! Я помою руки, как ты ве-лишь, но я сделаю это своим способом! Поступая так, он начинает разрушать привычный порядок действия, что впоследствии поможет и полностью отка-заться от них. К тому же клиент пересматривает свои отношения с ОКР – от полного подчинения до пассивно-агрессивного подчинения. Подход «иди ты к черту» лежит в основе поведения и в конечном счете дает пациенту возмож-ность перейти в полное неповиновение ОКР» [13, с. 82].

В ходе терапевтического сотрудничества мы посчитали уместным вклю-чить еще один рассказ – под названием «Чарли Браун» [13, с. 118].

Люди с ОКР похожи на Чарли Брауна. Они верят своим навязчивым мыслям и выполняют свои навязчивые действия. Наша задача состояла в том, чтобы помочь Марете доверять себе, своей способности выдержать, про-явить решительность и в конце концов преодолеть все препятствия, выстро-енные ОКР. Марета отметила, что дискомфорт длится недолго и его можно вынести. Девочке нужно было запомнить, что успешная борьба с ОКР даст возможность почувствовать себя сильной и способной в перспективе оконча-тельно его победить.

Ближе к концу работы, когда результат уже был обозначен, но необ-ходимо было снять ограничения, наложенные проблемой, мы использовали технику «Шкалирование», основное предназначение которой состояло в том, чтобы побудить Марету продвинуться дальше по шкале прогресса своего со-стояния в сторону достижения цели терапии [5, с. 342].

Как известно, ОКР налагает на клиента большие ограничения. Для пре-одоления этих ограничений и создания нового устойчивого равновесия было использовано предписание «Как если бы» [5, с. 295].



Обычно это дается клиенту ближе к концу терапии, а именно в третьей фазе вмешательства. Суть техники заключается в том, чтобы каждый день совершать маленькое, но конкретное действие, как если бы человек уже решил проблему, и каждый день выбирать что-то другое. Результатом выполнения предписаний стало снятие последних ограничений, наложенных проблемой.

На вопрос «Как бы я вела себя, если бы проблема была решена?». девочка ответила: «Запишусь в обычную школу. Перестану ходить к психологу. Обрадую всех своих родственников, папе и маме расскажу. Со своей подругой и сестрой пойду в кафе. С подругой, которая живет в Магасе, погуляю. Запишусь на танцы. Мне вернут телефон. Я буду записывать видео. Буду всю свою оставшуюся жизнь гулять. Я люблю ходить по паркам. Не люблю сидеть дома. Мама устроится на работу, будет без меня ходить на свадьбы, похороны, в магазины и ездить к бабушке. Она будет спокойна».

На этом этапе Марета была госпитализирована для хирургического вмешательства по коррекции носа и удалению аденоидов, после чего в ее состоянии наблюдался регресс. Для перепрограммирования сознания в терапию была включена техника «Прощальное письмо к симптому», предложенная основателем позитивной психотерапии Носсратом Пезешкианом. Это письмо состоит из трех частей. В первой части девочка поблагодарила тревожность за приобретенный опыт. Во второй – объяснила, почему хочет расстаться. В третьей части отметила, чем заполнится пустота после расставания с расстройством. Это письмо Марета читала ежедневно в течение десяти дней и в моменты, когда ее «накрывал» симптом [14, с. 268].

Вместе с тем Марета чувствовала сильный страх и тревогу при любом социальном взаимодействии, испытывала панику из-за того, что ее слова и действия будут негативно оценены окружающими. Причиной социальных страхов могла быть гиперопека родителей, которая препятствует формированию навыков социального взаимодействия и социальной коммуникации. Для того, чтобы устранить дефицит социальных навыков посредством обучения различным стратегиям и техникам коммуникации, мы работали над развитием чуткости и умением считывать вербальные и невербальные сигналы. Марета изучила книги Алана и Барбары Пиз «Язык телодвижений» и Д. Морриса «Наблюдая за человеком». Следующим этапом работы стал тренинг со-



циальной компетентности, позволивший девочке сформировать способность к адекватной коммуникации в различных ситуациях [5, с. 332].

На этом этапе работы для преодоления страха отвержения была предложена техника «Прививка от отказа» [5, с. 314].

По мере выполнения предыдущих предписаний мы перешли к интеграции в социум для того, чтобы девочка смогла преодолеть изоляцию от общества и получить конструктивный опыт социального взаимодействия.

В связи с интернет-зависимостью родителям были даны следующие рекомендации:

- установить программу «Family Link» (приложение Play-Market);
- или заказать девочке лимитированный пакет;
- донести до сведения девочки, что цифровые устройства – это радиация, электромагнитные волны, излучение, способное вызвать даже генетические изменения;
- обустроить комнату Мареты, чтобы она могла принимать своих подруг и общаться с ними;
- пересмотреть режим дня и ночи ребенка (выбрать по желанию занятия хореографией, театральным искусством, гимнастикой, плаванием и т.д.).

Родители девочки были религиозно ориентированными. Сама Марета сильно опиралась на аяты и суры Корана, поэтому было решено включить в терапевтический процесс религиозный компонент.

Консультирование в контексте религиозных ценностей клиента

В исламской литературе имеется большое количество трудов – от Священного Писания и пророческих повествований до текстов богословов, мусульманских врачей и классических исламских правоведов, посвященных навязчивым мыслям и компульсивному поведению, касающихся наличия и роли повторяющихся мыслей в сочетании с их влиянием или отсутствием на религию.

В классических источниках для обозначения навязчивых идей используется термин «васвас». Слово «васвас» встречается в Коране и в пророческих повествованиях [15, 50:16]. Переводится оно как «шепот», но имеет и другие значения. «Одно из значений васваса – это подсознательное влечение, исхо-



дящее от низшего “я” (обладающего необузданными, гедонистическими наклонностями), которое всплывает в сознании. В качестве альтернативы ему можно приписать метафизические нашептывания дьявола, который может потворствовать низшему эго (нафсу) или побуждать его к высвобождению некоторых из этих предосудительных мыслей» [16].

Исламские мыслители не исключают наличия психологических, социальных и биологических составляющих обсессивно-компульсивного расстройства [17] и связывают скрупулезность с ее метафизическим (дьявольским) происхождением [18]. С исламской точки зрения дьявол играет на психологических слабостях или триггерах человека. Содержание этих мыслей, возникающих в сознании, вызывает сильный дистресс, физиологически возбуждает человека, и в результате возникает состояние повышенной бдительности, которое приводит к навязчивой реакции, направленной на то, чтобы погасить или «отменить» последствия страха, возникшего в сознании. Другими словами, скрупулезность можно представить как страх перед собственными мыслями. Однако следует иметь в виду, что ислам не просто рассматривает наличие предосудительных мыслей как негативный показатель веры. Напротив, после того, как сподвижники Пророка (мир ему и благословение) рассказали ему о том, что у них есть предосудительные мысли, Пророк (мир ему и благословение) позитивно переосмысливал и преподносил наличие этих мыслей как показатель веры [19, с. 213].

У верующих людей, как правило, симптомы ОКР связаны с религиозными убеждениями и практиками. Религиозное проявление навязчивых мыслей и действий известно как скрупулезность. Абрамовиц и Якоби [20] приводят клиническое описание скрупулезности, которое заключается в формуле: «боязнь греха там, где его нет» [20].

Al-Solaim и Loewenthal [18] подчеркивают, что молодые мусульманские женщины из Саудовской Аравии, страдающие ОКР, сообщили, что навязчивые мысли на религиозной почве вызывают больше негативных чувств и переживаний и расцениваются как более тревожные по сравнению с другими навязчивыми идеями [19].

Абрамовиц и Якоби [20] рассматривают «четыре типа презентаций скрупулезности:



а) навязчивые мысли, которые интерпретируются в религиозных рамках, в) мысли религиозного характера, которые обычно считаются кощунственными, и стратегии ритуальной нейтрализации, которые могут включать или не включать религиозную тематику, с) мысли религиозного характера, перерастающие в навязчивые идеи, а также ритуалы проверки и поиска уверенности, d) навязчивые сомнения в том, правильно ли выполняются религиозные правила или заповеди, достаточно ли человек “верен”» [16].

В средневековом трактате Абу Зайда ал-Балхи «Пища для души», переведенном М. Бадри [21], можно прочесть, что этиология ОКР обусловлена одним из двух или несколькими факторами, сочетанием наследственной предрасположенности и этиологических причин. Он отмечает, что этиологические истоки ОКР могут быть также связаны с метафизическим присутствием «шепота дьявола». Данные современных специалистов свидетельствуют о том, что ОКР может быть вызвано генетической предрасположенностью [22], отдельными инфекционными заболеваниями [23] и аномалиями мозга [24]. Психологические аспекты ОКР были связаны с особенностями детского развития. По мнению Salkovskiset [25], люди с ОКР в детском возрасте имели:

- непосильную ответственность;
- слишком малую ответственность;
- воздействие жестких санкций или экстремальных правил;
- инциденты, когда их поступки приводили к серьезным последствиям;
- ситуации, когда они заблуждались, что их мысли или действия привели к серьезному несчастью.

Анализ тем и случаев васваса можно классифицировать на пять тематических категорий:

- Тахара, или чистота, – навязчивые мысли и ритуалы в отношении чистоты деяний, тела и желаний;
- Саля, или молитва (намаз), – перманентные страхи перед неполноценностью молитвы и повторение ее из-за неисполнения ее пунктов;
- Мунакахат (брак и развод) – навязчивые мысли о вероятности развода с супругом;



· Ахляк, или характер, – вмешательство греховных мыслей о музыке, насилии или сексе, опасаются, что они отражают латентную сущность клиента;

· ‘Акыда: повторяющиеся богохульные мысли, сопровождающиеся катастрофическими страхами перед вероотступничеством.

В исследовании Ok U., A.V. Goren [26] обнаружена положительная корреляция между религиозностью и обсессивно-компульсивным расстройством в неклинической выборке мусульман, при этом такие черты личности, как невротизм и добросовестность, играют футурологическую роль в показателях ОКР. Однако согласованность и добросовестность в совокупности проиллюстрировали лишь незначительную долю связи религиозности с симптомами ОКР. Данная работа позволяет предположить, что невротизм и перфекционизм сильно связаны с потенциальной обсессивно-компульсивной практикой ислама. «Религия, по-видимому, скорее обеспечивает условия для проявления симптомов ОКР, а не является отличительной темой или причиной ОКР, что проясняет теорию о том, что религиозные проявления являются социальным контекстом или покрытием ОКР, встречающимся у религиозных людей» [16].

Поскольку страх смерти мамы был центральным страхом Мареты, мы обсудили с ней этот вопрос с точки зрения религии. «Однажды ‘Аиша (да будет доволен ею Аллах) спросила Пророка (мир ему и благословение): “Встанет ли кто-нибудь вместе с шахидами в Судный день?”. Он ответил: “Да, встанет тот, кто каждые сутки 20 раз вспоминает о смерти”» [27]. «Один из ансаров (жители Медины) спросил у Пророка (мир ему и благословение): “О Посланник Аллаха (мир ему и благословение), кто самый умный и счастливый?”. Он ответил: “Кто больше всего вспоминает о смерти и лучше подготовлен к ней – тот самый умный, он удостоится чести и достоинства на этом и том свете” (ат-Табарани, Ахмад)» [28]. В результате этого обсуждения мы пришли к выводу: смерть придает жизни смысл.

В качестве важных составляющих терапевтической работы и поддержания психологического здоровья Марете было рекомендовано:

· После молитвы Фаджр в любое время до захода солнца (Магриб) в следующем порядке читать зикры: шахада – 100 раз; астагфируллах – 75 раз;



зикр ляфз аль-джальяля «Аллах» – 100 раз; «ля иляха ильляллах» – 100 раз; саяват – 50 раз; сура «аль-Ихляс» (сура №112) – 11 раз; сура «аль-Фатиha» – 1 раз.

· Сконцентрировать внимание на школьных предметах, особенно занятиях по русскому языку. Пророк Мухаммад (мир ему и благословение) сказал: «Если человек идет по пути знаний, то Всевышний для него прокладывает путь в Райскую обитель» [29, 11 гл., хадис №6793, с. 23–24].

· Прочитать книгу Марьям Вахитовой «Дорога, которую выбираешь ты» [30] – попытку автора увидеть мир глазами дочери и показать ей, каким может быть путь, и помочь определиться с выбором.

Во время чтения девочка прислала промежуточный отзыв: «Это самая комфортная книга для меня. Я читаю с удовольствием. Я нашла себя! Я многое поняла из того, что не понимала раньше! Благодаря этой книге, я начала вести дневник. Я получила большую пользу. Спасибо автору!»

Заключение

В картине мира ребенка «отсутствие» и «смерть» имеют знак равенства. У девочки появились навязчивые идеи и мысли, которые расцениваются родителями как капризы, а на самом деле являются приобретенными реакциями тревожности.

Потеря близкого человека у детей обретает циклический характер. На каждом следующем этапе своего развития ребенок переживает горечь утраты по-новому. На основных этапах развития утрата чувствуется более остро. По мере взросления у ребенка снова появляется интерес к смерти и переживания по этому поводу. Ближе к шести годам дети делают логические умозаключения и пытаются выяснить причину смерти. В связи с тем, что шестилетние мыслят магическими, сказочными категориями, они уверены в том, что смогут повлиять на результат событий.

Дети от шести до десяти лет понимают смысл и значение смерти. В связи с тем, что они понимают окончательность и бесповоротность смерти, они скорбят о потере, которая предшествовала этому возрасту. Именно в этом возрасте у ребенка может появиться страх потери второго родителя или сво-



ей собственной смерти. Таинственность смерти в глазах ребенка усиливает ее внезапность и непостижимость.

Опыт показывает, что наилучшие результаты в работе с тревожным расстройством достигаются в том случае, когда скорость и направление терапии определяются клиентом, а не терапевтом или близкими людьми. Когда человек понимает, что контроль остается за ним, он быстрее, смелее и с большей уверенностью продвигается в терапии.

Тревога выполняет определенную функцию. Человеку с тревожным расстройством нужно научиться принимать ее, соглашаться с ней, разрешать ей быть, подружиться с ней. В таком случае в психике формируется идея: «Это терпимо! Это переносимо!». Не избегать... Избегание только усиливает тревогу.

Критерием эффективности терапевтического процесса является не отсутствие тревоги, а присутствие ее в той мере, чтобы она не блокировала и не парализовала человека.

Литература

1. Олифинович Н.И. *Семейные тайны: хранить нельзя открыть. Системно-аналитический подход к трансгенерационной передаче семейной травмы*. М.: Издательская группа «Альма Матер»; 2022. 366 с.
2. Бако Т., Зана К. *Трансгенерационная травма и терапия. Трансгенерационная атмосфера*. М.: издатель Базенков И.Л.; 2023. 146 с.
3. Маликова Т.В., Новикова Т.О., Пирогов Д.Г. Переживание утраты детьми дошкольного возраста. *Педиатр*. 2018;9(6):111–117.
4. Прашко Я., Можны П., Шлепенцы М. *Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств*. М.: Институт общегуманитарных исследований; 2015. 1072 с.
5. Власов Н.А. *Краткосрочная психотерапия тревожных расстройств*. М.: Психотерапия; 2019. 376 с.
6. Лихи Р. *Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не справилась с тобой*. СПб.: Питер; 2017. 368 с.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. *Клиническая психиатрия*. В 2 т. Т. 1. М.: Медицина; 1994. 672 с.



8. Нардонэ Дж. *Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия*. М.: Психотерапия; 2008. 352 с.
9. Нардонэ Дж. Краткосрочная стратегическая психотерапия при обсессивно-компульсивных расстройствах. *Московский психотерапевтический журнал*. 2004;1:44–57.
10. Бурно М.Е. *О характерах людей (психотерапевтическая книга)*. М.: Академическая книга; 2017. 640 с.
11. Luber M. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets. Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions*. NY: Springer Publishing Company; 2016. 439 p.
12. Комер Р. *Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики*. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; 2007. 640 с.
13. Вег А. *Услышать и остановиться. Терапевтические истории для лечения обсессивно-компульсивного расстройства*. СПб.: Питер; 2020. 208 с.
14. Кулева Е. *Прощай, страдание! Здравствуй, жизнь! Как перепрограммировать сознание на успех*. М.: ИД «Городец»; 2023. 304 с.
15. *Коран = The Holy Qur'an*. Шидфар Б.Я. (пер. с араб. и коммент.). М.: Изд. Дом Марджани; 2012. 608 с.
16. Keshavarzi H., Khan F., Syed B. Islamically Integrated Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Scrupulosity (Waswasa) in Muslim Patients. *Spiritual Counselling and Care In Health And Prison Services: Diverse Experiences & Practices*. 2020:229–251.
17. Са'д ад-дин ат-Тафтазани. *Шарх аль-'акаид ан-насафиййа*. Карачи: мактабат аль-Бушра; 2009. 416 с.
18. Al-Solaim L., Loewenthal K.M. Religion and obsessive-compulsivedisorder (OCD) among young Muslim women in Saudi Arabia. *Mental Health, Religion&Culture*. 2011;14(2):169–182.
19. Бадри М. *Теория и практика исламской психологии* Павлова О.С., Полосин В.С. (ред.) М.: АНОИПЦ «Аль-Васатыя – умеренность»; 2018. 268 с.
20. Abramowitz J.S., Jacoby R.J. Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3:140–149.



21. Бадри М. *Пицца для души Абу Зайда ал-Балхи: когнитивно-поведенческая терапия врача девятого века*. М.: Международный институт исламской мысли; 2019. 110 с.

22. Hanna G.L., Himle J.A., Curtis G.C. and Gillespie B.W. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005;134B(1):13–19.

23. Swedo S.E., Leonard H.L., Garvey M., Mittleman B., Allen A.J., Perlmutter S.J., et al. Pediatric autoimmune disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):264–271.

24. Zohar, J., Insel, T.R., Zohar-Kadouch, R.C., Hill, J.L. and Murphy, D.L. Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder: effects of chronic clomipramine treatment. *Archives of General Psychiatry*. 1988;45:167–172.

25. Salkovskis, P.M., Shafran, R., Rachman, S. and Freeston, M.H. Multiple Spiritual Counselling and Care in Health And Prison Services. 251 pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:1055–1072.

26. Ok U., Goren A.B. The connections between religiosity and obsessive-compulsive symptoms and the role of personality traits in a non-clinical Muslim sample. *Mental Health, Religion & Culture*. 2018;21(2):153–170.

27. Monten' M. *Опыт*. М.: AL'FA-KNIGA; 2017. 1149 с.

28. Бесперстых А.П. *Афоризмы, цитаты и высказывания Ф.М. Достоевского*. Минск: Четыре четверти; 2016. 130 с.

29. *Сахих Муслим*. Т. 17. Бейрут: Дар аль-Ма'риффа; 2014. 371 с.

30. Вахитова М. *Дорога, которую выбираешь ты. Книга о спорте, дружбе и выборе жизненного пути*. М.: Алиф; 2023. 208 с.

References

1. Olifirovich N.I. *Semeynyye tayny: khranit' nel'zya otkryt'. Sistemno-analiticheskiy podkhod k transgeneratsionnoy peredache semeynoy travmy* [Family secrets: you can't keep them open. A system-analytical approach to the



transgenerational transmission of family trauma]. Moscow: Al'ma Mater Press; 2022. 366 p. (In Russian)

2. Bako T., Zana K. *Transgeneratsionnaya travma i terapiya. Transgeneratsionnaya atmosfera* [Transgenerational trauma and therapy. The transgenerational atmosphere]. Moscow: Bazenkov I.L. Publisher; 2023. 146 p. (In Russian)

3. Malikova T.V., Novikova T.O., Pirogov D.G. Perezhivanie utraty det'mi doshkol'nogo vozrasta [The experience of loss by preschool children]. *Pediatr [Pediatrician]*. 2018;9(6):111–117. (In Russian)

4. PrashkoYa., Mozhny P., Shlepency M. *Kognitivno-bikhevioral'naya terapiya psikhicheskikh rasstroystv* [Cognitive behavioral therapy of mental disorders]. Moscow: Institute of General Humanitarian Research Publ.; 2015. 1072 p. (In Russian)

5. Vlasov N.A. *Kratkosrochnaya psikhoterapiya trevozhnykh rasstroystv* [Short-term psychotherapy of anxiety disorders]. Moscow: Psychotherapy Press; 2019. 376 p. (In Russian)

6. Lihi R. *Svoboda ot trevogi. Sprav'sya s trevogoy, poka ona ne spravilas' s toboy* [Freedom from anxiety. Deal with the anxiety before it deals with you]. St. Petersburg: Peter Press; 2017. 368 p. (In Russian)

7. Kaplan G.I., Sedok B. Dzh. *Klinicheskaya psikhiatriya* [Clinical Psychiatry]. In 2 vols. Vol.1. Moscow: Medicina Press; 1994. 672 p. (In Russian)

8. Nardone Dzh. *Strakh, panika, fobiya: Kratkosrochnaya terapiya* [Fear, panic, phobia: Short-term therapy]. Moscow: Psychotherapy Press; 2008. 352 p. (In Russian)

9. Nardone Dzh. *Kratkosrochnaya strategicheskaya psikhoterapiya pri obsessivno-kompul'sivnykh rasstroystvakh* [Short-term strategic psychotherapy for obsessive-compulsive disorders]. *Moscow Psychotherapeutic Journal*. 2004;1:44–57. (In Russian)

10. Burno M.E. *O kharakterakh lyudey (psikhoterapevticheskaya kniga)* [About the characters of people (psychotherapeutic book)]. Moscow: Academic book Press; 2017. 640 p. (In Russian)



11. Luber M. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets. Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions*. Now York: Springer Publishing Company; 2016. 439 p.

12. Komer R. *Patopsikhologiya povedeniya. Narusheniya i patologii psikhiki* [Pathopsychology of behavior. Disorders and pathologies of the psyche]. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK Press; 2007. 640 p. (In Russian)

13. Veg Allen. *Uslyshat' i ostanovit'sya. Terapevticheskiye istorii dlya lecheniya obsessivno-kompul'sivnogo rasstroystva* [OCD Treatment Through Storytelling. A Strategy for Successful Therapy]. St. Petersburg: Peter Press; 2020. 208 p. (In Russian)

14. Kuleva E. *Proshchay, stradaniye! Zdravstvuy, zhizn'! Kak pereprogramirovat' soznaniye na uspekh* [Goodbye, suffering! Hello, life! How to reprogram consciousness for success]. Moscow: Gorodets Publishing House; 2023. 304 p. (In Russian)

15. *The Quran = The Holy Quran*. Shidfar B.Ya. (tr. from Arabic and comment.). M.: Marjani Press; 2012. 608 p. (In Russian)

16. Keshavarzi H., F. Khan, B. Syed Islamically Integrated Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Scrupulosity (Waswasa) in Muslim Patients. *Spiritual Counselling and Care in Health and Prison Services: Diverse Experiences & Practices*. 2020:229–251.

17. Sa'd al-Din al-Taftazānī *Sharḥ al-'Aqā'id al-Nasafiyyah* [Explanation of Nasafi doctrines]. Karachi: Maktabat al-Bushrā; 2009. 416 p. (In Arabic)

18. Al-Solaim L, Loewenthal K.M. Religion and obsessive-compulsive disorder (OCD) among young Muslim women in Saudi Arabia. *Mental Health, Religion & Culture*. 2011;14(2):169–182.

19. Badri M. *Teoriya i praktika islamskoy psikhologii* [Theory and practice of Islamic Psychology]. Pavlova O.S., Polosin V.S. (eds). Moscow: Autonomous Non-profit Organization Scientific and Educational Center «Al-Wasatiya»; 2018, 268 p. (In Russian)



20. Abramowitz J.S., Jacoby R.J. Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3:140–149.

21. Badri M. *Pishcha dlya dushi Abu Zaydaal-Balkhi: kognitivno-povedencheskaya terapiya vracha devyatogo veka* [Food for the soul of Abu Zaidaal-Balkhi: Cognitive behavioral therapy of a ninth-century physician]. Moscow: International Institute of Islamic Thought Publ.; 2019. 110 c. (In Russian)

22. Hanna G.L., Himle J.A., Curtis G.C. and Gillespie B.W. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005;134B(1):13–19.

23. Swedo S.E., Leonard H.L., Garvey M., Mittleman B., Allen A.J., Perlmutter S.J., et al. Pediatric autoimmune disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):264–271.

24. Zohar, J., Insel, T.R., Zohar-Kadouch, R.C., Hill, J.L. and Murphy, D.L. Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder: effects of chronic clomipramine treatment. *Archives of General Psychiatry*. 1988;45:167–172.

25. Salkovskis, P.M., Shafran, R., Rachman, S. and Freeston, M.H. Multiple Spiritual Counselling and Care in Health And Prison Services. 251 pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:1055–1072.

26. Ok U., Goren A. B. The connections between religiosity and obsessive-compulsive symptoms and the role of personality traits in a non-clinical Muslim sample. *Mental Health, Religion & Culture*. 2018;21(2):153–170.

27. Monten' M. *Opyty*. Moscow: Al'fa-kniga Press; 2017. 1149 p.

28. Besperstykh A.P. *Aforizmy, tsitaty, vyskazyvaniya F.M. Dostoevskogo* [Aphorisms, quotes and sayings of F.M. Dostoevsky]. Minsk: Four quarters Press; 2016. (In Russian)

29. *Sahih Muslim* [A Collection of Hadiths by Imam Muslim]. Vol. 17. Beirut: Dar al-Ma'rifa; 2014. 371 p. (In Arabic)



R.H. Ganieva

Therapy of obsessive-compulsive disorder: psychology and religion
Minbar. Islamic Studies. 2023;16(4):974–998

30. Vahitova M. *Doroga, kotoruyu vybirayesh' ty. Kniga o sporte, druzhbe i vybore zhiznennogo puti* [The road that you choose. A book about sports, friendship and the choice of a life path]. Moscow: Alif Press; 2023. 208 p. (In Russian)

Информация об авторе

Ганиева Роза Хаматхановна, кандидат психологических наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Ингушетия, ведущий научный сотрудник отдела социально-политических исследований Ингушского научно-исследовательского института гуманитарных наук им. Ч. Э. Ахриева, директор Центра психологической помощи, член Ассоциации психологической помощи мусульманам, г. Магас, Российская Федерация.

About the author

Rosa H. Ganieva, Cand. Sci. (Psychology), Full Professor, Honored Scientist of the Republic of Ingushetia, leading researcher of the Department of Socio-Political Research of the Ingush Scientific Research Institute of Humanities named after Ch. E. Akhriev, Director of the Center for Psychological Assistance, member of the Association of Psychological Assistance to Muslims, Magas, Russian Federation.

Раскрытие информации о конфликте интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflicts of Interest Disclosure

The author declares that there is no conflict of interest.

Информация о статье

Поступила в редакцию: 17 ноября 2023
Одобрена рецензентами: 28 ноября 2023
Принята к публикации: 08 декабря 2023

Article info

Received: September 10, 2023
Reviewed: October 11, 2023
Accepted: November 23, 2023