

Серия Wiley по клинической психологии

Когнитивно- поведенческая терапия ПСИХОЗОВ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Под редакцией
Дэвида КИНГДОНА
и Дугласа ТЕРКИНГТОНА

КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ ПСИХОЗОВ:
КЛИНИЧЕСКИЕ
СЛУЧАИ

THE CASE STUDY GUIDE TO COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY OF PSYCHOSIS

Edited by

David Kingdon

*University of Southampton,
Royal South Hants Hospital,
Southampton, UK*

and

Douglas Turkington

*Department of Psychiatry, Royal Victoria Infirmary,
Newcastle Upon Tyne, UK*



JOHN WILEY & SONS, LTD

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЗОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Под редакцией

Дэвида Кингдона,

*факультет психиатрии Университета
Саутгемптона, Королевская больница Саут-Хантс
(Саутгемптон, Великобритания),*

и

Дугласа Теркингтона,

*отделение психиатрии Госпиталя королевы Виктории
(Ньюкасл-апон-Тайн)*

Київ
Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
2021

УДК 616.89-02

К41

Перевод с английского и редакция докт. физ.-мат. наук Д.А. Ключина

Под общей редакцией канд. психол. наук Э.В. Крайникова

Кингдон, Д., Теркингтон, Д.

К41 Когнитивно-поведенческая терапия психозов: клинические случаи/Дэвид Кингдон, Дуглас Теркингтон; пер. с англ. Д.А. Ключина. — Киев. : “Диалектика”, 2021. — 290 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-7987-14-6 (укр.)

ISBN 978-0-471-49861-2 (англ.)

В этом практическом руководстве показано, как совместить терапевтические программы с реальными условиями предоставления услуг по охране психического здоровья. Оно предназначено для использования в обучении и клинической практике и содержит примеры клинических случаев, иллюстрирующих процессы оценивания, терапевтического планирования и применения когнитивно-поведенческой терапии при психозах.

УДК 616.89-02

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Wiley US.

Copyright © 2002 JohnWiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England.

All Rights Reserved.

Authorized translation from the English language edition of *The Case Study Guide to Cognitive Behaviour Therapy of Psychosis* (ISBN 978-0-471-49861-2), published by JohnWiley & Sons Ltd.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning or otherwise, except under the terms of the Copyright, Designs and Patents Act 1988 or under the terms of a licence issued by the Copyright Licensing Agency Ltd, 90 Tottenham Court Road, London W1T 4LP, UK, without the permission in writing of the Publisher.

ISBN 978-617-7987-14-6 (укр.)

ISBN 978-0-471-49861-2 (англ.)

© “Диалектика”, перевод, 2021

© 2002 JohnWiley & Sons Ltd,

The Atrium, Southern Gate, Chichester,
West Sussex PO19 8SQ, England

ОГЛАВЛЕНИЕ

Редакторы	13
Авторы	14
Предисловие	16
Введение	19
Часть 1. Клинические случаи	31
Глава 1. “Адмирал флота”	
Случай 1 (Джон): <i>Дуглас Теркингтон</i>	33
Глава 2. С позиции знания: путешествие в неопределенность	
Случай 2 (Джанет): <i>Лора Макгроу и Элисон Браббан</i>	47
Глава 3. Управление голосами	
Случай 3 (Пэт): <i>Ларс Хансен</i>	73
Глава 4. Клинический опыт, полученный в реабилитационном центре	
Случай 4 (Хелена): <i>Изабель Кларк</i>	97
Глава 5. Разоблачение “мышей-агентов”	
Случай 5 (Кэти): <i>Пол Мюррей</i>	109
Глава 6. Установление диалога с голосами	
Случай 6 (Ники): <i>Дэвид Кингдон</i>	117
Глава 7. Борьба с психозом, вызванным употреблением психоактивных веществ и изоляцией	
Случай 7 (Дэмень): <i>Дэвид Кингдон</i>	125
Глава 8. “Травматический психоз”: подход, основанный на формулировании случая	
Случай 8 (Сара): <i>Полина Калкотт и Дуглас Теркингтон</i>	131
Глава 9. Коммуникация с родителями	
Случай 9 (Кэрл): <i>Рональд Сиддл</i>	143
Глава 10. Два случая паранойи	
Случаи 10 (Мэри) и 11 (Карен): <i>Ник Магуайр</i>	157
Глава 11. Управление ожиданиями	
Случай 12 (Джейн): <i>Джерemi Пелтон</i>	173
Глава 12. Когнитивно-поведенческая терапия психоза в условиях строгого наблюдения	
Случаи 13 (Малкольм) и 14 (Колин): <i>Энди Бенн</i>	199
Часть II. Обучение, супервизия и применение	225
Глава 13. Обучение когнитивно-поведенческой терапии при психозах	
<i>Дэвид Кингдон и Джерemi Пелтон</i>	227
Глава 14. Разработка модели: обучение психосоциальным интервенциям	
<i>Мадлен О’Кэрролл</i>	237
Глава 15. Клиническая супервизия	
<i>Дэвид Кингдон и Джерemi Пелтон</i>	245
Глава 16. Как осуществляется внедрение	
<i>Дэвид Кингдон</i>	251
Список литературы	274
Предметный указатель	286

СОДЕРЖАНИЕ

Редакторы	13
Авторы	14
Предисловие	16
Введение	19
Используемые техники	20
Основы когнитивно-поведенческой терапии	20
Общие навыки	20
Вовлечение	22
Отслеживание antecedентов	23
Понимание объяснений пациентов	23
Бред	24
Галлюцинации	25
Нарушения мышления	27
Негативные симптомы	27
Клинические подгруппы	27
Вопросы, связанные с лекарствами	29
Заключение	29
Часть 1. Клинические случаи	31
Глава 1. “Адмирал флота”	
Случай 1 (Джон): <i>Дуглас Теркингтон</i>	33
Джон	35
Глава 2. С позиции знания: путешествие в неопределенность	
Случай 2 (Джанет): <i>Лора Макгроу и Элисон Браббан</i>	47
Джанет	51
Причина обращения	51
Вовлечение	51
Оценивание	54

Описание проблемы	55
История развития и социальный анамнез	56
Стандартизированный оценочный инструментарий	57
Рефлексии по поводу оценочного процесса	58
Первоначальное формулирование случая	59
Формулирование проблем Джанет	61
Терапевтический курс	62
Медикаментозное лечение	62
Нормализация	62
Модель стресс-уязвимости	64
Лечение сопутствующей депрессии	64
Бредовые убеждения	66
Работа над голосами	69
Заключение	72

Глава 3. Управление голосами

Случай 3 (Пэт): Ларс Хансен	73
Роль супервизии и обучения	74
Пэт	76
Личный анамнез	76
Семейный анамнез	77
Психиатрический анамнез	78
История болезни	78
Социальный анамнез	78
Преморбидная личность	78
Криминальная история	79
Психический статус	79
Первоначальное оценивание	79
Формулирование случая	80
Терапевтический план	83
Воплощение терапевтического плана	86
Достижения	94
Заклучение	95

Глава 4. Клинический опыт, полученный в реабилитационном центре

Случай 4 (Хелена): Изабель Кларк	97
Особенности, контекст и терапевтический подход	98
Хелена	99

Первоначальный контакт и группа “Голоса”	101
Терапия: подход взаимодействующих когнитивных подсистем	102
Терапевтическое применение	104
Формулирование случая	105
Индивидуальная психотерапия	106
Заключение	108
Глава 5. Разоблачение “мышей-агентов”	
Случай 5 (Кэти): Пол Мюррей	109
Кэти	110
Сессия 1: вовлечение и разработка альтернативных объяснений	110
Сессия 2: разработка альтернативных объяснений и формулирование случая	111
Сессия 3: управление симптомами	112
Сессия 4: приверженность лечению	113
Сессия 5: восприятие себя и других	113
Сессия 6: предотвращение рецидивов	114
Заклучение	115
Глава 6. Установление диалога с голосами	
Случай 6 (Ники): Дэвид Кингдон	117
Ники	117
Предыстория	118
Развитие болезни	118
Лекарства	119
Психологическая интервенция	120
Заклучение	124
Глава 7. Борьба с психозом, вызванным употреблением психоактивных веществ и изоляцией	
Случай 7 (Дэмьен): Дэвид Кингдон	125
Дэмьен	125
Психиатрический анамнез	126
Прогресс	126
Амбулаторное лечение	127
Психологическая интервенция	127
Формулирование случая	128
Заклучение	130

Глава 8. “Травматический психоз”: подход, основанный на формулировании случая

Случай 8 (Сара): Полина Калкотт и Дуглас Теркингтон	131
Сара	133
Профили симптомов	140
Заключение	141

Глава 9. Коммуникация с родителями

Случай 9 (Кэрол): Рональд Сиддл	143
Кэрол	145
Сессия 1	146
Сессия 2	148
Сессия 3	150
Сессия 4	152
Сессия 5	154
Сессия 6	154
Сессия 7	155
Заключение	156

Глава 10. Два случая паранойи

Случаи 10 (Мэри) и 11 (Карен): Ник Магуайр	157
Паранойя и бред: процесс и продукт	158
Мэри	159
Первоначальное оценивание	160
Жизненный опыт и прошлое	160
Становление проблемы	160
Формулирование случая	161
План действий	162
Интервенция	163
Психометрическое тестирование	164
Выработка гипотезы	165
Сбор свидетельств	165
Результаты	166
Карен	166
Первоначальное оценивание	166
Жизненный опыт и прошлое	166
Становление проблемы	167

Формулирование случая	168
План действий	169
Интервенция	170
Результаты	172
Заключение	172

Глава 11. Управление ожиданиями

Случай 12 (Джейн): Джереми Пелтон	173
Джейн	174
Описание проблем	174
Психометрическое оценивание	174
Личный анамнез	176
Текущий образ мыслей, аффект и поведение	179
Терапевтические цели и направление	180
Терапевтический курс	181
Возникшие трудности	185
Результат на данный момент	185
Дальнейшее лечение	186
Оценивание	186
Работа с семьей Джейн	187
Причина обращения	187
Предварительная гипотеза и обоснование используемых процедур	187
Оценивание (формальное и неформальное) и формулирование случая	188
Разработка соответствующей терапевтической стратегии семейной интервенции	190
Заключение	196

Глава 12. Когнитивно-поведенческая терапия психоза в условиях строгого наблюдения

Случаи 13 (Малкольм) и 14 (Колин): Энди Бенн	199
Организация службы	200
Основные задачи	201
Проблемы вовлечения	202
Реакция на госпитализацию и ее восприятие	203
Недостаточное понимание психических проблем	204
Преуменьшение и недостаточное понимание риска	204

Атрофия навыков	206
Оценивание	207
Пригодность КПТ психозов в условиях строгого наблюдения	208
Малкольм	209
Интервенция при позитивных симптомах	210
Итоги	214
Колин	215
Оценивание	216
Формулирование случая	217
Интервенция	217
Прогресс	218
Использование аналоговых упражнений для поддержания навыков	219
Итоги	222
Обсуждение	222
Часть II. Обучение, супервизия и применение	225
Глава 13. Обучение когнитивно-поведенческой терапии при психозах	
<i>Дэвид Кингдон и Джереми Пелтон</i>	227
Курсы по подготовке специалистов по КПТ	227
Курсы психологической интервенции	228
Обучение персонала стационаров когнитивно-поведенческому подходу	234
Заключение	236
Глава 14. Разработка модели: обучение психосоциальным интервенциям	
<i>Мадлен О'Кэрролл</i>	237
Обучающая программа Thorn	238
Использование когнитивно-поведенческого подхода	239
Убеждения в отношении людей с психическими заболеваниями	240
Вовлечение	241
Психообразование	242
Заключение	244

Глава 15. Клиническая супервизия

<i>Дэвид Кингдон и Джереми Пелтон</i>	245
Заключение	250

Глава 16. Как осуществляется внедрение

<i>Дэвид Кингдон</i>	251
Кто занимается внедрением	254
На национальном уровне	254
Профессиональные организации	254
Пациенты, клиенты, а также лица, осуществляющие уход за ними	258
Привлечение финансирования	259
Руководство организаций-провайдеров	259
Разработка предложений по развитию службы по охране психического здоровья	260
Оценивание местных потребностей	262
Для кого релевантна КППТ	263
Условия строгого наблюдения	263
Время работы терапевта	265
Групповая работа	265
Работа с семьей	266
Оценка и обеспечение поддержки на местах	267
Свидетельства эффективности	268
Эффективность исследований в повседневной клинической практике	271
Разработка плана обучения	272
Заключение	273
Список литературы	274
Предметный указатель	287

РЕДАКТОРЫ

Дэвид Кингдон — профессор психиатрии и консультирующий психиатр в отделении психиатрической помощи в Саутгемптоне (Великобритания). Вместе с Дугласом Теркингтоном он является соавтором вышедшей в 1994 г. в издательстве Guilford Press книги *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia* (Когнитивно-поведенческая терапия шизофрении) и за последнее десятилетие опубликовал множество статей и глав по когнитивно-поведенческой терапии при тяжелых психических заболеваниях. Кингдон работал начальником медицинской службы в Министерстве здравоохранения, является членом многих проектных групп, в том числе Национальной службы охраны психического здоровья, а также председателем рабочей группы экспертов Совета Европы по теме “Психиатрия и права человека”.

Дуглас Теркингтон — старший преподаватель и консультирующий психиатр кафедры психиатрии в Университете Ньюкасла (Великобритания). Пройдя обучение в Глазго, он переехал в Шеффилд, где прошел базовую подготовку по когнитивной терапии и получил сертификат о повышении квалификации по рационально-эмотивной терапии. Он применял когнитивно-поведенческую терапию для лечения пациентов с психотическими расстройствами в течение последних 15 лет и является соавтором одной из первых книг по этой теме. Теркингтон читал лекции и проводил семинары по всей Европе и Северной Америке, а также опубликовал множество работ о терапевтическом процессе и доказательной базе КПТ при шизофрении и других психозах. В настоящее время он работает над обоснованием того, что хорошие результаты, полученные в ходе рандомизированных контролируемых испытаний, могут быть воспроизведены командой психиатров в амбулаторных условиях.

АВТОРЫ

Энди Бенн (*Andy Benn*): главный клинический психолог, отделение психологии, больница Рэмптона, *Woodbeck, Rampton, Nottinghamshir DN22 0PD*.

Элисон Браббан (*Alison Brabban*): клинический психолог-консультант, больница Мейден Ло, *Lanchester, County Durham DH7 0NQ*.

Полина Каллкотт (*Pauline Callcott*): клиническая медсестра-специалист, Центр когнитивно-поведенческой терапии в Ньюкасле, *Plummer Court, Carloli Square, Newcastle-upon-Tyne, Tyne and Wear NE1 6UR*.

Изабель Кларк (*Isabel Clarke*): старший клинический психолог, отделение психиатрии, Королевская больница Сайт-Хантс, *Southhampton SO14 0YG*.

Ларс Хансен (*Lars Hansen*): научный сотрудник, отделение психиатрии, Королевская больница Сайт-Хантс, *Southhampton SO14 0YG*.

Дэвид Кингдон (*David Kingdon*): профессор психиатрии, отделение психиатрии, Королевская больница Сайт-Хантс, *Southhampton SO14 SO14 0YG*.

Лора Макгроу (*Laura McGraw*): сотрудница службы психосоциальной интервенции, Университет Сандерленда, *Industry Center, Enterprise Park West, Wessington Way, Sunderland SR3 3XB*.

Ник Магуайр (*Nick Maguire*): дипломированный клинический психолог, Общественная служба по охране психического здоровья, *Bay Tree House, Graham Road, Southampton SO14 0YG*.

Пол Мюррей (*Paul Murray*): специалист программы Insight into Schizophrenia, *Innovex (UK) Ltd., Innovex, House, Marlow Park, Marlow, Bucks. SL7 1TB*.

Мадлен О'Кэрролл (*Madeline O'Carroll*): преподавательница Школы медсестер, Королевский лондонский госпиталь, *Philpot Street, Whitechapel, Hackney, London E1 1BB*.

Джереми Пелтон (*Jeremy Pelton*): региональный менеджер программы Insight into Schizophrenia, *Innovex NHS Solutions, Innovex (UK) Ltd., Innovex House, Marlow Park, Marlow, Bucks. SL7 1TB*.

Рональд Сиддл (*Ronald Siddle*): когнитивно-поведенческий терапевт-консультант, Манчестерское общество по охране психического здоровья, отделение клинической психологии, Общий госпиталь Северного Манчестера, *Delaunays Road, Manchester M8 5RL*.

Дуглас Теркингтон (*Douglas Turkington*): старший преподаватель, отделение психиатрии, *Leazes Wing, Royal Victoria Infirmary, Queen Victoria Road, Newcastle NE1 4LP*.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Исследования, опубликованные за последний год, подтвердили, что патронажные психиатрические медсестры, не являющиеся специалистами, могут безопасно и эффективно проводить когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) для пациентов с шизофренией и лиц, которые осуществляют уход за ними [Turkington et al., 2002]. Разумно ожидать, что и в других сферах охраны психического здоровья будут достигнуты такие же обнадеживающие результаты [Turkington & Kingdon, 2000]. Подобные интервенции высоко ценятся пациентами и лицами, которые осуществляют уход за ними, повышают эффективность работы, приводят к лучшему пониманию и способствуют преодолению трудностей. В настоящее время считается, что лечение больных шизофренией следует дополнять такими жизнеспособными и высококачественными психосоциальными интервенциями, если мы хотим добиться улучшения результатов работы с ними [Thornicroft & Susser, 2001]. Как показало исследование UK 700 [Burns et al., 1999], одно лишь снижение нагрузки на врачей не дает таких результатов: принципиально важно, как используется высвободившееся время.

Применением принципов КПТ к психотическим пациентам за последние десять лет занималось множество специалистов по психиатрической помощи из служб общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве, Австралии, Канаде и некоторых европейских странах. Распространение этих техник на другие сферы зависело от местных инициатив, и часто для поддержки энтузиастов-практиков не хватало опубликованных материалов по этой теме. Таким образом, возникла насущная потребность в данном сборнике клинических случаев. Когнитивно-поведенческая терапия требует сотрудничества между пациентом и терапевтом, поэтому, чтобы проиллюстрировать возможные вариации, каждая глава начинается с описания личной истории становления специалиста по охране психического здоровья и его обучения применению КПТ при психозе. Затем описывается собственно сам клинический случай, чтобы проиллюстрировать определенные ключевые принципы, которые более

или менее глубоко раскрываются. Клинические случаи были тщательно отобраны, чтобы дать начинающему практику возможность прочувствовать терапевтический процесс во всем его многообразии. Книга начинается с краткого введения в применяемые техники и заканчивается обсуждением вопросов обучения, супервизии и применения.

В первом клиническом случае описаны ключевые принципы работы с устойчивым к антипсихотикам пациентом, у которого наблюдался систематизированный бред величия. Дуглас Теркингтон, психиатр, подчеркивает важность поддержания сотрудничества, формулирования случая, разработки интересных домашних заданий. Лора Макгроу, медсестра (при содействии Элисон Браббан), описывает свой опыт проведения КПТ пациентке, которую она знала много лет. Она описывает сложности, с которыми пациентка и терапевт сталкиваются при осмыслении своих переживаний и работе над общим объяснением, с которого можно начинать проверку реальности и составление плана действий. Ларс Хансен, старший преподаватель, показывает, как работать с галлюцинациями, некоторые из которых пациентка считает приятными и поддерживающими. Изабель Кларк иллюстрирует свою терапевтическую модель на примере пациентки с хроническими проблемами, с которой она столкнулась, работая старшим клиническим психологом в службе психической реабилитации. Дэвид Кингдон на примере Ники показывает, как практикующие психиатры-консультанты могут интегрировать КПТ в свою работу — в данном клиническом случае это помогает понять связь между глубинным чувством вины Ники и ее психотическими симптомами. На примере Дэмьена описывается терапевтический процесс для трудных пациентов, которые злоупотребляют психоактивными веществами, что приводит к усугублению психотических симптомов. Рональд Сиддл, терапевт, демонстрирует, как работать с директивными голосами, которые связаны с депрессией. Такие пациенты, если их не лечить эффективно, имеют высокий суицидальный риск. Пол Мюррей дает подробное описание пациентки, которая подверглась краткосрочной интервенции в рамках исследовательской программы *Insight into Schizophrenia* [Turkington et al., 2002], что, похоже, пошло ей на пользу. Ник Магуайр, клинический психолог, описывает двух пациенток с паранойальным бредом и наглядно показывает, как не только помочь им осознать, что их бред является убеждениями, а не фактами, но и посредством направляемого открытия научить их постепенно проверять это в реальных ситуациях. Его модель объяснена весьма четко. Полина Каллкотт,

медсестра-терапевт, описывает работу с весьма травмированной и испуганной женщиной, для лечения психоза которой использовалась КПТ в сочетании с некоторыми терапевтическими методами, применяемыми при ПТСР. Результаты оказались неоднозначными — симптоматика улучшилась, но госпитализация остается необходимым и довольно спорным способом работы с психотическими пациентами. Джереми Пелтон, региональный менеджер программы *Insight into Schizophrenia*, описывает, как вовлечь семью в качестве котерапевтов, показывая, насколько это полезно для достижения совместного понимания и совладания, принося реальную и длительную пользу психотической пациентке и помогая ей вернуться к реальности. Настоящий сборник клинических случаев должен воодушевить тех специалистов в области охраны психического здоровья, которые всегда интуитивно чувствовали пользу подобных интервенций для многих своих пациентов. Мы надеемся, что четкие иллюстрации клинических случаев и изложение имеющихся научных данных смогут помочь скептически настроенному читателю понять, почему мы считаем эти разработки настолько важными для лечения таких расстройств.

Дуглас Теркингтон
Дэвид Кингдон
18 декабря 2001 г.

ВВЕДЕНИЕ

“Мы можем разговаривать”, — заявил в 1997 г. авторитетный американский журнал. “Шизофрения больше не является расстройством, в котором нет места психологическим подходам” [Fenton & McGlashan, 1997]. Многие люди, включая персонал психиатрических служб, пациентов и их близких, пытаются понять, почему те, кто переживают трудные периоды своей жизни, чувствуют или ведут себя именно так, думая пугающим, сбивающим с толку, депрессивным или тревожным образом. Для любого человека важно эффективно контролировать свои эмоции — для некоторых это очевидно, но многим требуется помощь. Мы надеемся, что эта книга окажется полезной благодаря примерам того, как люди с различным образованием и взглядами пытались понять и предложить помощь в этих обстоятельствах.

В книге описываются люди, которые в той или иной форме участвовали в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). К ним относятся не только пациенты с психотическими симптомами, но также и те, кто осуществлял уход за ними, и терапевты. Обе группы значительно различаются по своему восприятию симптомов и применению КПТ при этих симптомах. Участие и сотрудничество в терапии были важной основой любого видимого прогресса. В своем направляемом открытии опыта, который приводит к достижению терапевтических целей, пациент и терапевт берут инициативу на себя.

На протяжении многих лет мы принимали активное участие в обучении и супервизии специалистов в сфере охраны психического здоровья и поэтому описываем связанные с этим позитивные и негативные моменты опыта. В настоящее время происходит постепенное и неуклонное внедрение КПТ в работу служб психического здоровья, но этот процесс не обходится без проблем, что также будет обсуждаться. В частности, будут кратко рассмотрены свидетельства эффективности КПТ при психозах.

Наконец, мы рекомендуем прочесть одну или несколько доступных книг по КПТ при психозах, поскольку они различаются и взаимно дополняют друг друга. В книге Хейзел Нельсон [Nelson, 1997] детально и подробно

описана терапия. Книга Дэвида Фаулера [Fawler et al., 1995] описывает клинические случаи и основана на обширном клиническом опыте, а книга Пола Чедвика [Chadwick et al., 1996] дает предельно четкое изложение применения в КПТ подхода АВС (Antecedents, Beliefs, Consequences — antecedents, убеждения, следствия). Наша собственная книга [Kingdon & Turkington, 1994] предоставляет теоретическую основу для нормализации симптомов и систематической работы с ними. Однако на случай, если эти книги недоступны, ниже мы приводим краткое описание их ключевых моментов.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕХНИКИ

Основы когнитивно-поведенческой терапии

Применение КПТ при шизофрении основывается на теории эмоциональных расстройств А.Т. Бека [Beck, 1976], которая следует традиции экспериментирования, оценивания и исследования эффективности применяемых техник. Эти техники проблемно ориентированы и направлены на изменение ошибок или заблуждений в когнициях (обычно мыслях или образах), включая оценку ситуаций и модификацию предположений (убеждений) о себе, мире и будущем. Шкала когнитивной терапии [Young & Beck, 1980] используется в научных исследованиях, обеспечивая верность терапевтической модели А.Т. Бека и его коллег, но она также является ценным средством обучения. Имеются ее адаптации для общих случаев (например, [Milne et al., 2001]), а также для применения при психозах [Haddock et al., 2001]. Она описывает общие терапевтические навыки, используемые в психологическом лечении, конкретно концептуализируя стратегию и техники когнитивной терапии. Использование КПТ при лечении шизофрении основывается на этих навыках и техниках, хотя имеются некоторые различия в акцентах.

Общие навыки

Описанные общие терапевтические навыки применимы к любому психологическому подходу. Они нацелены на усиление того, что называется “неспецифическими факторами” [Truax & Carkhoff, 1967], — способствуя развитию точной эмпатии, бескорыстной заботы, безусловного позитивного отношения и безоценочности.

Эти навыки включают также постановку повестки дня, которой в случае пациентов с шизофренией необходимо следовать весьма чутко. Составление и согласование повестки дня может оказаться нелегким делом из-за расстройства мышления, негативизма, бреда или галлюцинаций пациентов. В таком случае повестка дня может включать больше подсказок и предложений, поддерживая сотрудничество и обратную связь в большей мере, чем при работе с другими нозологиями. Повестка дня может быть даже более имплицитной, чем эксплицитной. Например, начальная сессия обычно посвящена вовлечению и оцениванию, поэтому ее повестка дня может состоять в том, чтобы “выяснить, какие проблемы у вас возникают в данный момент, и понять, как они возникли”. Дальнейшие общие навыки — развитие понимания, демонстрация межличностной эффективности и сотрудничество. Темп и эффективный тайминг важны для вовлечения пациента и его удержания в терапии. Поскольку молчание может провоцировать тревогу и усиливать симптомы, его, как правило, следует избегать; с другой стороны, пациентам необходимо время для реагирования, когда снижена их концентрация внимания, поэтому следует тщательно контролировать темп сессий. Продолжительность сессий также должна зависеть от психического статуса пациентов. Если они утомлены (и особенно в случае дистресса!), следует преждевременно прервать сессию. Иногда, если исследуется сложная бредовая система или особенно чувствительная для пациента область, ему может потребоваться больше времени (в рамках рабочего графика терапевта).

Когнитивная терапия отличается от других терапевтических интервенций способом концептуализации и стратегией, а также применением конкретных техник. При работе с шизофреническими пациентами особое значение приобретает концепция направляемого открытия. Терапия — это исследование убеждений пациентов, их понимание и получение как можно более подробной информации о них (насколько это возможно, без преубеждений). Это, конечно, не означает, что терапевт должен согласиться с выводами, к которым пришли пациенты, но он поймет, как развивались эти выводы (и это впоследствии будет объясняться при обсуждении управления бредом и галлюцинациями). Акцент делается на ключевых когнициях (“голосах”, бредовых убеждениях и поведении), — например на способах совладания с “голосами” или на избегающем поведении в ответ на бред отношения. Применение модели ABC позволяет прояснить связь между antecedентами, убеждениями и следствиями, а также помогает па-

циентам конструктивно взглянуть на свои голоса и убеждения [*Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996*].

На основе формулирования случая совместно с пациентом разрабатывается общая стратегия изменений. Формулирование случая будет включать в себя обсуждение предрасполагающих факторов (например, ранний детский опыт), провоцирующих факторов (жизненные стрессы, например уход из дома или опыт употребления нелегальных психоактивных веществ) и постоянных факторов (например, устойчивые нереалистичные ожидания, критичность или социальные обстоятельства). Развитие ключевых симптомов и убеждений составит часть этого формулирования случая.

В книге описывается применение конкретных когнитивно-поведенческих техник. Пациенты с шизофренией могут столкнуться с трудностями при выполнении домашних заданий, поэтому мы стараемся избегать данного термина. Вместо этого мы говорим об “узнавании” чего-то нового (например, о спутниковом телевидении, если пациенты полагают, что оно влияет на их мысли). Если пациентам трудно вести дневниковые записи, можно прибегнуть к подробному припоминанию конкретных дней, например: “Помните ли вы, что делали вчера?”, “Во сколько вы встали?”, “Во сколько начались голоса?”, “Где вы были и что делали?”, “Что они говорили?”

Вовлечение

Создание рабочего альянса с пациентами, больными шизофренией, может быть трудным, если у них есть паранойяльные симптомы или трудности с получением медицинской помощи в прошлом. Они могут чувствовать, что их не слушают, подозревают, что вы отвергнете их убеждения как “безумные”. Однако когда они обнаруживают, что терапевта интересуют их симптомы с их содержанием, субъективным значением и историей развития, то вовлечение становится эффективным. Исследования неизменно показывают, что после того, как пациенты соглашаются участвовать в таких исследованиях, процент выбывших сокращается до менее 15%. Хотя вовлечь их в терапию может быть сложно, возможность изложить свои убеждения и точку зрения зачастую используется ими с большой готовностью. Этому можно способствовать, позволив (в меру их сил) им самим вести обсуждение и свободно высказывать соображения (но обязательно возвращая их к нити беседы, когда возникает пауза), чем достигается

конечная цель — сделать сессии расслабляющими и комфортными. Когда работа становится тяжелой или напряженной, лучше расслабиться и использовать методы релаксации или непринужденный разговор, чтобы завершить сессию. Иногда пациенты сами хотят проработать болезненные проблемы, но это нужно тщательно контролировать.

Отслеживание antecedентов

Понимание обстоятельств, при которых возникли бредовые идеи или галлюцинации, даже если это произошло 30 лет назад, может иметь неопределимое значение для выяснения причин возникновения определенных убеждений. Например, если паранойяльный бред и галлюцинации впервые возникли во время психоза, индуцированного психоактивными веществами (так называемое “плохое путешествие”), то именно его следует считать причиной, хотя в настоящее время симптомы могут не быть связаны с подобным опытом. Кроме того, голоса могут относиться к конкретному травмирующему событию, которое часто сопровождается депрессивным эпизодом. Надлежащим образом проведенное психиатрическое оценивание личной истории позволяет картировать патологический процесс посредством “направляемого открытия”. Это особенно важно для пациентов, которые болеют в течение нескольких лет, поскольку туман прошлого часто скрывает исходные провоцирующие факторы. Прямые вопросы (например: “Когда вы впервые подумали, что?..” либо “Когда вы в последний раз чувствовали себя хорошо или в полном порядке?”) зачастую предоставляют необходимую информацию, но порой они могут быть менее плодотворными, если речь идет о тревожных событиях. Составление анамнеза на основе личной истории — от рождения и до детства, подросткового возраста и периода, предшествующего болезни, — может благодаря ассоциациям выявить релевантные факторы. Рассказы родственников и близких, история болезни или записи семейного врача могут предоставить важную информацию. Остается небольшое количество пациентов, которые не могут определить конкретные провоцирующие факторы, но могут справиться с незначительными жизненными стрессами.

Понимание объяснений пациентов

Пациенты используют различные объяснения своих симптомов, которые следует выявлять. М. Ромм и С. Эшер [*Romme & Escher, 1989*] обнару-

жили, что люди, испытывавшие слуховые галлюцинации, описывали их как “вызванные вытесненной травмой”, “побуждениями к разговору с бессознательным”, “расширением разума”, “особым даром или чувствительностью”, “космическим сознанием”, “инопланетные”, “астрологические явления” и, реже, — “химический дисбаланс или шизофрению”. К этому можно добавить духовные верования (“голос Бога или дьявола”) и технические объяснения (спутники, радары и т.д.).

Чтобы понять объяснения пациентов, необходимо дать им инициативу и самим исследовать модели своих проблем психического здоровья. Зачастую полезна нормализация, но не для того, чтобы свести к минимуму или игнорировать их симптомы. Модель стресс-уязвимости полезна для объяснения болезни и научно обоснована. Уязвимость некоторых пациентов могла быть унаследована или вызвана физическим воздействием на мозг, а также стрессовыми событиями (которые могли заключаться в химическом взаимодействии, например незаконных психоактивных веществ и вирусного заболевания), что могло спровоцировать болезнь. У некоторых людей очень низкая уязвимость, но стресс, который они пережили, оказался для них непосильным. Другие оказываются высоко уязвимыми к стрессу, и болезнь наступает быстро.

Обсуждение позволяет прийти также к альтернативным объяснениям конкретных симптомов. Может потребоваться поощрение и некое подталкивание пациентов, но чем больше они смогут предоставить своих собственных альтернативных объяснений, тем с большей вероятностью сами их примут. Зачастую речь идет об ошибочном понимании тревожных симптомов. Например, мысль “Мой босс контролирует мой разум” может возникнуть вследствие головокружения, которое вызвано гипервентиляцией, а мысль “Я в шоке” — из-за парестезии.

Бред

В формировании бреда оказались важными два фактора [Hemsley & Garety, 1986]: предшествующие ожидания (“то, что вы ожидаете, влияет на то, в чем вы убеждены”) и релевантная внешняя информация (“события, происходящие в то время и в тех обстоятельствах, в которых вы находитесь”). Работа с бредом включает в себя достижение вовлеченности, отслеживание истоков бреда, построение картины продромального периода, выявление значимых жизненных событий и обстоятельств, определение

соответствующих ощущений (например, покалывание, заторможенность) и мыслей (например, суицидальные, насильственные), анализ негативных мыслей и любых дисфункциональных предположений. Пациенты особенно склонны принимать все на свой счет, вырывать слова из контекста и делать поспешные выводы.

Необходимо исследовать содержание бреда: природу свидетельств, которые пациент собрал для обоснования бреда, и свидетельств, которые он может представить, чтобы опровергнуть этот бред. Вырабатываются альтернативы: “Существуют ли другие возможные объяснения?”, “Как бы вы ответили, если бы кто-нибудь другой рассказал вам это?” Процесс продолжается мягкими подсказками: “Что насчет?..”, “Как вы думаете, возможно ли?..” Если бред устойчив или обсуждение идет по кругу, может оказаться полезной техника цепочки выводов. Однако *если пациент становится ажитированным, испытывает дистресс или враждебность, следует прекратить сессию*. Продолжать терапию следует по возможности лишь после обсуждения этого случая с когнитивным терапевтом, имеющим опыт в данной области. Цепочка выводов может затрагивать фактические (“Если в вашем мозгу есть трансформатор, разве ему не нужно электричество для работы?”) или эмоциональные (“Я не совсем понимаю ваши убеждения... но какая вам разница, принимают ли другие люди то, что вы говорите?”) следствия того или иного убеждения. Затем этот подход можно дополнить конкретными вопросами. (Пациент: “Я хочу, чтобы меня уважали”. Терапевт: “Кто именно?” Пациент: “Члены моей семьи”). Затем можно попытаться проработать эти проблемы, например: “Хотя я, возможно, не смогу согласиться с вашим убеждением, что вы — Иисус Христос, я могу помочь вам взглянуть на то, как вы можете добиться уважения своих родителей...”

Галлюцинации

Работа с галлюцинациями включает первоначальное оценивание соответствующих измерений — степени убежденности в них, озабоченности ими, вызванного ими дистресса, их содержания, частоты и характера возникновения. Любые “голоса” обсуждаются и дифференцируются на иллюзии и бред отношения. Обычно достигается согласие, что они похожи на то, “как кто-то говорит с вами, как я сейчас” (либо, возможно, кричит или бормочет). Устанавливается индивидуальность восприятия: “Кто-нибудь

еще слышит то, что слышите вы? Возможно, родители, друзья и т.д.?” Для достижения согласия с пациентом может потребоваться участие человека, проверяющего, слышат ли “голоса” окружающие. Исследуются убеждения о происхождении голосов: “Как вы думаете, почему они их не слышат?” Часто пациент не уверен в происхождении голосов или имеет бредовые убеждения по этому поводу. При необходимости можно применить техники работы с бредом (см. выше). Затем рассматриваются возможные объяснения, например: “Это может быть шизофрения”. Описание стрессовых ситуаций, в которых возникают голоса, может принести пользу за счет нормализации переживаний, поскольку у многих людей, испытывающих определенные виды стресса, могут возникать галлюцинации. Это может быть вызвано лишением сна [Oswald, 1984], состояниями сенсорной депривации [Slade, 1984] и другими стрессовыми обстоятельствами, такими как тяжелая утрата или положение заложника [Grassian, 1983], посттравматическим стрессовым расстройством и тяжелыми инфекциями. Иначе говоря: “Голоса могут быть связаны со стрессом. То, что вы их слышите, еще не значит, что вы отличаетесь от остальных людей. Когда люди подвергаются определенным видам стресса, например лишению сна, они также могут галлюцинировать”.

Цель состоит в том, чтобы повысить вероятность того, что голоса имеют интернальную природу — т.е. представляют собой собственные мысли человека. Достижению этой цели помогает аналогия с кошмарным сном: “кошмар наяву”. В таком случае пользу могут принести лекарства и копинг-стратегии, например прослушивание музыки, теплая ванна, посещение соответствующих групп (для пациентов с аналогичным расстройством). Также может происходить исследование содержания голосов. Если голоса связаны с оскорблениями, насилием, непристойностями либо командами, часто выясняется, что они вызваны предыдущими травмирующими событиями или депрессивными эпизодами. В таких случаях полезно специальное лечение. Голоса могут казаться всемогущими [Chadwick & Birchwood, 1994], но: “То, что голос что-то говорит, даже громко и сильно, не означает, что это правда... или что вы должны действовать в соответствии с этим”.

Нарушения мышления

Нарушения мышления по форме, чем бы они ни были вызваны, препятствуют общению, поэтому были разработаны техники прояснения вербальной коммуникации в этих обстоятельствах [Turkington & Kingdon, 1991]. Пациентам позволяют свободно говорить, а затем мягко побуждают их сосредоточиваться на конкретных темах по мере их появления. Обычно выбираются темы, которые на первый взгляд могут быть дистрессовыми, например тревожащие события. Неологизмы и метафорическая речь проясняются посредством мягких вопросов, и после выбора темы пациента возвращают к ней всякий раз, когда он сбивается с направления (что делает возможной коммуникацию). Этот процесс можно улучшить, делая аудиозаписи сессий и прослушивая их — такие обзоры позволяют определить темы для обсуждения на последующих сессиях.

Негативные симптомы

Имеются свидетельства того, что КПТ улучшает негативные симптомы [Sensky et al., 2000]. Соответствующие техники включают выявление определенных позитивных симптомов, особенно идей отношения, открытости мыслей и галлюцинаций, которые могут возникать при стрессе. Пациенты могут испытывать агорафобию или социальную фобию из-за страха реактивации дистрессовых позитивных или панических симптомов. Им может потребоваться период восстановления после острого приступа, показаны снижение степени прессинга и отсрочка некоторых ближайших ожиданий. Необходимо учитывать протективную функцию избегания стресса, например дневной сон и бодрствование в ночной тишине. В ходе работы над позитивными симптомами и управлением стрессом разумной копинг-стратегией может стать избегание стимуляции. Крайне важно сохранять надежду, поэтому разработка реальных пятилетних планов может снизить соблазн “поправиться и сразу вернуться к работе или учебе”. Цели остаются теми же, но временные рамки могут быть более реальными.

Клинические подгруппы

Несмотря на пользу симптоматического подхода при лечении психотических пациентов, у него есть ограничения. Например, галлюцинации могут проявляться совершенно по-разному и вызывать разные уров-

ни дистресса у человека с целым спектром психотических симптомов по сравнению с человеком, преобладающий симптом которого связан с предшествующими жизненными событиями. Это заставляет нас задуматься о том, можно ли разделить психозы, включая шизофрению, на подгруппы (см. [Kingdon & Turkington, 1998]). Если удастся выделить валидные и надежные группы, это позволит управлять ими в отношении определения реакции на лекарства, психологического лечения, семейной работы и мер реабилитации. Ожидается, что выделение таких групп предоставит индикаторы для терапевтических прогнозов, способствуя исследованиям и обучению. Дифференциация между биполярным расстройством и шизофренией, возможно, определяет спектр сущностей, а не их дискретность. Первоначальные описания “группы шизофрений” [Bleuler, 1950] включали заболевания, которые фигурируют в Международной классификации болезней, такие как *простая шизофрения, гебефреническая, кататоническая, паранойяльная и шизоаффективная*, а также в классификациях симптомов (например, [Liddle et al., 1994]) на *позитивные, негативные и дезорганизованные*. Эти классификации не оказались полезными в клинической практике, однако имеется общепринятое мнение, что между группами пациентов существуют значительные различия. Мы описали четыре такие группы [Kingdon & Turkington, 1998], которые оказались полезными при планировании терапевтических стратегий на основе индивидуального формулирования случая. Для удобства они были предварительно описаны следующим образом.

Постепенное начало

- “Психоз сенситивности”: индивиды, у которых психоз постепенно развивается в подростковом возрасте с преобладающими негативными симптомами.
- “Связанный с травмой психоз”: индивиды с историей травматизации (обычно в результате сексуального насилия) с преобладанием навязчивых галлюцинаций и наиболее дистрессовыми симптомами.

Острое начало

- “Тревожный психоз”: индивиды, у которых в ответ на некое жизненное событие изначально развиваются тревожные и депрессивные симптомы и которые зачастую социально изолированы, внезапно

“постигают” причину своих страданий и развивают единственный базовый бред, трансформирующийся в бредовую систему с галлюцинациями или без них.

- “Психоз, связанный с употреблением психоактивных веществ”: индивиды, демонстрирующие стойкие психотические симптомы того же характера и содержания, что и исходный эпизод, который был вызван употреблением психоактивных веществ.

Работа сосредоточивается на этих конкретных симптомах, но “базовый” бред “тревожного психоза”, например, малочувствителен к рациональным рассуждениям, хотя этот подход помогает установить отношения с пациентом и побуждает к исследованию глубинных проблем, в частности изоляции или низкой самооценки.

Вопросы, связанные с лекарствами

Все исследования эффективности КПТ при шизофрении подчеркивали важность лекарств. Иногда (особенно при нарушениях мышления), прежде чем применять КПТ, необходимо начать прием лекарств, чтобы снизить острые психотические симптомы, тем более сам когнитивно-поведенческий подход позволяет договариваться о назначении лекарств или госпитализации. Для этих целей была специально разработана комплаенс-терапия — краткая форма КПТ. Когда пациенты начинают понимать, что их голоса являются внутренним явлением и что их убеждения *могут* быть самоиндуцированы, они с большей вероятностью будут принимать лекарства для облегчения этих проблем. И наоборот, если лекарства производят положительный эффект, они подкрепляют проделанную работу, помогая принимать голоса как свои собственные мысли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КПТ — большой шаг вперед в лечении шизофрении. В сочетании с лекарствами она предлагает эффективные интервенции для ряда позитивных и негативных симптомов и хорошо подходит для большинства пациентов и лиц, которые осуществляют уход за ними. Для этого используется базовая подготовка когнитивных терапевтов и психологов, специалистов по управлению случаем, медсестер и психиатров, работающих с шизофре-

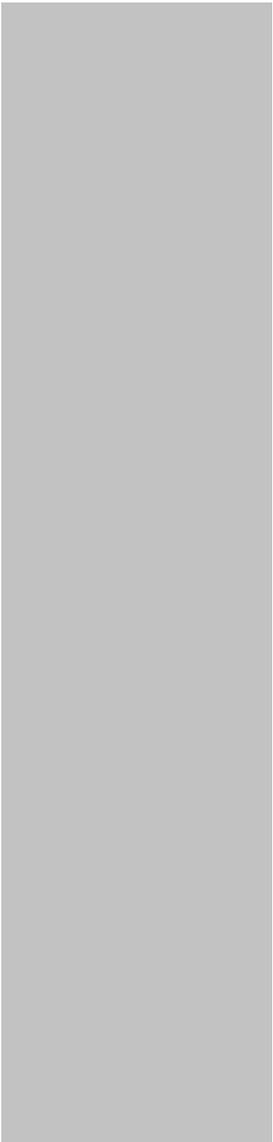
ническими пациентами. Доступны руководства, которые помогут в развитии навыков. Однако, несмотря на наличие учебных курсов для специалистов в области охраны психического здоровья, обученного персонала в настоящее время слишком мало. Впрочем, эта ситуация может измениться с появлением доказательств эффективности и расширения возможностей для обучения (см. последующие главы).



Часть 1



Клинические случаи



Глава 1

“АДМИРАЛ ФЛОТА”

Случай 1 (Джон): *Дуглас Теркингтон*

Некоторым пациентам с устойчивой к антипсихотикам шизофренией не помогает даже клозапин [Kane et al., 1988]. Эти пациенты часто страдают от систематизированного и укоренившегося бреда. Такие бредовые идеи обычно не только не поддаются лечению антипсихотическими препаратами, но и очень трудно поддаются психологическому лечению. Проблема, связанная с подобными клиническими случаями, состоит в том, что бред часто переплетается с темами величия или преследования, и критика практически полностью отсутствует. Бред часто сопровождается очень сильной убежденностью, и пациент порой весьма опасно ведет себя в соответствии с его содержанием. Возникает вопрос, можно ли понять пациентов с систематизированным бредом величия или преследования в рамках когнитивной терапии, и может ли применение принципов когнитивной терапии принести пользу [Fowler, Garety & Kuipers, 1995]? Одной из ключевых проблем, которые всегда препятствовали эффективной рациональной интервенции при систематизированном бреде величия или преследования, была очевидная непонятность его содержания. Однако есть свидетельства того, что такой бред основан на ранее существовавших убеждениях и установках, имевших место в жизни пациента [Harrow, Rattenburg & Stoll, 1988]. Поэтому ключевые принципы лечения хронических шизофреников с бредом величия или преследования состоят в том, чтобы прийти к общему формулированию случая, внести сомнение в бредовую систему и дать возможность постепенно развиваться проблескам понимания. Возникает также вопрос: как лучше всего работать с такими пациентами? Описание методов и терапевтического процесса в клиническом случае “Адмирала

флота” станет руководством для терапевтов, работающих с пациентами, которых периодически госпитализируют в отделения неотложной помощи, лечебные клиники или реабилитационные центры (зачастую надолго), как только они начинают вести себя в соответствии со своим бредом. С терапевтической точки зрения эту группу шизофреников с систематизированным бредом величия или преследования лучше всего описывать как пациентов с тревожными психозами [Kingdon & Turkington, 1998]. Это означает, что они в некоторой степени склонны к развитию шизофрении, которая возникает вследствие накопления значимых жизненных событий, что, в свою очередь, делает их уязвимыми к развитию бреда, защищающего их самооценку [Lyon, Kaney & Bentall, 1994].

Прежде чем описывать этот клинический случай и соответствующий ему процесс когнитивной терапии, я должен рассказать кое-что из своего собственного прошлого. Я учился на психиатра общего профиля в Глазго, специализируясь на биологических методах лечения и психодинамической психотерапии. Мой опыт работы с пациентами-шизофрениками в Глазго показал, что содержание их психотических симптомов часто было более тесно, чем мне поначалу казалось, связано с их жизненным опытом и событиями, которые они пережили. Однако я не видел возможностей для терапевтического прогресса с помощью психодинамической психотерапии, поскольку они были слишком психологически уязвимы, чтобы совладать с терапевтической регрессией. Это было подтверждено Э.Х. Стэнтоном и соавторами [Stanton et al., 1984], показавшими, что психодинамическая психотерапия при шизофрении приводила к утяжелению симптомов, а поддерживающая психотерапия в некоторой степени приносила пользу. После этого я прошел обучение когнитивной терапии, очень заинтересовавшись когнитивной моделью, описанной А.Т. Беком для людей, страдающих депрессией [Beck, 1967]. Для лечения пациентов с клинической депрессией имелся очень четко описанный терапевтический процесс в форме руководства [Beck et al., 1979]. Это показывало: возможно продвижение вперед и четкое терапевтическое направление для таких пациентов, что давало терапевту надежду на терапевтический процесс, который мог бы систематически приносить им пользу. Оставаясь увлеченным лечением психотических пациентов, я переехал в Шеффилд и прошел обучение когнитивной терапии депрессии по А.Т. Беку. Это обучение включало систематическую работу в соответствии с когнитивной терапией депрессии по А.Т. Беку с последующей супервизией по аудиозаписям сессий. Затем

я прошел обучение рационально-эмотивной терапии по А. Эллису и получил сертификат о повышении квалификации по этому методу. Освоив методы А.Т. Бека и А. Эллиса, я смог применять терапевтические принципы из обоих этих подходов. Однако именно подход А.Т. Бека казался мне наиболее подходящим для пациентов с шизофренией, поскольку был более постепенным и основанным на сотрудничестве и гораздо менее активно-директивным. Это влияло на формулирование случая и разнообразие техник, используемых на разных уровнях. Техники А. Эллиса [Ellis, 1962] оказались весьма полезными для работы с иррациональными убеждениями, которые поддерживали психотические симптомы.

Работая с профессором Кингдоном в госпитале Бассетлоу и отмечая его применение методик когнитивной терапии ко всей шизофренической популяции, я начал понимать, как принципы когнитивной терапии А.Т. Бека можно применить к пациентам с шизофренией. Однако некоторые принципы рационально-эмотивной терапии также оказались весьма полезными для лечения этой группы пациентов, особенно для определенных ее категорий. Следующий клинический случай демонстрирует типичный пример моей работы с пациентом, страдающим систематизированным бредом величия. Он подчеркивает важность сотрудничества и постепенности перехода от поверхностных к более глубинным техникам, а также поддержания раппорта и совместной работы при проведении приемлемых домашних экспериментов.

ДЖОН

“Адмирал флота” (Джон) был госпитализирован в соответствии с разделом 3 Закона о психическом здоровье, поскольку считался опасным для общества. Он демонстрировал позитивные симптомы, будучи убежденным в том, что принимает активное участие в мировой политике и находится в центре всех военных действий стран Запада. На момент госпитализации его способность заботиться о себе ухудшилась, и он начал угрожать своему квартирному хозяину, который весьма терпимо относился к его поведению в течение длительного периода. Также он отправлял огромное количество писем ведущим политикам и военным. При поступлении в стационар он ясно дал понять лечащему персоналу, что рассматривает госпитализацию как насильственное пленение, и что содержать главнокомандующего союзных сил в психиатрическом отделении недопустимо. Он

указал, что отвечал за флот НАТО и за всю операцию союзников “Буря в пустыне”. Он считал, что принимал участие во всех недавних военных кампаниях, включая Чечню, Боснию, Ливан, Ирак и Заир, и что его упоминали в мемуарах Нормана Шварцкопфа¹ и ежедневно в теленовостях. Книга Н. Шварцкопфа хранилась на его прикроватной тумбочке, и большую часть дня он проводил за просмотром новостей по кабельной сети. Он считал, что определенные выражения лиц и жесты ведущих политических и военных деятелей напрямую связаны с его участием в их деятельности. Далее он рассказал лечащему персоналу, что был кандидатом на президентских выборах в США в 1992 г., и что Джордж Буш украл ряд его ключевых стратегических и политических идей. Он оскорблял персонал отделения, угрожал арестовать их и отдать под суд.

На момент первой госпитализации (октябрь 1995 г.) Джон был мужчиной средних лет. Проводивший регистрацию врач приемного отделения указал, что Джон страдает бредом величия; утверждает, что вовлечен в мировую политику и военные действия, а Билл Клинтон присвоил себе его лавры. Джон также заявлял, что королева Великобритании не выполняла свои обязанности должным образом. Из его медицинской карточки следует, что он получал в полной дозировке оланзапин, рисперидон, клопиксол депо и дроперидол (с весьма незначительным эффектом), и что у него развились серьезные побочные эффекты. Поэтому его выписали из больницы без лекарственных назначений, и он оставался в плену прежнего бреда. Квартирный хозяин Джона терпел его бред два года, в течение которых Джон не предпринимал явных бредовых действий до момента своей последней госпитализации в соответствии с Законом о психическом здоровье. У него не было никаких серьезных проблем со здоровьем. Его родители разошлись в детстве, и он не видел своего отца много лет. Со своей матерью он утратил связь за годы своего психоза. У его сестры была очень успешная работа, в то время как у его брата была хроническая шизофрения. Джон, который называл себя “белой вороной в семье”, родился без отклонений и провел детство на юге Англии. По его словам, он получил плохое воспитание из-за напряженности в семье, которая закончилась разводом родителей. В некоторой степени он был уязвлен тем, что его брат стал

¹ Шварцкопф, Норман (1934–2012) — полный генерал армии США, возглавлявший группировку Многонациональных сил во время войны в Персидском заливе в 1990–1991 гг. — *Примеч. ред.*

основным помощником их матери. Он учился в обычной школе и не имел проблем с поведением. Вступив в Королевские военно-воздушные силы, он прошел двухлетнее обучение и получил квалификацию инженера-электронщика, после чего занимался обслуживанием авиационных радаров по всей Европе. Он получил звание капрала, а в возрасте 28 лет дослужился до звания сержанта. В возрасте 33 лет он участвовал в расследовании причин крушения вертолета, после чего покинул Военно-воздушные силы. Он женился в 1972 г., но вскоре после случая с расследованием причин крушения вертолета пара рассталась. Он потерял связь со своими двумя детьми. На протяжении всей своей жизни он был трезвенником и никогда не употреблял никаких незаконных веществ. Его преморбидную личность можно описать как независимую, асертивную и социабельную. Он был стабильным экстравертом без определенной религиозной ориентации, но всегда интересовался военной историей и политикой.

Исследование психического статуса на момент госпитализации показало, что он плохо заботился о себе, был нечесаным и небритым. Наблюдалась определенная степень эмоционального притупления с периодическими осмысленными улыбками. Не было никаких свидетельств какого-либо расстройства аффекта, такого как несоответствующее, депрессивное или приподнятое настроение, а также галлюцинаций или расстройства мышления. Однако наблюдались свидетельства систематизированного бреда величия, связанного с бредом отношения (на материале телевидения, радио и газет).

Его поведение в палате колебалось между позитивной активностью в соответствии с его бредом (когда он смотрел телевизионные новости, читал газеты и писал политикам), и лежанием на кровати в глубоких раздумьях. Исследование функционирования организма не выявило отклонений, а его коэффициент интеллекта определенно был выше среднего. Разговор с матерью Джона перед его первой терапевтической сессией подтвердил, что его бред развился после того, как он участвовал в расследовании крушения вертолета и последующего увольнения из Вооруженных сил. По словам его матери, в течение следующих двух лет он был психически больным и безработным, живущим вдали от своей семьи. Затем он покинул Соединенное Королевство, и некоторое время работал в Ирландии, прежде чем снова начал вести себя в соответствии со своим бредом. Он переехал в США, где ночевал на лужайке возле Белого дома в Вашингтоне. Спустя 18 месяцев он был депортирован из США и какое-то время жил

в тяжелых условиях, что завершилось его первой госпитализацией на северо-востоке Англии.

Между его госпитализацией и направлением на когнитивную терапию ему в течение шести месяцев вводили максимально переносимую дозу клозапина, которая вызвала у него побочные эффекты в виде избыточного слюноотделения и гипотонии. Похоже, он был совершенно устойчив по отношению к нейролептикам, поскольку было очевидно, что прием клозапина не принес почти никакой пользы. После врачебного консилиума его направили на когнитивную терапию (скорее с надеждой, чем с ожиданиями), а затем перевели в палату длительного пребывания. Ему было отказано в выписке, поскольку его бред посчитали опасным. На оценочной сессии он получил 27 баллов по Комплексной шкале психопатологии (Comprehensive Psychopathological Rating Scale — CPRS [Asberg, Montgomery & Perris, 1978]), что указывает на умеренную степень психотизации. Его симптомы в основном включали бред величия, эмоциональное притупление, враждебность, истощаемость, утомляемость и вегетативные расстройства. Однако его общий балл составил шесть, что указывает на максимальную степень психотизации. Его оценки по Шкале бреда Модсли (Maudsley Assessment of Delusion Schedule — MADS [Taylor et al., 1993]) и Общей шкале тяжести бреда (Global Scale for Delusional Severity — GSDS [Turkington et al., 1996]) показывали почти максимальный результат — 18 из 19 возможных. Результаты по Шкале дисфункциональных аттитюдов (Dysfunctional Attitude Scale — DAS [Weissman & Beck, 1978]) укладывались в нормальный профиль, за исключением высокой претенциозности, которая определяется как “убежденность в праве на такие вещи, как успех, деньги, любовь и счастье”. Претенциозный человек ожидает и требует, чтобы его желания удовлетворялись другими людьми вследствие его хорошего поведения или тяжелых усилий. Если этого не происходит (как это часто бывает), претенциозный человек чувствует себя подавленным либо неадекватным, может гневаться. Такие люди громко и часто жалуются, но мало что делают для решения своих проблем. В результате своей озлобленности и требовательных установок они неизменно получают гораздо меньше того, чего хотят от жизни.

Во время первой сессии, которая проходила в палате, Джон враждебно защищался и говорил только о своем бреде. В связи с тем, что это была единственная тема его повестки дня и единственный способ наладить сотрудничество, было решено определить хронологию его бреда, т.е. исследовать его antecedенты.

Сосредоточение обсуждения на antecedентах возникновения бреда сделало сессию весьма продуктивной. Джон вовлекся в обсуждение проблем, которые возникли до его "новой роли". Он рассказал мне, что в конце 1980-х в результате крушения вертолета погибли пять членов экипажа. Осмотрев обломки, он пришел к выводу, что семьям погибших должна была быть выплачена компенсация, поскольку авария произошла в результате отказа оборудования. Также стало очевидно, что у Джона была генетическая склонность к развитию шизофрении, поскольку у него был близкий родственник, который хронически болел этим расстройством. Он сообщил, что в период с марта по апрель того года, когда случилось крушение вертолета, он становился все более озлобленным и тревожным, и к тому времени, когда он представил свой официальный отчет, у него возникли паранойальные идеи о том, что ему и его семье угрожали. Он полагал, что его дом подвергся ограблению с целью уничтожения важной информации, и говорил, что его жена была крайне обеспокоена происходящим. Его основными аффектами в это время были гнев и фрустрация. Он в одиночку выступил против следственной группы и показаний вышестоящих офицеров, поэтому подал в отставку вскоре после окончания официального расследования. Следующий месяц он описал как период очень необычных изменений настроения. Он сказал, что у него было ощущение, "будто что-то вот-вот должно произойти", и, похоже, это было связано с растущей тревогой и деперсонализацией. Предметом его бреда отношения поначалу были литература и музыка, что вскоре переплелось с бредом величия, в котором он играл роли мстителя, контролера и миротворца. Стало ясно, что система его бреда величия подпитывалась аффектом гнева, а это, в свою очередь, вызывало поведение, связанное с эпизодическим насилием и поиском позитивной информации. Такое сочетание существенно повышало вероятность его принудительной госпитализации согласно разделу 3 Закона о психическом здоровье, делая его потенциально опасным для других членов общества. Во время первой сессии, несмотря на то, что Джон испытывал дистресс и продолжал бредить, он был способен поддерживать контакт с врачом и обсуждать хронологию antecedентов в течение примерно одного часа.

Вторая сессия когнитивной терапии продемонстрировала, что Джон все еще очень зол из-за того, что не получил должного признания за свое выступление против отказа в компенсации семьям экипажа. Он получил домашнее задание подобрать газетные вырезки новостей того времени

(его прикроватная тумбочка была заполнена документами и бумагами) и по возможности найти свой официальный отчет. Мы договорились, что вместе прочитаем места из книги Н. Шварцкопфа, в которой, как утверждал Джон, есть прямые ссылки на него, и обсудим их на следующей сессии. На протяжении всей сессии основной целью было получить больше информации и прийти к пониманию того, что могло стать триггером психоза. План состоял в том, чтобы прибегнуть к направленному исследованию для достижения инсайта, а также подвергнуть сомнению бред величия посредством ненавязчивых косвенных вопросов. Любые признаки нарастающей ажитации подавлялись тактическим отступлением и перенаправлением дискуссии в более спокойное русло.

На третьей терапевтической сессии мы достигли некоторого прогресса в нашем совместном понимании его “новой роли”. Работа над бредом Джона оказалась малопродуктивной, и сессии были в основном посвящены работе над antecedентами и его собственным гневом из-за прерванной карьеры в Военно-воздушных силах. Он сказал, что было очень несправедливо потерять “форму, зарплату и пенсию”. Он снова получил домашнее задание четко перечислить проблемы, связанные с аварией вертолета, и указать неисправность оборудования, которая, по его мнению, стала причиной катастрофы.

К тому времени когда мы подошли к четвертой сессии, стало ясно, что работа, проделанная на предыдущих сессиях, в некоторой степени сделала систему его бреда величия еще более непроницаемой. Более подробные расспросы во время этой сессии привели к расширению бреда, который теперь стал включать его причастность к краху Международного кредитно-коммерческого банка, Уотергейтскому делу и атаке на Всемирный торговый центр. Попытка прибегнуть к сократическим вопросам по ходу обсуждения его притязаний на такую колоссальную степень влияния и политической власти оказалась бесполезной и побудила Джона заявить, что он — Мессия, вспомнив, что дети на вашингтонских улицах называли его Иисусом. Это очевидное усиление тяжести бреда и степени возбуждения оказалось, по-видимому, связано с чрезмерностью вскрываемого материала, поэтому было принято решение замедлить темпы прохождения следующих сессий и ежедневно выделять Джону время для релаксации с использованием специальных аудиозаписей. В это же время произошло усугубление Косовского кризиса, и стало ясно, что его это все более беспокоит.

На пятой терапевтической сессии, которая проводилась весьма неспешно, он сказал мне, что королева как Главнокомандующий Вооруженных

сил в какой-то мере ответственна за его плохое лечение, и отметил схожесть отношения к себе королевской семьи с таковым в случае принцессы Дианы. Он казался уже более расслабленным, и на шестой сессии мы преимущественно говорили о том, как представители власти злоупотребляют своим положением и как следует с этим бороться. Вместе с консультировавшим его психиатром мы исследовали представления Джона о его правах в нынешней роли, а также вопросы, связанные с его уходом из Военно-воздушных сил.

Седьмая терапевтическая сессия продемонстрировала первые признаки менее непосредственного вовлечения Джона в мировые события. Он признался, что не отдавал приказ наносить удар по Саддаму Хусейну. Основное внимание на этой сессии уделялось уровню схемы — бессилию людей изменить некоторые мировые ситуации, и Джон оказался в состоянии согласиться с тем, что определенные экономические и стихийные бедствия он фактически не в силах предотвратить. Сессию продолжили окольные вопросы и выработка альтернативных гипотез, а также мягкая работа на уровне схемы в отношении выдвигаемых им требований.

На восьмой сессии было решено провести эксперимент. К этому времени мы установили хороший терапевтический альянс, хотя не было никаких признаков каких-либо изменений в отношении его инсайтов. Он сообщил, что его приказы отправлялись из психиатрического отделения и приводились в исполнение различными вооруженными силами по всему миру, поэтому мы решили исследовать механизм, посредством которого эти приказы могли быть отправлены. Он сказал, что пишет инструкции на доске объявлений в общем холле, и что лечащий персонал и пациенты принимают их к исполнению. Нами был поставлен эксперимент (в ретроспективе, вероятно, несколько сложный), по ходу которого Джон должен был уволить Тони Блэра с поста премьер-министра в течение следующих двух недель, отдав прямое распоряжение на доске объявлений дневного стационара.

На девятой сессии мы обнаружили, что Тони Блэр все еще находится у власти, и Джон был вынужден согласиться с тем, что в цепочку выполнения могут быть вовлечены многие люди, что замедлит выполнение его приказов. На этой сессии мы вернулись к формулированию случая, приняв индуктивное формулирование, в соответствии с которым разбили его жизнь на пятилетние периоды от рождения до появления психических симптомов. Благодаря индуктивному формулированию слу-

чая мы смогли выделить ключевые факторы, влияющие на его жизнь, и Джон смог сформулировать некоторые из своих базовых убеждений. Мы достигли определенного согласия в отношении формулировки, в соответствии с которой он рассматривал себя как “паршивую овцу в семье”. Наиболее четко это проявилось в его убеждении в отношении самого себя — “я бунтарь”. Похоже, это было базовым убеждением, которое пришло из раннего детства, когда умер его отец, а его брат принял на себя отцовскую роль. Тогда он явно бунтовал против доминирования брата. У него развилась компенсаторная схема, согласно которой официальные лица должны всегда быть честными и справедливыми, и эта комбинация базовой и компенсаторной схем была внезапно активирована несправедливостью, которая, по его мнению, произошла во время крушения вертолета, и привела к появлению бреда, непосредственно связанного с его компенсаторными схемами. Примечательно, что во время этой сессии у него не было бреда, и он мог сосредоточиться на основных темах своего психоза. Обычно, когда основное внимание уделяется связанным с бредом базовым схемам, сам бред меньше проявляется по ходу сессии. В качестве домашнего задания Джон должен был углубиться в ключевые сферы, связанные с тематикой его бреда, т.е. описать другие ситуации, в которых он мог вести себя в соответствии со своими убеждениями (это обсуждалось в начале десятой сессии). Он поместил свой следующий приказ на доске объявлений в общем холле, отправляя японские войска в Боснию, чтобы снизить накал кризиса в Албании. Три недели спустя он показал мне газетную вырезку, в которой сообщалось, что подразделения японских сил самообороны были отправлены в Гондурас. Мы сочли это весьма интересным экспериментом, поскольку он признал, что его приказам мешают и что он не может полностью все контролировать. Однако он предположил, что, возможно, некий младший офицер допустил ошибку с приказами и их выполнением. Поэтому было решено, что мы продолжим эти эксперименты, чтобы лучше понять его настоящую роль. На этом этапе он был снова оценен по Комплексной шкале психопатологии (CPRS). Оценка оказалась равной 25 баллам, что указывало на минимальные изменения в его симптомах. Его оценка по Общей шкале тяжести бреда (GSDS) оказалась равной 16, и, следовательно, изменилась весьма незначительно. Однако Джон активно участвовал в когнитивной терапии и проводил эксперименты по проверке реальности, которые со временем могли позволить ему меньше бредить. В отделении он был явно

менее враждебен и более общителен и писал менее пространные письма политикам.

К концу двенадцатой сессии, проведя очередной эксперимент, по ходу которого его приказ не был выполнен, Джон признал, что "Объединенный комитет начальников штабов действительно обладает некоторой властью". Это позволило нам приступить к обсуждению того, что альтернативное объяснение его частичного успеха в предсказании исхода различных политических и военных сценариев состоит в высокой информированности и разумных предположениях. Это альтернативное объяснение должно было быть проверено путем сравнения с собственным объяснением Джона, которое подразумевало "отдачу приказов и контроль их исполнения". Было подготовлено домашнее задание, в ходе выполнения которого он согласился, как это ни удивительно, подать заявление на пенсию от Королевских военно-воздушных сил, подписав его своей фамилией и званием сержанта. В этот момент он начал говорить о своей семье, что ухудшило его настроение, и он был готов расплакаться.

На тринадцатой терапевтической сессии мы с Джоном решили сделать прогнозы относительно того, что произойдет в ситуации нарастающего кризиса в Косово. Я, как психотерапевт, прогнозировал следующее.

1. Сербы будут настойчивы, но отступят.
2. Никакого военного вмешательства со стороны НАТО не потребуется.
3. Никаких ракет по Белграду выпущено не будет.

Прогнозы Джона были иными.

1. В Косово разразится война.
2. Произойдут массовые убийства местного населения.
3. НАТО войдет в Косово и выйдет на арену вооруженного конфликта.
4. Произойдет конфликт сербов и НАТО.
5. По Белграду будут запущены крылатые ракеты "Томагавк", и он лично даст команду на их запуск.

На четырнадцатой сессии Джон сказал, что, когда ракеты будут готовы к запуску, он даст команду на ракетный удар, который произойдет в течение 48 часов. К этому моменту стало ясно, что прогнозы Джона о том, что произойдет в Косово, оказались весьма близкими к истине, а мои прогнозы как психотерапевта были расценены как полностью лож-

ные. Однако эта научная проверка прогнозов Джона не привела к укреплению его бреда. Наоборот, он фактически стал более вовлеченным в процесс проведения экспериментов с целью их проверки, и был весьма снисходителен к психотерапевту и его ошибочным прогнозам. Джон заметил, что не имеет значения, что я был неправ, так как у меня гораздо меньше военных знаний. Он также сказал, что если действительно получит единовременную выплату от Военно-воздушных сил, то оплатит часть ипотечного кредита своей жены.

На пятнадцатой сессии он сообщил моему секретарю, что отдал приказ о начале забастовки. Забастовки не произошло, но теперь он был активно вовлечен в процесс исследования доступной информации, а не поиска информации, которая подтверждала бы его бред. В отчете медсестры говорилось, что в палате Джон стал более адекватным и общительным, а также занимался обычной деятельностью.

На шестнадцатой сессии, которая теперь сократилась до 45 мин., он указал, что следит за тем, что происходит на военной и политической арене, но не отдает приказов. Ему предложили единовременную выплату, и он впервые за много лет связался с женой.

На семнадцатой терапевтической сессии он указал, что теперь он самостоятельно научно проверяет ситуации. Он сказал, что не размещал свой последний приказ на доске объявлений, а только рассказал мне о нем. По его словам, поскольку я не вправе разглашать врачебные тайны и поэтому никто от меня не узнал о его приказе, последний, должно быть, оказался прогнозом, а не командой. Он также продемонстрировал некоторое улучшение в отношении к своему психиатру и к приему клозапина.

В ходе восемнадцатой сессии Джон признал, что последние три его приказа не были выполнены, и согласился просто следить за мировыми событиями. Его претенциозность ослабла, он стал признавать свою потребность в лекарствах и необходимость работать со своим психиатром на пути к реабилитации. К этому моменту он согласился с формулированием своего случая и понял, что значительные перемены в его жизни привели к госпитализации. Он признал основные схемы и убеждения, лежащие в основе его психоза, и начал проверку гипотез. К этому времени снизилась как позитивная, так и негативная симптоматика: его оценка по Комплексной шкале психопатологии (CPRS) снизилась до 11 баллов, а по Общей шкале тяжести бреда (GSDS) упала вдвое, до 8 баллов. Шкала дисфункциональных аттитудов (DAS) теперь показывала нормальный профиль.

Это описание когнитивной терапии для стационарного пациента с систематизированным бредом величия указывает на ряд ключевых принципов.

1. Развитие сотрудничества и создание терапевтического альянса имеют решающее значение для любого дальнейшего прогресса, и это означает, что психотерапевту следует уделять достаточно времени разговорам о влиянии бреда на жизнь пациента.
2. Методики, которые применяются преждевременно или слишком стремительно, могут привести к усилению возбуждения и систематизации бреда. Поэтому целесообразно работать в медленном и стабильном темпе, предлагая пациенту домашние задания, к которым он будет готов.
3. Прогресс в данном случае наступил тогда, когда были исследованы antecedentes психотического периода и выработаны краткая и полная формулировки того, почему в жизни Джона могли произойти такие изменения. Сосредоточение внимания на предпсихотическом периоде очень важно, поскольку позволяет пациентам взглянуть на свою историю жизни в перспективе и понять некоторые из ключевых триггеров, которые привели к изменениям в их представлениях о себе и своем мире.
4. Проверка реальности с помощью соответствующих домашних заданий может быть творческой и интересной. Она не усиливает бред пациентов. Напротив, она знакомит их с объективным научным методом, который может привести к снижению их убежденности в своем бреде.
5. В данном клиническом случае оказалось очень важным понять основные схемы (бунта и претенциозности) и выявить ключевые дисфункциональные личностные убеждения, чтобы проработать на этом уровне систему бреда величия, тем самым позволяя ей постепенно приходить в соответствие с реальностью.
6. Во всяком случае, крайне важно проводить сессии неспешно и, насколько возможно, поддерживать раппорт, используя абсолютную точность слов и избегать втягивания в конфронтацию или сговор.
7. Информация, высказанная пациентом, хотя и кажется непонятной, всегда должна восприниматься серьезно, в ожидании, что части головоломки постепенно встанут на свои места в ходе сессии.

Данный клинический случай дает реальную надежду пациентам с устойчивой к антипсихотикам бредовой системой. Когнитивная терапия показывает способ сделать психотический материал более понятным как для терапевтической команды, так и для пациента, позволяя привлечь пациента в качестве агента, делающего свой бред предметом исследования в рамках совместного, доверительного и поддерживающего терапевтического альянса.

Глава 2

С ПОЗИЦИИ ЗНАНИЯ: ПУТЕШЕСТВИЕ В НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ

Случай 2 (Джанет): *Лора Макгроу и Элисон Брэдбан*

Основная цель этой главы — дать некоторое представление о влиянии, которое развитие нового понимания и новых навыков оказывает на терапевта и его клиническую практику. Само по себе это может показаться не особенно революционным, однако переход от уверенности в собственном всезнании к осознанию того, что вы знаете очень мало, может быть трудным и эмоционально болезненным [Salzberger-Wittenberg, Henry & Osborne, 1990]. Я проиллюстрирую этот опыт на примере одного клинического случая.

За 15 лет работы в качестве специалиста в области психического здоровья я очень редко хотела сменить работу. Однако в начале 1990-х годов, учительствуя и по совместительству работая патронажной психиатрической медсестрой (community psychiatric nurse — CPN), я отметила увеличивающийся поток публикаций, посвященных практике психиатрического ухода. В отчетах, касающихся всех аспектов предоставления услуг, указывалось, что такая практика не соответствовала ожиданиям, несмотря на рекомендации. В общей нагрузке патронажных психиатрических медсестер хронически больные составляли лишь небольшую долю; редко можно было встретить обзоры, посвященные работе междисциплинарных групп; программа Care Programme Approach реализовывалась не полностью; услуги, предоставляемые пациентам и лицам, осуществляющим уход за ними, были неудовлетворительны; психообразование клиентов в отношении поддержания физического здоровья оставляло

желать лучшего; мониторинг приема лекарств был бессистемным; обучение лечащего персонала методам интервенции в случае шизофрении было минимальным [Gournaу, 1996]. Поэтому высказывались опасения в отношении знаний, навыков и мотивации таких терапевтических команд [McFadyen & Vincent, 1998].

Неупорядоченность услуг по охране психического здоровья и низкий моральный дух лечащего персонала затмевали весь достигнутый прогресс, сигнализируя общественности, что система помощи вышла из-под контроля [Muijen, 1996]. Хотя возникало впечатление, что патронажные психиатрические медсестры избегают интенсивной работы с людьми, имеющими серьезные проблемы психического здоровья, ограничиваясь инъекциями назначенных врачами лекарств и проведением групп по управлению тревогой, я все же пыталась делать что-то полезное для клиентов с психозами. Однако я все более разочаровывалась в своей клинической практике. Больше всего мне нравилось работать с людьми, которым поставили диагноз “шизофрения”. Однако в школе медсестер меня учили: *“Заблуждения — это ложные убеждения. Лучше не вникать в них, иначе вы станете частью бредовой системы”*. Если кто-то говорил вам, что слышит голоса или видит нечто, рекомендовалось следующее: *“Игнорировать содержание и сосредоточиться на том, что человек чувствует, вовлечь его в какую-нибудь деятельность, например заварить чай”*.

Мой типичный визит заключался в инъекции лекарств, вопросах о побочных эффектах и наблюдении за клиентом в течение 10–20 мин. Если клиент начинал говорить о личных переживаниях, я использовала главные принципы консультирования — проявляла эмпатию, понимание и теплое отношение, а также укрепляла доверие. Со многими своими клиентами я работала в течение шести-семи лет, и у меня сложился с ними альянс и “комфортные взаимоотношения” [Barker, 1999]. Я была осведомлена о многих аспектах жизни своих клиентов, и у меня сформировалось достаточно полное их понимание, но я не могла подкрепить свое “знание” какими-либо доказательствами. Например, я распознавала наступление обострения у одной женщины по ярко-красному лаку на ее ногтях. Я знала, когда следует беспокоиться, если мне не открыли дверь, а когда все было в порядке. Однако когда клиенты хотели рассказать о своих галлюцинаторных или бредовых переживаниях, мои реакции становились уклончивыми. Я остро осознавала, что после того, как они испытали такие необычные и часто ужасающие явления, они хотели

поговорить о них. Я также знала, что это само по себе могло быть катарсисом. Однако я не знала, как ответить, кроме сочувственного кивка или бессвязного обсуждения лекарств.

Я воспринимала медицинскую модель болезни как нечто постороннее, в чем сама я не принимала участия; осмысливая прошлое, я вижу, что могла лишь предложить либо сменить лекарство, либо увеличить дозу, либо, возможно, назначить встречу с психиатром для устранения сомнений. По крайней мере, я считала, что, если что-то случится, я следовала “правильной процедуре”. Я все больше осознавала, что мой разговор касался безопасных тем, например футбола или дневного стационара.

Когда люди испытывают нечто весьма странное, например слышат голоса, это может привести к ряду реакций — от замешательства и страха до депрессии. Расстроить человека может не только сам факт, но и его потенциальные последствия: “Я сошел с ума”, “Они собираются запереть меня” и “У меня заберут детей”. Мы всегда пытаемся осмысливать свои переживания, даже если они носят экстраординарный характер [Chadwick, 1997]. Я знала, что мои клиенты пытались разобраться в своих “симптомах”, но все, что я могла им предложить, заключалось в “лекарственной поддержке” и “стабильности”.

Я знала многих из этих клиентов долгое время. Я делилась с ними обстоятельствами своей жизни, поскольку принимала участие в их жизни. Моя неспособность уменьшить страдания, которые они испытывали в результате своего психоза, меня, мягко говоря, тревожила. Питер Уилкинс [Wilkins, 2001] красноречиво выразил мои чувства:

“Моменты безумия непредсказуемы, как срывы со скалы без страховки. Это моменты свободного падения, которые заставляют разум ускоряться, а душу резко тормозить. Психиатрическая медсестра сталкивается с собственным страхом перед безумием, иронизируя по поводу собственной неадекватности. Она беззащитна, являясь одновременно и наблюдателем, и объектом наблюдения”.

Вывод: что-то нужно было делать. Мне нужно было больше понимать и опираться на то, что я считала своей “прочной” базой знаний.

На то, чтобы получить место для обучения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) психозов, потребовалось два года. Дата моего собеседования фактически совпала с солнечным затмением, хотя я была на-

столько поглощена желанием продолжать учиться, что астрономические события ускользнули от меня. Успешно поступив на курсы, я ехала на вокзал. Когда небо приобрело желтоватый оттенок, я задумалась, не было ли напряжение настолько огромным, что я переместилась в другую реальность, и это действительно было так. Однако начало моего обучения не просто означало “освоение чего-то нового”. Путь к знаниям оказался коварным и полным ухабов.

В первый день учебы я сидела в аудитории, заполненной очень молодыми людьми, и слушала дебаты на тему “Что такое шизофрения?” После этого нам порекомендовали прочитать книгу Р. Уорнера *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy* (“Выздоровление от шизофрении: психиатрия и политическая экономия” [Warner, 1985]). Книги с такими заумными названиями последний раз я читала, когда училась на социолога сто лет и двое детей назад. Для меня сюрпризом в названии стал термин *выздоровление*. Будучи дисциплинированной (и склонной к панике) ученицей, я сразу же купила эту книгу.

Как мне кажется, профессионалы преимущественно используют термины и нарративы, относящиеся к понятию “хронический шизофреник”, когда говорят о ремиссии и поддержке. Согласно метаанализу Дж. Хогарти [Hogarty, 1993], 40,2% пациентов выздоравливают после первого психотического эпизода — это означает благоприятный исход для значительной части людей. Однако этот обнадеживающий факт ускользает от внимания сотрудников служб психического здоровья. Наша клиническая практика окутана туманом пессимизма, поэтому терапевтические планы зачастую лишены надежды на выздоровление. Манфред Блейлер описал этот пессимизм так:

“Пациент и здоровые люди перестают понимать друг друга. Пациент смиренно отказывается от любых усилий быть понятным. Видя это, наивный наблюдатель заявляет, что пациент утратил способность к рассуждению [Barham, 1995, С. 417]”.

Критики КПТ и психосоциальной интервенции заявляют, что эти подходы представляют собой собрание формальных рецептов при небольшом сочувствии и понимании индивида. Однако сутью этих подходов является индивидуальная концепция выздоровления [Reeves, 2000].

ДЖАНЕТ

В ходе обучения я должна была выбрать несколько клиентов с диагнозом “психоз”, или “шизофрения”, для проведения КПТ. Одной из клиенток, с которой я решила работать, была женщина, которую я навещала раз в две недели в течение шести лет и, как мне казалось, хорошо знаю. Вовлечение и оценивание были краеугольными камнями обучения. Я хотела упростить себе работу и выбрала именно эту женщину, так как знала, что смогу пропустить первую часть и сразу перейти к терапии. Там не было бы никаких трудностей. Я посетила клиентку, и она охотно согласилась со мной поработать. Я заверила ее, что наши сессии не будут отличаться от предыдущих, только станут несколько более долгими и, возможно, более подробными. Мне также пришлось предупредить ее об аудиозаписях сессий. Это беспокоило не ее, а меня, потому что я никогда раньше не пользовалась на сессиях диктофоном. (Новичкам в этом деле я хочу дать два совета: во-первых, выбирайте диктофон с красным индикатором, который мигает во время записи, иначе вы всю сессию будете переживать, правильную ли кнопку нажали; и, во-вторых, включайте диктофон на запись у себя дома и привыкайте слышать собственный голос, прежде чем будете использовать его на сессиях супервизии.)

Причина обращения

Джанет жила дома с матерью. Ей поставили диагноз “паранойяльная шизофрения” в 1970-х годах, когда она ненадолго побывала в палате для пациентов в острых состояниях психиатрической больницы. В качестве патронажной психиатрической медсестры я познакомилась с Джанет в 1993 г., когда меня назначили “поддерживать ее психическое состояние и обеспечивать прием медикаментов”. С того времени я не смогла предложить ей много терапевтических возможностей. Дневной стационар был невозможен, и посещения были направлены на приобретение копинг-стратегий. Когда я предложила новый терапевтический подход, Джанет заинтересовалась.

Вовлечение

Сдвиг в терапевтических отношениях с Джанет оказался более трудным, чем я ожидала. Я была убеждена, что, поскольку у меня уже сложились хорошие отношения с ней, то процесс взаимодействия пройдет

гладко. Я обнаружила, что структурированный подход к сессиям оказался более проблематичным, чем я могла себе представить: мне было трудно составлять повестку дня, ограничивать время и назначать домашние задания [Kingdon & Turkington, 1994]. Я беспокоилась и переживала, что буду выглядеть глупо в ее глазах. Я всегда был профессионалом, а теперь смущалась, пытаюсь правильно включить диктофон.

Джанет была очарована интеллектуальностью КПТ и была в восторге от полуторачасовых посещений. Может показаться, что это превышает возможности большинства патронажных психиатрических медсестер — работы очень много, и поэтому посещения должны быть короткими. Признаюсь, что такая продолжительность была во многом связана с моей неопытностью, но я задаю себе вопрос: почему мы всегда считаем, что посещения должны быть как можно короче? Чего мы добиваемся, стараясь поскорее завершить оценку рисков, не найдя времени на то, чтобы записать свои заметки или провести еще одну встречу? Если мы просто гонимся за количеством клиентов, насколько это полезно для человека, получающего нормированный визит, и насколько это полезно для нас как профессионалов?

Мы обсудили “неловкость”, которую обе испытывали. Она привыкла, что я болтаю о своей жизни, детях, выходных, а я привыкла делать ей уколы и время от времени советовать “больше выходить на улицу” или “больше заниматься домом”. Как-то в течение шести месяцев я безуспешно пыталась научить ее пользоваться стиральной машиной. Все стало более формальным, и, как настоящий новичок, я была неуклюжей и неловкой в своих высказываниях. Я обсудила с ней важность повестки дня и структуры, и то, почему домашние задания имеет решающее значение для терапии (я сама едва понимала причины этого). Работа в рамках структурированной системы кажется отпугивающей и выводит из равновесия даже опытного специалиста. Однако стало очевидно, что без такой опоры сессия рискует потерять свою направленность. Повестка дня убеждает клиента в том, что у встречи есть цель, и удерживает на этой цели внимание терапевта. Теперь я объясняю клиентам, что выполнение домашних заданий означает, что мне не придется постоянно приезжать к ним, чтобы получить всю необходимую мне информацию. Клиенты чувствуют: вы искренни и для вас важно, что они испытывают, когда вас нет рядом.

Интересно отметить, сколько раз приходится объяснять людям, почему необходимо выполнять задания между сессиями. Те, кто, как и я, провели бесчисленное количество групп по управлению тревогой, ясно вспомнят, насколько трудно убедить людей выполнять домашние задания, особенно если они кажутся им бессмысленными. Поставьте себя на место такого человека: если вы не совсем понимаете цель того, что кажется одновременно трудным (попробуйте вести дневник мыслей в течение недели) и бессмысленным (вспомните о тех или иных курсах, на которых приходилось выполнять формальные задания), то какие аргументы вы бы привели? Важно дать четкое обоснование и объяснение цели вашей интервенции и вашего присутствия в их доме.

Было важно объяснить Джанет цель КПТ и ее направленность. При обсуждении этих вопросов я опиралась на концепцию Д. Кингдона и Д. Теркингтона [*Kingdon & Turkington, 1994*], согласно которой терапия рассматривается в качестве возможности описать и обсудить свои переживания. Необходимо было сосредоточиться на наиболее дистрессовых сферах жизни Джанет, контролируя проявления любой сопутствующей депрессии или тревоги. Наконец, следовало определить основные базовые убеждения, или схемы, с которыми мы будем работать.

Схема — это термин, обозначающий базовые убеждения, т.е. убеждения, которые мы считаем истинными, исходя из нашего детского опыта в отношении мира, самих себя и других людей. Например, человек, чье детство было омрачено физическим насилием, может вырасти и стать взрослым, считающим, что мир опасен. Эти убеждения не обязательно патологические: большинство людей не думают, что люди в целом опасны и не заслуживают доверия или они сами ничего не стоят.

Идея сосредоточиться на “областях своей жизни, которые она находила дистрессовыми” (в отличие от того, что мы, как практики, сами считаем огорчительным), вряд ли является революционной, но все же это то, с чем некоторые клиницисты испытывают трудности. Выяснилось, что Джанет не рассматривала все свои “психотические” переживания как негативные, или дистрессовые. По мере естественного развития терапевтического процесса тревога снижалась у нас обеих. Джанет сначала старалась не говорить о своих чувствах, просто утверждая, что ее беспокоят “голоса, образы и перепады настроения”. Казалось, Джанет нуждалась в уверенности, что я не оставлю без внимания ее чувства открытости и уязвимости после того, как она обсудит свои переживания. Я нахожу поразительным, что люди,

у которых был негативный опыт контактов со службами психического здоровья, все еще находят смелость, чтобы участвовать в новых сессиях и снова рассказывать свою болезненную историю. Мне хотелось бы думать, что Джанет верила, что я пытаюсь помочь ей переосмыслить ее переживания. Однако на самом деле она, скорее, считала, что делает мне одолжение.

Оценивание

Процесс оценивания был очень важен, чтобы помочь мне разобраться в текущих проблемах Джанет. Мне нужно было понять ее личную историю, т.е. события, приведшие к ее первому психотическому эпизоду, а также то, что поддерживало ее проблемы с этого момента. Я никогда не злоупотребляла многочисленным оценочным инструментарием, поскольку хотела, чтобы Джанет не чувствовала себя перегруженной. На этапе оценивания Джанет подробно рассказывала о своем опыте, и мне было трудно сосредоточиться на сборе информации, не вовлекаясь в терапию. Я не привыкла структурировать свою работу, и когда Джанет описывала свои заблуждения, я была заинтригована и обнаружила, что мне трудно не пойти по узкой тропе, прежде чем у меня появится более широкая картина.

Шло время, и по мере моего исследования переживаний Джанет в ней стал нарастать гнев. После 25 лет контактов со службами психического здоровья она не могла понять, почему другие специалисты никогда не хотели знать о таких вещах. Для меня это было ужасно. Ведь, в конце концов, она имела в виду *меня*. Она описывала не другую службу в незнакомом городе или неудачный опыт общения с моими коллегами. Я всегда боролась с правилом “не принимай все на свой счет”. Конечно, раньше я уже расспрашивала о подробностях ее переживаний и поэтому должна была это делать и дальше. Я знала о них, а значит, должна была о них расспрашивать. Было чрезвычайно трудно удержаться от попытки переубедить Джанет в отношении моей полной неэффективности в течение последних семи лет, вынудив ее добавить “за исключением нынешнего случая”. Вместо этого важно было признать ее фрустрированность полученными услугами психического здоровья и своей жизнью. Джанет нужно было почувствовать, что она может открыто рассказывать о своих переживаниях, не боясь меня расстроить. Мне нужно было слушать, что она говорит, и относиться к ней серьезно. Как оказалось, гораздо труднее уважать чужую точку зрения, если она затрагивает вас и ваше представление о себе.

Описание проблемы

Джанет считала, что у нее в мозгу имплантат. Она не знала, кто и как его туда поместил, хотя у нее были идеи, что это можно было сделать с помощью телекинеза. Она считала, что имплантация, вероятно, была осуществлена при ее рождении или, возможно, еще раньше, поскольку не знала, чтобы ей делали какую-либо серьезную операцию, а “без хирургической операции это было бы невозможно”. Она считала, что имплантат питается электрической энергией и в 100 тысяч раз мощнее мозга. Имплантат состоял из семи ветвей, каждая из которых выполняла определенную функцию в организме.

- Ветвь 1: сенсорная функция.
- Ветвь 2: эмоции/чувства/экстрасенсорные способности.
- Ветвь 3: движение конечностей.
- Ветвь 4: интеллект и когниции.
- Ветвь 5: в ее правом глазу расположена оптоволоконная камера, показывающая изображения.
- Ветви 6 и 7: обе они доходят до ее ушей, поэтому она слышит голоса.

Джанет полагала: существуют и другие люди с подобными имплантатами, и имплантаты иногда могут помогать. Те, у кого есть функционирующая Ветвь 3, преуспевают в спорте; те, у кого Ветвь 4 использует “случайную избыточную память”, становятся математиками, и т.д. Для нее трудность заключалась в том, что Ветвь 2 была повреждена, и это вызвало изменения ее настроения и паранойю. Джанет относилась к имплантату неоднозначно. Она была довольна тем, что это позволяет ей совершать космические полеты, но злилась, что это мешает ей концентрироваться и добиваться успеха. Кроме того, Джанет видела “картины” войны, космоса, других планет и ядерных разрушений. Когда ее спросили об этом, у нее было сложное объяснение. История восходит к планете Орио 10 тысяч лет назад. Императору Орио доложили, что “Эссо украл частицу”. С тех пор произошли массовые бедствия, и жители этого мира связали “Джанет Мэри Смит” (Джанет) с “Эссо”. Джанет проводила дни, “слушая голоса и путешествуя по другим галактикам”. Она сказала, что буквально видела “последствия войны, голода и пыток” и боролась с паранойей, поскольку считала себя виновной в этих бедствиях.

История развития и социальный анамнез

Джанет был 51 год, когда я начала эту работу. У нее были старшая сестра и младший брат, которые сделали успешную карьеру и жили вдали от дома. Ее отец был адвокатом (он умер), а мать работала учительницей. Семья жила в большом особняке в небольшой экономически неблагополучной деревне. Джанет никогда не общалась ни с кем из соседей и описывала их как “отличающихся от нее”. Она получила начальное образование в частной школе соседнего города, а затем поступила в школу-интернат. Ей пришлось по душе режим школы-интерната, и она поддержала ее девиз: “Усердно работай, усердно молись, усердно играй”. В 18 лет Джанет весьма успешно окончила школу и стала изучать экономику в университете.

Ее первый год прошел без происшествий. Она поселилась у семейной пары — друзей ее семьи — но, почувствовав себя “исключенной” из студенческой жизни, позже переехала в студенческое общежитие в сопровождении своего парня. В то же время она увлеклась театральным кружком. Два члена этого кружка переехали в ее общежитие, но это не привело ни к чему хорошему. Соседи по общежитию отвлекали ее, и в результате пострадала учеба. Позже ее парень разорвал с ней отношения, заявив, что Джанет была странной, и завязал отношения с одной из других студенток, проживавших в общежитии.

Оглядываясь назад, Джанет отметила, что в это время испытывала “интеллектуальную паранойю”. Ее соседи были “жестокими и гипнотическими”, а парень “использовал” ее. В это время Джанет начала испытывать трудности: она становилась все более дезорганизованной, и ее концентрация внимания снизилась. Как следствие, она провалила экзамены в конце семестра. Именно в это время она испытала свою первую галлюцинацию. Это была “оранжевая планета и фотографии солдат под землей, совершающих массовые разрушения и пытки”. Тогда она вернулась домой, где ей поставили диагноз “паранойяльная шизофрения” (хотя она не знала об этом до 1985 г.). Ее лечили инъекциями антипсихотических препаратов медленного действия и пероральными транквилизаторами, и она принимала все это на момент начала нашей терапии.

Джанет положительно оценила полученное воспитание, но была возмущена ограничениями, которые болезнь наложила на ее жизнь. Она подробно рассказывала о своих академических достижениях до университе-

та и о последующем “параличе”, который, по ее мнению, вызвал имплантат. Она считала, что это разрушило ее судьбу и способность выражать свои чувства. Было сложно составить картину того, что произошло с тех пор. Время было трудным понятием для Джанет: ее одежда и окружение оставались неизменными с 1970-х годов, а ее утверждения относительно дат и времени часто были расплывчатыми: “Я была расстроена в 1982 г.” По возвращении домой Джанет пыталась найти офисную работу, но безуспешно. Хотя она дважды попадала в больницу, мало что изменилось. Она продолжала жить дома со своей матерью, которой и ограничивались все ее социальные контакты. Джанет редко выходила из дома, у нее не было друзей.

Стандартизированный оценочный инструментарий

Оценочная психиатрическая шкала KGV [*Krawiecka, Goldberg & Vaughan, 1977*], хотя и предназначена для хронически больных, также оказалась быстрым и надежным инструментарием для диагностики галлюцинаций, бреда и расстройств мышления у лиц с менее тяжелыми состояниями [*Manchanda, Saupe & Hirsch, 1986*]. Спустя два года регулярного использования я полностью согласна с этим. Однако в то время мне, студентке, использующей этот инструментарий впервые, он показался пугающим как по размеру (имеется в виду количество вопросов), так и по содержанию (имеется в виду, что он содержит вопросы, которые вы, возможно, никогда раньше не задавали). Работа с ним, согласно руководству, занимает 30–60 мин.: у меня ушло на него две 90-минутные сессии. Я чувствовала себя неуклюжей и неумелой. Мои вопросы были напыщенными и надуманными. Количество информации, которую предоставила мне Джанет, было огромным как по количеству, так и по содержанию. Мне было трудно ограничиться заданием стандартных вопросов, поскольку ответы содержали такие интригующие детали, что я хотела узнать больше. Я представила аудиозапись своему клиническому супервизору, которая тактично поинтересовалась, действительно ли я проводила оценивание по Оценочной психиатрической шкале KGV или же проводила терапию, поскольку она не смогла определить это по моей записи. Оценочная психиатрическая шкала KGV выявила чувство подавленности у Джанет: она жаловалась

на недостаток концентрации внимания и неспособность “избавиться от этого (чувства подавленности)”; также она говорила о чувстве вины и стыда. В течение последнего месяца она ежедневно испытывала галлюцинации и бред, что указывало на то, что ее убеждения каждый день получали подтверждения. Допустив непоколебимость заблуждений, я предположила, что люди придерживаются их со 100-процентной уверенностью, подгоняя под них факты.

Хотя я провела несколько лет, отслеживая, как Джанет принимает лекарства, я спросила ее, есть ли у нее какие-либо побочные эффекты, и вздохнула с облегчением, когда она сказала, что у нее их нет. Оценочная шкала побочных эффектов нейролептиков Ливерпульского университета (Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale — LUNSERS [Day et al., 1995]) помогает идентифицировать группы побочных эффектов и оказалась отличным средством при обосновании необходимости изменения назначенных лекарств. Показатели Джанет были невысокими, но, тем не менее, было очевидно, что она недовольна своим лечением. Она ненавидела инъекции и считала, что таблетки приводили ее разум в состояние “оцепенения”.

Рефлексии по поводу оценочного процесса

Процесс оценивания вызвал катастрофическую реакцию — не у клиентки, а у меня. Я была поражена, как мало знала о человеке, с которым так долго общалась. Казалось невысказанным, что я не знала подробностей ее переживаний и не задавала эти вопросы за все время нашего знакомства. Казалось, я подвела ее и оказала ей медвежью услугу. Я никогда не считала себя лучшим клиницистом в мире, но признавала себя разумной. Теперь это было, мягко говоря, сомнительно. В этот момент я почувствовала, что у меня есть два варианта: я могу либо бросить работу и открыть кофейню, о чем мечтала в трудные дни, либо решить, что обучение КПТ вообще не для меня. Что плохого в том, чтобы просто раздавать лекарства? Я не сделала ни того, ни другого выбора, но это было трудное время, потребовавшее огромной поддержки и терпения от моих коллег, клинического супервизора и семьи.

Первоначальное формулирование случая

Общее когнитивное формулирование связывает настроение и поведение человека с тем, как он интерпретирует событие. Используя эту простую модель, мы можем понять, что человек, который считает, что голоса являются признаком безумия и надвигающегося заключения в психиатрическую больницу, скорее всего, встревожится и будет скрывать свои переживания. С другой стороны, человек может считать свою способность слышать голоса особым даром и поэтому будет находиться в приподнятом настроении, охотно рассказывая о своих недавно обретенных особых способностях.

Формулирование осуществляется на различных уровнях сложности. Подробное когнитивное формулирование исследует, *почему* человек интерпретирует события определенным образом. Согласно когнитивной модели ранний опыт определяет способ, которым человек видит себя в мире. Эти базовые убеждения затем окрашивают взгляд человека на события, и такие интерпретации будут влиять на его настроение и поведение.

В работе с больными я ранее опиралась на описанные К. Шнайдером симптомы шизофрении первого ранга, хотя мне было непонятно, почему все люди, которым был поставлен этот диагноз, имеют столь мало общего между собой. Формулирование случая как противоположность диагнозу поначалу казалось мне таким же загадочным, но, похоже, предлагало больше информации моим клиентам и мне. Опыт психоза подавляет как клиента [Romme & Escher, 2000], так и терапевта. Формулирование случая дает возможность понять и нормализовать психотические переживания. Недавно я поделилась своим формулированием случая с одной своей клиенткой, и в конце сессии она объявила: “Неудивительно, что я такая”.

Без формулирования случая психотерапевта можно сравнить с генералом, вступающим в битву без спланированной тактики, направляющей его при развертывании своих войск и при выборе времени для наступления [Blackburn & Davidson, 1990].

Как психотерапевт, я никогда раньше не планировала “наступление” — на обдумывание логических выводов у меня ушли часы. Считала Джанет себя особенной или нет? Будучи новичком, я не могла генерализировать подход, которому меня обучали. То, что формулирование случая на самом деле всего лишь гипотеза, не уменьшало моего желания “сделать все пра-

вильно с первого раза”. Я видела в этом обоснованное устойчивое утверждение, а не гибкую отправную точку, и была полна решимости понять точку зрения Джанет и сформулировать ее случай. Это было необходимо не только для того, чтобы разобраться в ее проблемах и направить интервенцию, но и для того, чтобы защитить меня от запутанных лабиринтов ее переживаний.

Детство Джанет характеризовалось “изолированностью”. Ее социальное положение было высоким благодаря работе родителей. Их особняк с видом на деревню был уникальным, а посещение школы-интерната, по-видимому, способствовало развитию двух ее убеждений: что она отличается от других и что успеваемость важна.

Джанет выросла в семье, в которой большое внимание уделялось академическим и финансовым успехам. Ей нравился школьный режим, и она разделяла девиз школы: “Усердно работай, усердно молись, усердно играй”. Ее университетские годы характеризовались изменением границ. Как и у других студентов, у нее не было устоявшегося порядка дня, поэтому она старалась бороться с излишне эмоциональными отношениями, чувствуя, что это “отвлекает ее от работы”. Поначалу она была связана с театральным кружком и участвовала в спектаклях, тесно общалась с актерами в начале 1970-х годов, но затем у нее начались трудности с учебой, она не могла сосредоточиться и ее охватила “интеллектуальная паранойя”. Она, должно быть, чувствовала себя смущенной и сбитой с толку, поскольку не так видела свое будущее. Ее семья “запланировала”, что она должна окончить университет и заняться бизнесом со своей сестрой. Все было предусмотрено. Что же случилось?

Похоже, что стресс, связанный с этими критическими инцидентами, мог способствовать ее первому эпизоду, хотя Джанет не осознавала, насколько она была напряжена. В результате начавшегося психоза ее отчислили из университета и вернули домой. По возвращении она обнаружила, что члены семьи стали иначе реагировать на нее. В ее присутствии они казались неловкими, и комфортные, близкие отношения, которые у нее были с сиблингами, теперь казались натянутыми. Джанет удалялась в свою спальню в тех немногих случаях, когда они навещали ее.

Я подумала, что вера Джанет в наличие имплантата выполняет две функции. Во-первых, переноса вину за предполагаемые неудачи на имплантат, Джанет чувствует себя менее ответственной за свою воспринимаемую неадекватность (как можно добиться успеха с имплантатом в голо-

ве?). Во-вторых, ее бредовые убеждения кажутся совпадающими с ее представлениями о мире и о себе, о том, что она иная и особенная.

Ее слуховые галлюцинации перекликались с ее схемой: голоса, которые она слышала, говорили ей, что она неудачница. Полностью раскрывать Джанет формулирование ее случая показалось мне неуместным, поскольку это противоречило ее собственному объяснению, и разглашение этой точки зрения могло поставить под угрозу наши отношения.

Формулирование проблем Джанет

Ранний опыт

- Высокое социальное положение в родной деревне.
- Акцент на успеваемость со стороны родителей.

Дисфункциональные убеждения и предположения

- Я другая/особенная.
- Эмоции мешают достижениям.
- Успех зависит от академических и профессиональных достижений.
- Если я не добьюсь полного успеха, я неудачница.

Критические инциденты

- Воспринимаемое неприятие сокурсниками в университете.
- Изо всех сил старалась не отставать.
- Отвлечение от учебы.
- Провал экзаменационной сессии.

Негативные автоматические мысли

- Со мной что-то не так.
- Во мне имплантат, контролирующий меня.
- “Ты пустое место” (*голос*).
- “Ты ничего не знаешь” (*голос*).

Поддерживающие факторы

- Изоляция.
- Защитная функция заблуждений.

- Постоянный акцент на академической успеваемости.

Поведение — избегание/отказ.

Чувства — депрессия/гнев/паранойя.

Физиология — плохой сон/беспокойство/неспособность сконцентрироваться.

Терапевтический курс

У меня была фантазия, что во время проведения КПТ меня будет окружать безмятежная обстановка: тихая комната с бледно-зелеными стенами, аккуратно расставленными вазами с растениями и булькающей кофеваркой на заднем плане. Я буду спокойна и компетентна, а клиент — внимателен и готов к сотрудничеству. Ничто не могло быть столь далеким от реальности.

Медикаментозное лечение

После многих лет посещения Джанет для меня было важно, чтобы преимущества нового типа интервенции стали для нее очевидны. Я хотела дать ей некоторую надежду, что все может стать лучше, и показать, что я серьезно отношусь к ее опасениям.

Джанет сообщила мне, что недовольна своим медикаментозным лечением, и это казалось простым и достижимым первым шагом к моей интервенции. Я заверила врачей, что обеспечу инъекции новых лекарств, в то время как ее мать будет контролировать прием пероральных таблеток, и Джанет назначили атипичный нейролептик. Джанет была в восторге от этого и сообщила, что чувствовала себя “менее подавленной”. Я ощутила облегчение: наконец-то я что-то изменила.

Нормализация

Для многих людей переживание психоза усугубляется страхом, что они “безумцы, сумасшедшие, психи”. Их представление о психическом заболевании формируется фильмами и телевидением, и поэтому они опасаются, что в них проснется “маньяк с ножом”. Многие люди, которым поставлен диагноз “шизофрения”, плохо понимают, что это на самом деле означает, цепляясь за убеждения, что это как-то связано с “раздвоением личности или двумя разумами”. Наряду с этой верой существует страх последствий

безумия. Что со мной будет, если проявится альтер эго? Запрут в психиатрическую больницу, а ключ выбросят?

Когнитивная модель предсказывает, что такая интерпретация событий будет связана с чувством тревоги и общим стрессом. Излишне говорить, что модель стресс-уязвимости [Zubin & Spring, 1977] связывает стресс с рецидивом и последующими психотическими симптомами. Это свидетельствует о важности уменьшения страха, связанного с интерпретацией психотических симптомов. Цель “нормализующего обоснования” (речь о тех людях, которые в стрессовых ситуациях переживают иную реальность) состоит в том, чтобы уменьшить страх, окружающий переживания человека, путем связывания этих переживаний с обычными/ожидаемыми явлениями [Nelson, 1997].

Чтобы способствовать процессу нормализации, мы с Джанет исследовали культурный контекст ее “психотических” переживаний [Kingdon & Turkington, 1994]. В рамках этого мы обсудили, что в других культурах голоса не всегда считались признаком “психического заболевания” и могли рассматриваться как проявление духовности. Очевидно, это оказало некоторое влияние на Джанет, поскольку в конце сессии она объявила: “Только подумайте: если бы я жила в Индии, я была бы жрицей”. Ощущалось влияние культурной интерпретации симптомов на социальный статус.

Когнитивная модель рассматривает заблуждения как крайнее выражение неверного истолкования. Приняв эту структуру, было интересно обнаружить, что, однажды понятые, главные принципы КПТ проникают во всю мою жизнь. Я стала осознавать свои когнитивные искажения, негативные мысли, возникающие в моем разуме, и избирательное внимание, которое я уделяла определенным аспектам моего опыта. Сколько раз я разговаривала с менее счастливой подругой и внезапно думала: “Что это с ней? Должно быть, она злится на меня”. Иногда я с тревогой сидела на собрании, уверенная: все думают, что я глупая. Ночью в темноте я часто пугаюсь, проверяю, не следят ли за мной, и убеждаюсь, что на заднем сиденье моего автомобиля никого нет. Часто бывает полезно поделиться с клиентом некоторыми из этих повседневных переживаний. Причина в том, что, нормализуя ошибки мышления, например поспешные выводы, человек чувствует себя менее странным. Я считаю, что важно нормализовать опыт клиента, однако это не должно происходить за счет отвлечения внимания от его опыта. Страдания, связанные с бредовыми убеждениями, несравнимы со страданиями, связанными с неправильным истолкованием действий подруги.

Модель стресс-уязвимости

По мере того как терапия продолжалась, мы перешли к модели стресс-уязвимости и antecedентам ее первого эпизода. Модель стресс-уязвимости — это эффективный способ достичь общего понимания того, что могло повлиять на личный опыт человека. Джанет оценила попытки разобраться в ее ситуации. Она обнаружила, что, исследуя события, связанные с ее первым эпизодом, она смогла выявить стресс, который испытала до своего “срыва”. Этот индивидуальный взгляд был важен. Он помог Джанет активно вовлечься в совместный терапевтический процесс.

Лечение сопутствующей депрессии

Джанет получила высокие баллы по Шкале депрессии Бека [Beck & Greer, 1987]. Ее депрессия была между умеренным и тяжелым уровнями. Одной из особенностей ее депрессии было нарушение сна. Джанет ложилась спать в 20:00 и вставала в 03:00. Интересно, что ее паранойя усиливалась в 06:00.

Джанет было трудно определить, каким образом она могла бы оправдать свою жизнь. Для нее счастье приравнивалось к успеху, и она считала, что многие “неакадемические” занятия бессмысленны. Она воспринимала свою предыдущую работу в качестве агента страховой компании как унижительное занятие. Напротив, она постоянно говорила мне, что в свое время получила десять уровней “О” (базовые школьные экзамены) и четыре уровня “А” (экзамены углубленного уровня). В этот момент я осознала, что важно провести рефрейминг чувства собственной никчемности Джанет. Я пыталась побудить ее вести дневник своих занятий в течение дня, разделяя их на те, которые ей нравилось делать, и на те, которые давали ей некоторое ощущение достижения. Это была трудная задача для Джанет (и меня), потому что всякий раз, когда ей нравилось что-то делать, она преуменьшала его ценность. Она постоянно сравнивала свои достижения с тем, чего, по ее мнению, она должна достичь на данном этапе своей жизни. Ей нравилось читать, но она могла читать только непродолжительное время вследствие проблем с концентрацией внимания. Любое удовольствие, которое можно было получить, сводилось на нет ее верой в то, что она должна иметь возможность делать больше.

Пытаясь нормализовать пренебрежительное отношение Джанет к ее достижениям, я использовала аналогию, согласно которой навыки об-

учения — это таланты, которые требуют постоянной практики. Многим людям трудно вернуться к успешной учебе после перерыва: я была прекрасным примером этого! Мой рассказ о страхе перед экзаменами после 15-летнего перерыва, казалось, вселил в Джанет надежду. Чувствовалось, она понимала: ее дефицит концентрации внимания не означает, что она в целом некомпетентна и, следовательно, полная неудачница.

Чтобы улучшить концентрацию внимания и дать ей возможность получать удовольствие от чтения, я назначала ей домашние задания, заключающиеся в чтении текстов все большего объема. Джанет выбирала интересные ее статьи и читала их по частям. Хотя она и пыталась справиться с этим, ее все же беспокоило, что она не может полностью вспомнить прочитанное. Я подумала, что важно нормализовать это: большинство людей не помнят всего, что они прочитали. Я обсудила свою методику подчеркивания важных предложений и написания заметок на полях как помощника по запоминанию. Это сработало. Ее беспокойство по поводу концентрации внимания уменьшилось, и она снова начала читать.

Чтобы заполнить свои дни, Джанет нуждалась не только в чтении, но и в других интересах. В прошлом ей нравилось рисовать и посещать художественные галереи, но это уже не было частью ее жизни. Это был сложный вопрос, поскольку поблизости не было подобных культурных заведений. В отчаянной попытке открыть Джанет внешнему миру и расширить ее приятные занятия мы договорились выехать подальше и нашли несколько художественных галерей в соседних городах. В то же время она подумала, что было бы интересно посмотреть, существуют ли какие-нибудь телевизионные передачи об искусстве, поэтому мы просмотрели телевизионные программы в поисках передач об искусстве и литературе. В результате Джанет начала до 21:30 смотреть телевизор со своей матерью. Поскольку она стала ложиться спать позже, то спала до 04:00–05:00, что сократило время бодрствования в одиночестве ранним утром.

Мы с Джанет посетили местные музеи и художественные галереи. Это оказало влияние (на меня), когда я встала на ее место и с головой окунулась в ее мир. Она так долго была вдали от этого мира, что вся наша совместная деятельность такого рода сопровождалась подобными комментариями: “Вот так сейчас паркуют машины”, “Люди кажутся мне очень странными”, “Я осталась в 1970-х”, “Мне все это совершенно чуждо”. Хотя Джанет испытала некоторое увеличение активности и получила удовольствие в результате такого подхода, она часто заявляла, что не может решать задачи,

которые бы хотела, из-за своего имплантата. Она считала, что ее имплантат в 100 тысяч раз сильнее, чем ее мозг, и подавил ее собственные желания. Мне казалось, что Джанет использовала силу имплантата как причину, чтобы не пробовать ничего нового, и как объяснение своего бездействия. Означает ли это, что я должна была бросить вызов ее вере в имплантат? Я беспокоилась о том, что произойдет, если у нее больше не будет внешней причины для объяснения ее проблем. Однако Джанет заявила, что хотела бы “снова стать свободной”. Именно на этом этапе терапии у меня возникло такое же желание, как и у Джанет, “снова стать свободным” — но не от имплантата, а от этой интервенции. То, что я знала, показалось мне бесполезным, и я не чувствовала себя уверенной или компетентной в когнитивно-поведенческой терапии. Я чувствовала, что больше никогда не смогу осмысленно говорить с клиентом. Я боялась работать с укоренившимися убеждениями, читать и перечитывать литературу, убеждая себя, что следую общепризнанной процедуре. Когда прессинг усиливается, возвращение к привычному порядку вещей видится гораздо более легким вариантом.

Бредовые убеждения

Один из аспектов когнитивной терапии, который меня заинтриговал, заключался в том, чтобы попросить клиента оценить его убежденность в своих бредовых убеждениях. Я всегда предполагала, что страдающие заблуждениями абсолютно убеждены в них, и мне никогда не приходило в голову иное. Используя этот подход, я обнаружила, что у Джанет были некоторые сомнения относительно своего имплантата, хотя она была на 90% уверена, что он существует и контролирует ее.

Следующим этапом моей интервенции было исследование свидетельств, на которые Джанет опиралась для подтверждения существования своего имплантата. У Джанет должны были быть какие-то доказательства, но наверняка больше свидетельств можно найти в пользу того, что такого имплантата не существует. Мы начали собирать данные за и против ее объяснений имплантата. При дальнейшем исследовании я обнаружила: Джанет считает, что имплантат был вставлен ей в голову посредством “телекинеза”. Это было интересное объяснение, но когда я спросила, как он работает, стало очевидно, что у Джанет нет всех ответов. Для меня было очевидно, что ни Джанет, ни я не можем исследовать свидетельства того, что имплантат был вставлен посредством телекинеза, поскольку у нас

были ограниченные знания об этом предмете. Поэтому я поставила перед нами обеими задачу узнать больше, и следующие несколько недель мы потратили на изучение паранормальных явлений [Carroll, 1994]. Интересно отметить, что, когда мы начали углубляться в незнакомые нам миры, произошло странное явление: наша собственная уверенность в “истинах” начала рушиться. До погружения в такую литературу у меня было смутное представление о том, что такое телекинез, а Джанет думала, что она имеет некоторое представление о том, в чем дело. Однако во всех наших исследованиях мы не смогли найти ничего об использовании телекинеза как метода имплантации чужеродного материала в человеческое тело.

КПТ использует сократические вопросы как средство исследования интерпретаций и выводов человека о событиях, но, похоже, существует очень мало литературы о том, как это воплощать на практике, хотя есть рекомендации, что это должен быть “стиль Коломбо” (наивные вопросы, задаваемые простоватым детективом в старом плаще) в отличие от дедуктивного допроса Шерлока Холмса. Вскоре я обнаружила разницу. Мы с Джанет обсудили ее имплантат.

Я: Вы думаете, вам в голову вживили имплантат?

Джанет: Не знаю.

Я: Вам когда-нибудь делали операции на голове?

Джанет: Нет.

Я: У вас есть шрамы на голове?

Джанет: Нет.

Я: У вас имеются свидетельства того, что он там есть?

Джанет: Я думала, да.

Я (становясь более возбужденной и напористой в своей речи):

Итак, у вас нет свидетельств?

Джанет (делает паузу подольше и становится более робкой):

Кажется, нет, нет.

Позже я обнаружила, что это не лучший пример сократических вопросов. Я отправила эту аудиозапись своему супервизору, полагая, что у меня все хорошо. Я поняла, что реакция оказалась не такой, как я ожидала, когда супервизор изо всех сил пыталась придумать положительный комментарий к началу следующей сессии. Как она тактично выразилась, принцип такого расспроса состоит не в том, чтобы заставить клиентку подчиниться,

признав, что она ошибается, а в том, чтобы исследовать возможные объяснения и обсудить вероятность каждого из них. Психотерапевт должен искренне пытаться понять, как человек пришел к своему выводу. В отличие от моей первоначальной попытки, тон должен быть пытливым и вопросительным. Мы решили провести сессию снова под предлогом, что необходимо все подытожить. Сессия началась с того, что Джанет спросила: “Итак, мы собираемся снова спорить об имплантате?” Похоже, она не чувствовала, что мы исследуем ее убеждения — скорее, это я пыталась навязать ей свои собственные выводы.

Повторная сессия существенно отличалась от предыдущей. Основным свидетельством существования имплантата у Джанет был рентгеновский снимок 20-летней давности, который “показывал, что он был там”. Более того, Джанет хранила этот снимок. Какая возможность исследовать свидетельства! Когда Джанет показала этот драгоценный снимок, у меня в животе все перевернулось. Прямо передо мной было нечто в ее черепе, которое действительно имело вид объекта с идущими от него проводами. Возможно, она была права и ей в самом деле что-то имплантировали в череп? Я определенно понимала, как она пришла к такому предположению. Что мне теперь делать? Я не могла сказать ей, что согласна с ней, не так ли? Я промолчала, надеясь, что она не спросит моего мнения. “Как вы думаете, это похоже на имплантат?” — спросила она.

Согласие с тем, что этот объект на самом деле выглядит как имплантат, было, вероятно, одним из самых важных моментов в терапии. Джанет чувствовала, что ее понимают и поддерживают, и это, несомненно, весьма способствовало терапевтическим отношениям. Меня осенило, что должно быть какое-то основание того, что у Джанет возникла вера в имплантат, и было наивно думать, что мы ничего не найдем. Я должна была помочь Джанет выяснить, каким образом она пришла к такому выводу (типичная когнитивная ошибка). То, что на рентгеновском снимке было нечто *похожее* на имплантат, не означало, что это *обязательно* был имплантат.

Когда мы искали возможные объяснения того, что это может быть за объект, мы обнаружили, что Джанет изначально сказали, что рентгеновский снимок показал “шишковидное тело”. Никто из нас точно не знал, что такое шишковидное тело и насколько вероятно, что оно будет видно на рентгеновском снимке. Я поставила задачу узнать больше. Мы просмотрели медицинскую литературу, поговорили с коллегами-медиками и многое узнали об этой безвредной железе. Это действительно было альтернатив-

ное объяснение объекта на рентгеновском снимке. Когда мы узнали больше, стало очевидно, что вера Джанет в имплантат начала меняться. Я подумала, что было бы разумно применить к теории имплантата в мозгу такой же подход, как и к теории шишковидной железы. Если имплантаты мозга действительно существовали, то они должны упоминаться в научных текстах. После долгих поисков Джанет была удивлена, что не нашла ни одного упоминания о них.

Одно из моих опасений по поводу такой работы с людьми заключалось в том, что это вызовет у них болезненные мысли и чувства, и я не смогу помочь им справиться с ними. Мое формулирование случая заключалось в том, что базовое убеждение Джанет в собственной особенности поддерживалось ее мнением о том, что у нее есть дар космических полетов. Я беспокоилась, что без этого ей, возможно, придется противостоять своей обыденности. Я никогда не узнаю, было ли это для Джанет “подсознательным”, но ее решение сменить направленность сессий можно рассматривать как самозащиту. Джанет решила, что больше не хочет исследовать свои взгляды на имплантат и свои особые способности, и вместо этого спросила, можем ли мы сосредоточиться на ее голосах.

Работа над голосами

Прежде чем приступить к какой-либо терапевтической интервенции по поводу голосов Джанет, я почувствовала, что важно узнать о них больше. Узнаёт ли она голоса? Что они ей говорят? Можно ли предсказать их появление? После того как Джанет заполнила свой “дневник голосов”, я поняла, что она слышала мужской голос, который был хуже слышен утром, когда она была одна в своей спальне. Голос, идентифицированный как голос ее сестры, был в целом враждебным. Голос сестры утверждал, что она была “никчемной” и “невеждой”. Обычно Джанет сердилась и кричала в ответ. Она очень хотела доказать, что ее сестра ошибалась и лгала. Мне было интересно, что бы значило для Джанет, если бы этот голос оказался прав. Ответ был уверенным: она полагала, что для нее лучше умереть, чем впустую тратить время и ничего не знать.

В литературе описаны различные когнитивно-поведенческие подходы к работе со слуховыми галлюцинациями: модификация самих голосов [Haddock, Bentall & Slade, 1996; Tarrier, 1992], исследование связи содержания голосов с личным опытом и базовыми убеждениями или схемой

[Fowler, Garety & Kuipers, 1995; Brabban & Turkington, 2001], исследование того, как человек атрибутирует свои симптомы [Chadwick & Birchwood, 1994; Morrison, 2001]. При модификации положительных симптомов [Tarrier, 1992] исследуются имеющиеся копинг-стратегии, чтобы помочь клиенту совладать со своими галлюцинациями (методика улучшения копинг-стратегий). Д. Фаулер, П. Герети и Л. Кьюперс [Fowler, Garety & Kuipers, 1995] указывают на важность борьбы с голосами, как если бы они были типами автоматических мыслей, исследуя свидетельства за и против того, что они говорят. Наконец, П. Чедвик и М. Берчвуд [Chadwick & Berchwood, 1994], а также А. П. Моррисон [Morrison, 2001] подчеркивают важность исследования атрибуции индивидом своих голосов; именно то, как люди объясняют свои симптомы, определяет, испытывают они страдания или нет.

В качестве отправной точки в работе с Джанет я потратила время на исследование ее убеждений о происхождении голосов, откуда они пришли и что это означало. Джанет полагала, что ее сестра общается с ней посредством телепатии, но не понимала, зачем она это делает. Исследуя это дальше, я представила ряд альтернативных объяснений того, почему она может слышать голоса. Ей было интересно ознакомиться с литературой, описывающей опыт людей, которые слышали голоса, но не имели диагноза психического заболевания [Romme & Escher, 2000]. Также мы повторно исследовали модель стресс-уязвимости [Zubin & Spring, 1977] и рассмотрели возможность того, что ее голоса были реакцией на стресс. Хотя это биопсихосоциальное объяснение не повлияло на Джанет, она осознала, что ее голоса возникали во время стресса, а не тогда, когда она была спокойной.

Чтобы глубже понять происхождение голосов Джанет, мы применили методику улучшения копинг-стратегий (*Coping Strategy Enhancement*), что преследовало две функции. Во-первых, если бы Джанет могла в какой-то степени контролировать свои голоса, это бы снизило ее дистресс. Во-вторых, если бы она обнаружила, что у нее есть некоторый контроль над своими симптомами, это стало бы дополнительным свидетельством того, что голоса не генерировались извне. Когда раздались голоса, Джанет делала реатрибутивные утверждения, например: “Я не никчемная”. Мы определили, что ее галлюцинации, как правило, возникали рано утром, когда она сидела одна в своей спальне и слушала радио. Чтобы избежать этого триггера, Джанет стала выключать радио, выходить из комнаты и заваривать чай для себя и своей матери. Оказалось, что ее мать обычно уже не спит в это время, поэтому мы договорились, что они должны разговаривать

друг с другом, избегая при этом любой внутренней направленности. Это оказалось весьма эффективной стратегией: не только голоса Джанет притихли, но и ее мать была рада выпить с ней чашку чая.

Джанет все еще настаивала на том, что с ней говорит голос ее сестры. Вместо того чтобы тратить больше времени на эту атрибуцию, я сменила направленность на исследование содержания того, что говорят голоса. Я попросила Джанет оценить, насколько она верит тому, что говорит голос ее сестры. Я была удивлена, узнав, что она вообще не считала себя никчемной. Однако она полагала, что так думает ее сестра. По ее словам, во время редких визитов сестры Джанет ощущала “психологический барьер” между ними. Она считала свою сестру вежливой, но несимпатичной. Хотя я согласилась с тем, что сестра Джанет могла вести себя именно так, я сомневалась, что это было фактическим свидетельством того, что она считала Джанет никчемной. Возможно, она не знала, как разговаривать с Джанет, или боялась расстроить ее неосторожным словом. Мы также исследовали, как собственное поведение Джейн может повлиять на реакцию других людей. Джанет приняла эти альтернативы к сведению и согласилась посмотреть, будет ли реакция ее сестры другой, если она начнет разговор. Она пришла к выводу, что могла ошибочно принять поведение сестры как свидетельство того, что она ей не нравится.

К концу терапии стало очевидно, что Джанет разобралась в модели стресс-уязвимости и, понимая, как это связано с ее первым эпизодом, все же не была столь уверена в ее актуальности. Более того, произошло определенное улучшение качества ее жизни: ее режим сна стал более регулярным, и в часы бодрствования она получала больше удовольствия от своих занятий. Теперь Джанет посещала галереи и музеи, а когда была дома, у нее возродился прежний интерес к живописи. Что касается ее симптомов, то по Оценочной психиатрической шкале (KGV) тяжесть галлюцинаций и иллюзий значительно снизилась, а оценка по Шкале депрессии Бека отражала уменьшение симптомов до уровня легкой депрессии.

По окончании терапии я спросила Джанет, не будет ли она против того, чтобы я опубликовала ее клинический случай. Подоплека состояла в том, что она могла прочитать мое описание ее клинического случая, и я должна признать, что это вызывало у меня некоторое беспокойство — особенно потому, что я планировала упомянуть: некоторые из ее симптомов могут действовать как защита от чувства бесполезности. Я избегала разговоров о том, что хотела бы сказать, пока Джанет не избавила меня от страданий:

“Посмотрим правде в глаза, я наслаждаюсь космическими полетами, и ни что другое, что со мной происходит в течение дня, не может с этим сравниться. Если бы у меня не было этого, я думаю, моя жизнь была бы действительно очень несчастной”.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя казалось, что Джанет изменилась в ходе терапии, наиболее значительное влияние она оказала на меня. Я считала, что должна овладеть новым набором навыков, когда начинала свой курс, но быстро поняла, что от меня требуется намного больше. Чтобы успешно работать, потребовалось полное изменение установок и ценностей в отношении “тяжелых психических заболеваний”, и это заняло гораздо больше времени, чем приобретение практических навыков. Я чувствовала, как будто вся моя рабочая практика была разрушена во время этого процесса, и мне потребовалось некоторое время, чтобы упорядочить мою жизнь. Возможно, в попытке обрести некоторую уверенность я приняла психологическую основу с евангельским рвением. Я была уверена, что этот подход был “Святым Граалем”, но на этом этапе моего обучения у меня не было ни понимания, ни опыта, чтобы подтвердить это. Такая позиция изолировала меня от коллег, и это их раздражало. Я видела ограниченность применяемых ими подходов, но не могла указать на их конкретные недостатки. Оглядываясь назад, я понимаю, что они довольно терпимо относились к моим проповедям, но я сама чувствовала себя сбитой с толку и лишенной безопасной и привычной основы. Поразмыслив, я поняла, что Джанет тоже переживала нечто подобное, когда я бросила вызов ее устоявшимся знаниям и призвала выйти на арену неопределенности.

Со временем моя уверенность росла, и я чувствовала себя в большей безопасности с моими новыми убеждениями и навыками. Однако я быстро поняла, что это только начало. Я понимаю, что то, что я узнала, — это всего лишь одно из объяснений психоза. Хотя теперь у меня есть психологическое понимание психических заболеваний, я понимаю, что существует множество моделей, которые можно использовать для формулирования этого случая. Я больше не рассматриваю неопределенность как нездоровое состояние разума, но считаю ее условием дальнейшего развития. Путешествие продолжается.

Глава 3

УПРАВЛЕНИЕ ГОЛОСАМИ

Случай 3 (Пэт): *Ларс Хансен*

С раннего возраста меня интересовало поведение людей, и я всегда испытывал сильное желание узнать больше о причинах нормальных и ненормальных реакций. Будучи молодым студентом-медиком, я наивно полагал, что психиатрия — *это психотерапия*, поэтому я решил изучать медицину. Вскоре я узнал, что сильно ошибался! Но, оправившись от первоначального разочарования, в течение следующих нескольких лет я начал верить, что мои недавно приобретенные биологические знания могут послужить моим поискам более полного понимания человеческой души. В середине 1990-х годов, когда я рискнул начать свою карьеру в психиатрии, я с ужасом осознал, что окопная война между биологической и психологической составляющими психиатрии все еще процветает, и ни один из лагерей не является менее догматичным, чем другой. Использовалась любая возможность, чтобы высмеять и принизить попытки “врага” объяснить свое понимание мира. Результат оказывался совершенно предсказуемым: вместо победителя появлялись двое проигравших, и, что более важно, ставилось под угрозу благополучие пациентов, которое должно было оставаться нашей главной целью.

В таких условиях неопытный клиницист не знал, куда обращаться за помощью. Поэтому было отрадно обнаружить, что новая, быстро развивающаяся отрасль психологии предлагает интегрированный взгляд на то, как функционирует разум, и, главное, на его дисфункции. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) пролила новый свет на повседневный клинический и амбулаторный опыт, осмыслив его как для меня, так и для пациентов. И (о, счастье!) КПТ не отрицала, что и другие подходы могут

иметь дополнительный или даже синергетический эффект. Стало возможным непредвзято и уважительно организовать мысли пациента в более понятные структуры — процесс, который сам по себе является терапевтическим. “Включая свет в темной комнате, вы узнаете, что зверь все еще там, но, по крайней мере, теперь знаете, с кем сражаетесь”, — сказал один пациент, читая первоначальное формулирование своего случая.

Поскольку КПТ по своей природе предусматривает сотрудничество, она также бросает вызов психотерапевту и значительно улучшает межличностные навыки. Подходы направляемого открытия и нормализации позволяют привести пациенту тщательно подобранный пример из личного опыта. Никогда еще время и человеческая интуиция не имели большего значения, чем в этих ситуациях. Требования к психотерапевту огромны, но и награды тоже велики, и трудно представить, чтобы встречи были более плодотворными, чем когда обе стороны достигли нового понимания. Возможно, это даже в большей степени относится к терапии психотических пациентов — области, с которой психотерапевты стыдились бороться на протяжении десятилетий. Появляются все новые свидетельства того, что психотические пациенты могут получать несомненную пользу от обсуждения своего опыта. Многие из таких особо уязвимых пациентов годами скрывали свои сокровенные мысли и интерпретации из-за страха расстроить своих родственников и опасений, что врач автоматически увеличит дозировку их лекарств. Многие пациенты испытывают большое облегчение от возможности проговорить свои переживания, которые, как правило, все более и более искажаются по мере того, как их удерживают внутри. Мы все еще не знаем точных механизмов, которые лежат в основе психотерапии, и до тех пор, пока это так (и, возможно, даже вследствие этого!), психотерапевту рекомендуется руководствоваться пресловутой триадой Карла Роджерса: теплота, эмпатия, подлинность.

РОЛЬ СУПЕРВИЗИИ И ОБУЧЕНИЯ

После многих лет самообучения и супервизии со стороны более или менее квалифицированных супервизоров мне посчастливилось учиться на недавно организованном дипломном курсе по КПТ в Саутгемптонском университете (2000-2001 гг.). Курс состоял из трех учебных модулей: расстройства оси I, расстройства личности и, наконец, психотические

расстройства. На этом этапе я проходил обучение у районного специалиста по общей психиатрии взрослых пациентов, поэтому еженедельно в течение всего 30-недельного курса мне предоставлялся учебный день.

К моему удивлению, знания, полученные мной из психодинамического опыта, сослужили мне хорошую службу, особенно в отношении терапевтических отношений, вовлечения и сдерживания. С другой стороны, моему супервизору потребовалось много энергии, чтобы убедить меня в том, что можно расслабиться, использовать примеры из своего личного опыта (не подвергая риску терапевтический альянс) и не уклоняться от нормализации, казалось бы, экстремальных переживаний. Таким образом, я не без трепета начал терапию со своим первым психотическим пациентом после первого из трех семестров курса. Несмотря на то что я провел значительное количество времени с психотическими пациентами во время моего обучения в больнице, это был качественно другой опыт. Где-то в глубине души у меня было ощущение, что это опасно для пациента. Скрывалась ли правда в старых истинах о том, что психотерапия не подходит таким крайне уязвимым людям? Этот скрытый страх, безусловно, разгорелся, когда молодой мужчина, которого я знал как амбулаторного пациента более года до начала его КППТ, начал наносить себе порезы и не приходить на прием. Это совпало с моментом, когда я, увлекшись, собирал болезненный материал из его детства, чтобы завершить свое формулирование случая. Наблюдение было очень полезным. Я понял: следует совершить “тактическое отступление” и просто какое-то время уделить тому, чтобы подружиться с ним. Нет никаких сомнений в том, что если бы все шло так, как и до этого, то пациент либо исчез, либо серьезно навредил себе. Он показал мне, что я приблизился к нему на небезопасное расстояние и он не может с этим справиться.

Как уже упоминалось, курс был разделен на три модуля, и тем из нас, кто решил специализироваться на психозах, пришлось ждать начала последнего модуля, посвященного психотерапии психозов. Это означало, что у нас была относительно слабая теоретическая база для начала психотерапии, создававшая дополнительный прессинг на супервизора в течение первых месяцев. В этот период супервизор и другие тренеры были особенно незаменимы. Как только началось обучение, детали мозаики постепенно становились на свои места, в то время как более общее понимание обещало прийти позже — к моменту сдачи финального экзамена.

Очевидно, что этот курс мог бы быть улучшен, но он и аналогичные ему курсы представляют собой шаг вперед, позволяя подготовить все большее количество специалистов для проведения научно обоснованной краткосрочной терапии.

ПЭТ

Пэт была направлена на психотерапию службой общественного здравоохранения для лечения устойчивых слуховых галлюцинаций. По оценке ее психиатра, галлюцинации серьезно влияли на качество жизни пациентки.

Личный анамнез

Пэт была 62-летней белой женщиной. Она никогда не была замужем, не имела детей и жила с младшим братом. У нее не было официальной специальности, и она работала на полставки поваром в доме отдыха. Она описывала себя как христианку, не выполняющую религиозные обряды.

Пэт родилась в Саутгемптоне без каких-либо известных осложнений при родах. В детстве она хорошо развивалась, но очень боялась темноты и отказывалась спать одна до 9-10 лет. Она описывала себя как “в целом очень нервного ребенка”. Она выросла в том же доме, что и семья сестры ее матери, поэтому у нее были очень близкие отношения с двумя двоюродными сестрами, Мойрой и Шелли. Она ненавидела школу и была уверена, что учителя считают ее идиоткой. Пэт сказала: “Мне казалось, будто все, что я делала, было неправильным”. Она бросила школу в 15 лет, не получив аттестата о среднем образовании. Вскоре после окончания школы она начала работать в прачечной и проработала там 25 лет, за исключением двух лет болезни, которая началась после ее первого срыва примерно в 1958 г. В поисках новых возможностей и более высокой зарплаты она в 1981 г. устроилась поваром в дневной центр психического здоровья. Она проработала там 10 лет, прежде чем перешла на свою нынешнюю работу в доме отдыха. Вследствие периода плохого физического и психического здоровья (зимой перед началом терапии) она с согласия руководства перешла на частичную занятость и работала только тогда, когда это необходимо. На момент начала психотерапии Пэт не могла работать, поскольку ее раздражали голоса. Она получала удовольствие от своей работы и связанного с ней общения, поэтому была недовольна

своей вынужденной отставкой. На протяжении всей трудовой жизни у нее были длительные периоды безработицы вследствие неудовлетворительного психического здоровья, например восемь лет в течение 1970-х годов.

Психосексуальное развитие

У нее были лишь одни длительные отношения, продолжавшиеся 20 лет. Партнер умер 15 лет назад. С тех пор у нее не было отношений, и она заявила, что не скучает по компании мужчин, но со смехом подчеркнула, что не боится их.

Семейный анамнез

Она была старшей дочерью; у нее было три младших брата. Двоюродная сестра в 1960-х годах провела несколько лет в госпитале Ноул (причина неизвестна), а отец страдал от алкоголизма. Он умер в 1984 г. в возрасте 66 лет от рака желудка; по словам пациентки, она “не обращала на него внимания”. Он работал водителем до выхода на пенсию в 60 лет. Пациентка не чувствовала себя близкой со своим отцом, хотя она “ничего не имела против него”. Позже она рассказала, что он пил днем и ночью, но отрицала, что он был жестоким или имел проблемы, аналогичные ее собственным.

Ее мать умерла в 1996 г. в возрасте 81 года от рака матки. Пэт была опустошена и чувствовала, что она сама, возможно, частично виновата, поскольку считала, что должна была организовать ей визит к врачу на более ранней стадии. Пэт была очень близка с матерью и часто думала о ней после ее смерти. Она описывала свою мать как заботливую и любящую. “Мы могли говорить обо всем. Я бы никогда не бросила маму ни из-за одного мужчины в мире”. Время от времени ее мать работала помощницей в столовой, но регулярно брала отпуска, чтобы присматривать за Пэт.

Трем ее братьям было соответственно 54, 53 и 43 года. Она поддерживала постоянные контакты со всеми тремя, но не говорила ни с кем из них на “эмоциональные темы”. Двум старшим братьям было за 50, оба были женаты и имели детей, в то время как младший брат жил с ней в доме их детства. О двух старших братьях она сказала так: “Они приходят каждое воскресенье, оставляют немного денег, а потом уезжают”. Младший брат работал полный рабочий день и имел проблемы с алкоголем. Она ежедневно общалась с двумя кузинами, вместе с которыми выросла, Мойрой и Шелли. Они жили поблизости и поддерживали друг друга.

Психиатрический анамнез

1958 г. — первый эпизод шизофрении, госпитализация на один год.

1969 г. — шизофрения, местная психиатрическая больница (самостоятельно выписалась через несколько часов).

1976 г. — шизофрения, психиатрическое отделение (самостоятельно выписалась через 10 дней).

1997 г. — шизофрения, психиатрическое отделение (самостоятельно выписалась через неделю); госпитализация была вызвана смертью матери и тяжелой инфекцией кожи руки, что привело к высокой температуре.

История болезни

Пэт чувствовала себя замечательно до конца года, предшествовавшего началу терапии, когда у нее развилась тромбоэмболия легочной артерии. Она полностью выздоровела. Также она страдала от хронических болей в спине.

Лекарства

С сентября 2000 г. Пэт принимала оланзапин (антипсихотическое средство) по 10 мг в день. В прошлом она принимала ряд других антипсихотических препаратов. Ее приверженность медикаментозному лечению была хорошей.

Социальный анамнез

Совместно с братом Пэт арендовала дом с двумя спальнями — тот самый, в котором они родились. Она получала еженедельное пособие и выплачивала арендную плату. До недавнего времени она также получала неплохую зарплату за работу в доме отдыха. У нее не было долгов. Она выкуривала по десять сигарет в день и сообщила, что когда-то (когда ей было 20 лет) злоупотребляла алкоголем (“Это меня успокаивало”), но теперь она пила крайне мало.

Преморбидная личность

Пэт описывает себя как постоянно пребывающую в тревоге. Она очень интересовалась другими людьми и особенно любила компанию своей семьи. Ей нравилось играть в лото и сплетничать с соседями и кузинами.

Криминальная история

Отсутствует.

Психический статус

Производит впечатление живой, дружелюбной англичанки, с одышкой, но в хорошем состоянии. Речь ничем не примечательна, женщина весьма словоохотлива. Первоначальная оценка настроения — заниженное и тревожное. Субъективная оценка — “хорошо, но тревожно”. Риск членовредительства или причинения вреда другим низкий. Мысли нормальные по форме, но сосредоточенные на выяснении происхождения голосов. Она считала, что голоса исходили от “Робсонов”, которые жили по соседству на протяжении двух поколений. Она также утверждала, что врачи скрывали от нее правду. В прошлом у нее были зрительные галлюцинации в виде призраков вокруг дома, но в последние годы этого не происходило.

Слуховые галлюцинации состояли из трех женских голосов: первые два были хорошо ей известными голосами ее кузин, Мойры и Шелли; третий был голосом Дженни, которая утверждала, что она психиатр. Голоса говорили с ней (во втором лице) и о ней (в третьем лице). Обычно содержание было дружелюбным — ей предлагались советы по разным вопросам, например: “Иди сыграй в лото... Пэт пора заняться пылесосом”. Она была убеждена, что у голосов имеется внешний источник. Злобные голоса (как это было в прошлом) не были слышны уже в течение многих лет. Она считала, что голоса всеведущи, но не всемогущи.

- *Когнитивный статус:* нормальный интеллект без признаков деменции.
- *Осознание:* принимала лекарства и считала, что у нее психическое заболевание, но не соглашалась с тем, что голоса могут исходить из ее собственного разума.

Первоначальное оценивание

Ее жалоба была следующей: “Голоса сводят меня с ума. Робсоны уехали, теперь это голоса Мойры, Шелли и Дженни. Все они дружелюбны, но я бы хотела от них избавиться. Вы думаете, мне когда-нибудь это удастся? После всех этих лет поисков я когда-нибудь найду правду? Я когда-нибудь буду

нормальной?” Имелись некоторые незначительные расхождения между ее объяснением и информацией из истории болезни, а также сведениями, полученными от других специалистов по охране психического здоровья (например, она не упоминала о периодах своей безработицы, а семейный врач, который, как она считала, наблюдал ее с детства, был моложе ее самой). Попытка записать ее переживания в форме дневника не удалась, поскольку “голоса замолкали каждый раз, когда я пыталась что-либо записать” (парадоксальная интенция).

В ходе супервизии обсуждалось применение рейтинговых шкал. Были выбраны следующие три: Национальная оценочная шкала здоровья (Health of the Nation Outcome Scale — HoNOS [Wing, Curtiss & Beevor, 1996]), Оценочная шкала слуховых галлюцинаций (Auditory Hallucinations Rating Scale — AHRS [Haddock et al., 1999]), а также Оценочная шкала бреда (Delusion Ratings Scale — DRS). Оценивание проводилось в ходе третьей сессии.

- Национальная оценочная шкала здоровья (HoNOS): 12 баллов, в основном за депрессивное настроение, физическое здоровье и проблемы с галлюцинациями и активностью.
- Оценочная шкала слуховых галлюцинаций (AHRS): 24 балла, в основном за частоту и продолжительность эпизодов, представления о происхождении голосов, дистресс, срывы и отсутствие контроля.
- Оценочная шкала бреда (DRS): 5 баллов, в основном из-за степени убежденности в объективности голосов и продолжительности заболевания.

Формулирование случая

- *Формирующий опыт.* Была нервным ребенком, боялась темноты. Подвергалась остракизму со стороны других детей. Отец алкоголик. Испытывала неудачи в учебе. Была близка к остальным членам семьи. Первый срыв произошел в 19 лет.
 - *Базовые убеждения.* “Ничего никогда не изменится... Я никогда не найду правду”.
- Отношение к себе: “Я тупая и сумасшедшая... Я никогда не буду нормальной”.

Отношение к другим: “Большинство людей отзывчивее, сильнее и умнее меня”.

Отношение других: “Люди, которые меня не знают, думают, что я странная. Моя семья любит меня”.

- *Жизненные правила.* “Другим людям нельзя полностью доверять”. Избегание. “Люди не помогут мне найти правду”.
- *Начало болезни.* Проблемы с физическим здоровьем. Недосыпание. Стресс. Пьющий брат. Изоляция.
- *Поддерживающий цикл* (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Поддерживающий цикл бреда Пэт

Чтобы такое формулирование случая, выработанное в сотрудничестве с пациенткой, не было исключительно негативным, мы решили добавить еще одну категорию к тем трем, которые традиционно составляют модель трех П: предрасполагающие (predisposing), провоцирующие (precipitating) и поддерживающие (perpetuating) факторы (табл. 3.1). Мы назвали эту категорию “сильные стороны”, и к ней относятся копинг-стратегии, которые помогают пациентке снижать интенсивность и частоту голосов.

- Беседовать со своими кузинами.
- Посещать врачей (включая семейного врача, психиатра и психотерапевта).

- Придерживаться активного образа жизни (ходить на работу, играть в лото, приглашать гостей на чай и навещать семью).
- Принимать таблетки.
- Помогать другим людям.
- Думать о других вещах.
- Вовремя ложиться спать.
- Говорить по телефону.
- Записывать, что говорят голоса.

Таблица 3.1. Модель трех П

	Биологические	Психологические	Социальные
Предрасполагающие факторы	Периодическое злоупотребление алкоголем; возможная генетическая предрасположенность	Тревожность, отец-алкоголик; страх темноты; ощущение себя изгоем в школе	Плохая успеваемость; “учителя считали меня глупой”; боязнь незнакомцев
Провоцирующие факторы	Алкоголь, физическое заболевание, недосыпание	Депрессия, безработные члены семьи; смерть матери; стресс	Социальная изоляция; малоподвижный образ жизни; опасения по поводу потери работы
Поддерживающие факторы	Физическое заболевание; хроническая боль	Пьющий брат; тревожная личность	Не выходит из дома; не стремится к компании других людей

Модель ABC [Ellis, 1962] была построена позже см. [Chadwick, Birchwood & Trower, 1996]. В категорию А (Activating events) были включены голоса, которые рассматривались как активизирующие события; категория В (Beliefs) содержала убеждения или личные интерпретации; категория С (Consequences) описывала поведенческие или эмоциональные последствия убеждений (табл. 3.2).

Таблица 3.2. Модель ABC

А (антецеденты)	В (убеждения)	С (последствия)
Голоса от второго и третьего лица (см. раздел "Психический статус")	"Голоса сводят меня с ума". "Я никогда не найду правду". "Врачи не скажут мне правды". "Я никогда не буду нормальной". "Голоса контролируют мою жизнь"	"Печаль и подавленность заставляют меня чувствовать себя странной". Отчаяние от того, что "они никогда не замочат". Самоизолируется, не выходит на улицу

Терапевтический план

В сотрудничестве с пациенткой был разработан терапевтический план, который долго обсуждался с супервизором. Были выделены следующие этапы.

Этап вовлечения

Сначала психотерапевт должен четко сформулировать, в чем заключается психотерапия (безопасный метод совместного исследования причин дистресса), а что к психотерапии не относится (лекарства, госпитализация, постановка диагноза и т.д.). На протяжении всей психотерапии упор делается на сократические вопросы. Психотерапия предусматривает попытки сопереживать уникальной точке зрения пациентки и переживаемому ею дистрессу, а также проявление гибкости, что сосредоточивает психотерапию на ее потребностях. Модель стресс-уязвимости должна применяться таким образом, чтобы пациентка могла понять, что уязвимость — это динамическое понятие, на которое могут влиять многие факторы, такие как жизненные события, копинг-механизмы, физические заболевания и т.д. Психотерапевт должен подчеркивать, что у него нет ответов на все вопросы, но в ходе психотерапии в сотрудничестве с пациенткой можно найти разумные объяснения. Хотя терапевт может не испытывать в точности то, что испытывала пациентка (категория факторов А), он готов подробно изучить ее человеческую реакцию на эти переживания (категории факторов В и С). Важная часть процесса взаимодействия происходит уже на этапе оценивания.

Модель ABC

Медленно и осторожно продвигаясь по модели посредством сократических вопросов и выяснения связей между эмоциональным дистрессом, который испытывает пациентка, и убеждениями, которых она придерживается в отношении голосов, мы пытались помочь ей организовать ее запутанный опыт.

- Предложили пациентке оценить интенсивность дистресса (например, 0–10).
- Попросили оценить последствия (С), разделив их на эмоциональные и поведенческие аспекты.
- После этого предложили пациентке дать свое собственное объяснение тому, какие события произошли вследствие факторов А, вызвавших последствия С. Убедились, что фактические события не “затмились” суждениями и интерпретациями. Предоставили пациентке обратную связь о том, что связь А–С подтверждается психотерапевтом.
- Наконец оценили убеждения, оценки и образы пациентки. Сообщили, что в модели А–С отсутствует какой бы то ни было личный смысл. Привели простой пример, чтобы облегчить понимание.

Постановка целей

Мы рассматривали с пациенткой реалистичные терапевтические цели, апеллируя к тревожным последствиям (С) голосов для повышения мотивации к изменениям. Предстояло обсудить четыре возможных варианта снижения уровня дистресса:

- а) бежать от голосов;
- б) терпеть их;
- в) убедить их замолчать;
- г) изменить устойчивые убеждения пациентки о них.

Варианты а–в в данном случае безуспешно опробовались на протяжении более 40 лет, поэтому было решено, что, по-видимому, стоит попробовать вариант г.

Нормализация

Было решено попытаться совместно с пациенткой разработать “нормализующее” обоснование [Kingdon & Turkington, 1991], чтобы декатастрофизировать ее переживания. Пациентке вручили раздаточные материалы о голосах [Kingdon, 1997], чтобы подчеркнуть тот факт, что она не единственный человек в мире, страдающий от этой проблемы (т.е. ее универсальность!) [Yalom, 1970], и что люди могут слышать голоса в целом ряде обстоятельств (стрессовые события, гипервентиляция, пытки, голод, жажда, засыпание и т.д.); там же содержалась информация о копинг-механизмах. Одна из целей состояла в том, чтобы “избавиться” от самостигматизации, поместив ее переживания в континуум нормального опыта [Kingdon & Turkington, 1994]. Это позволило бы сравнивать голоса с похожими на сновидения состояниями, “грезами наяву”, “как если бы одна часть разума все еще спала, а остальная уже полностью бодрствовала”.

Совместный критический анализ

Ее голоса следовало обсудить, чтобы установить, может ли их слышать кто-нибудь еще. Это можно сделать в группе после установления хорошего рабочего альянса. Пациентку можно спросить, думает ли она, что другие могут лгать, отрицая, что слышат ее голоса. При необходимости можно предложить сделать дома аудиозапись голосов, чтобы решить вопрос о том, имеют они внутреннюю или внешнюю природу. Пациентка могла бы проговорить, почему голоса обращаются именно к ней и как это практически возможно. Наконец, можно было бы спросить пациентку, могут ли быть голоса продуктом ее собственного разума — возможно, как результат пережитого стресса и уязвимости.

Оспаривание убеждений в отношении голосов

Полезно мягко задавать сократические вопросы в отношении убеждений по поводу голосов, чтобы взвесить свидетельства за и против. С этой целью можно оценить то, как возникли эти убеждения — посредством умозаключений, когнитивных искажений (например, дихотомического мышления, избирательных выводов, эмоциональных рассуждений и т.д.) — перейдя затем к анализу antecedентов и постепенному оспариванию этих убеждений. Можно выявить ошибочную атрибуцию с последующей реатрибуцией на основе соответствующих домашних заданий.

Разработка альтернативных объяснений

Здесь крайне важно позволить пациентке разработать собственные альтернативы ее предыдущим неадекватным предположениям о голосах; при этом желательно находить те альтернативные объяснения, которые уже присутствуют в ее разуме. Эти объяснения могут быть временно или навсегда ослаблены либо внешними факторами, либо дисфункциональными паттернами мышления. Если пациентка не предлагает альтернативных объяснений, новые идеи могут быть выстроены совместно с терапевтом. Некоторые семена могли быть посеяны на предшествующих терапевтических сессиях (из раздаточных материалов и предыдущих обсуждений), и теперь их можно использовать в качестве строительных блоков. Кроме того, важно адаптировать терапию к относительно ограниченным интеллектуальным способностям пациентки, используя понятные примеры из повседневной жизни и воздерживаясь от сложных грамматических конструкций.

Воплощение терапевтического плана

Этап вовлечения

Эта фундаментальная часть терапевтического процесса уже была начата во время первоначального сбора анамнеза, преследовавшего своей целью создание прочного рабочего альянса, который мог бы справиться с терапевтическими проблемами. Оказалось, что вовлечь пациентку в терапию было чрезвычайно просто. Она сразу стала дружелюбной, искренне теплой и разговорчивой. Все терапевтические сессии она посещала чрезвычайно ответственно, и риск отказа был оценен как незначительный. С самого начала Пэт очень охотно рассказывала о голосах, которые она называла дружелюбными. Однако ей хотелось бы избавиться от них, поскольку она чувствовала, что они становятся помехой. Она также была заинтересована докопаться до “сути вещей” после стольких лет. На этом этапе широко использовалось перефразирование, чтобы пациентка и терапевт чувствовали себя понятыми.

Она предоставила много информации, которую было полезно объединить в модель ABC. Это помогло нам обоим структурировать наши обсуждения. На раннем этапе работы пациентка спросила, слышал ли терапевт когда-нибудь голоса. Несмотря на отрицательный ответ, это не отразилось на рабочем альянсе. Психотерапевт объяснил, что он лично знаком с нор-

мальными человеческими чувствами — в том числе плохим настроением — и имел профессиональный опыт лечения людей в таком же состоянии, как и у пациентки, переходящем в последующее чувство отчаяния. Пэт, похоже, это успокоило.

Модель ABC

Пэт жаловалась, что понимает, как ее дистресс (С) может быть связан с ее убеждениями и мыслями (В), но не понимает его связи с голосами (А), потому что “они реальные”. Стало ясно, что психотерапия не снимала ее возражения по поводу того, что голоса вызывали дистресс, но ее личная интерпретация голосов способствовала чувству подавленности и неспособности выйти на улицу. Поскольку серьезные трудности в достижении пациенткой согласия с самой собой оказались центральной областью психотерапии, было решено прибегнуть к примерам, чтобы прояснить важность факторов категории В. Например, мужчина и женщина лежат в постели ночью и слышат шум внизу (А). Мужчина считает, что шум может создавать грабитель (В), и пугается (С). Его жена знает то, чего не знает муж: она забыла впустить в дом кошку, и поэтому полагает, что шум вызван тем, что кошка пролазит через дверцу (В). Она просто переворачивается на другой бок и спит (С).

Пациентке было предложено привести собственные примеры, что возымело ограниченный успех. Тем не менее эта модель использовалась в качестве домашнего задания, и пациентке в одном случае (десятая сессия) удалось записать факторы категорий А и С. Факторы категории В она называла только устно. Она записала в категорию А следующее: “Голоса сказали, что все врачи знают ответ, но они не скажут его мне” (имея в виду правду о происхождении голосов). В качестве факторов категории С она написала: “Я зла, хочу поколотить семейного врача, разочарована”. Посредством сократических вопросов мы пришли к выводу, что ее понимание голосов проходит через своеобразный “личный фильтр”, который причинял ей больше страданий, чем если бы голоса были “предоставлены самим себе” — решающий момент в терапии был достигнут! Пациентка упомянула, что фильтр может работать как на входе, так и на выходе.

Это открытие последовало непосредственно из обсуждения того, что, по ее словам, она вспоминает события детства иначе, чем ее братья и кузины. Она чувствовала, что люди иногда воспринимали ее как иную потому,

что ее мысли также проходили через тот же фильтр, прежде чем были выражены устно. Была установлена связь между этим личным фильтром и категорией В. Однако примечательно, что это понимание испарилось на следующей сессии, когда категория А снова оказалась привязанной к категории С без какого-либо посредника! Это было ярким напоминанием о том, как инсайты могут флуктуировать день ото дня. То же самое относилось к интенсивности дистресса, но эти два параметра не всегда колебались синхронно. Дистресс Пэт оценивался по шкале 0–10 и часто испытывал значительные колебания, но в целом по ходу терапии наблюдалась тенденция к его снижению.

Постановка целей

1. На нашей первой встрече пациентка сразу четко обозначила свою терапевтическую цель: “Избавиться от голосов” и вскоре заговорила о поиске их источника. Она преследовала более *реалистичную цель поиска лучшего понимания голосов*. В беседах с пациенткой мы обсуждали, что лучшее понимание голосов в некоторых случаях может привести к снижению их частоты и интенсивности.
2. Пэт также хотела почувствовать себя лучше и вернуться к работе.
3. Она хотела больше выходить на улицу и заниматься покупками, общением и т.п.

Расставляя приоритеты для своих целей, пациентка была непреклонна в том, что, если голоса ослабнут, она автоматически достигнет целей 2 и 3.

Несмотря на клинически низкие показатели настроения в начале терапии, пациентка не выразила желания заняться своей депрессией и была по-прежнему убеждена в том, что именно голоса были причиной ее проблем. Мы проговорили необходимость шаг за шагом продвигаться к окончательной цели — разобраться с голосами. Поскольку это оказалось трудным для понимания, я нарисовал на доске лестницу, чтобы более наглядно проиллюстрировать процесс. Пациентка приняла это и сказала: “Прежде чем научиться ходить, приходится ползать”. После этого обсуждения мы поговорили о четырех возможных способах совладания с голосами (см. выше). Несмотря на то что эта техника напрямую соотносилась с моделью ABC, пациентка явно с трудом ее усваивала. Однако она признала, что в течение 44 лет безуспешно пыталась убедить свои голоса остановиться. Она также ясно понимала, что не сможет смириться с голосами на протя-

жени оставшейся жизни. Мы поговорили о фрустрации как источнике энергии для достижения ее целей. Пэт задумчиво кивнула и привела пример того, как в течение многих лет ненавидела обои в своем доме, пока однажды за выходные не переклеила их полностью: “Я поняла, что с меня хватит! Зато потом все действительно выглядело хорошо”.

Подход нормализации

Этот подход широко использовался на протяжении всей психотерапии, а не в какой-то конкретный момент. Он казался важным, поскольку одно из основных убеждений пациентки заключалось в том, что она чувствовала себя “странной”. В частности, во время третьей и четвертой сессии мы говорили о переживаниях обычных людей и о том, как мало известно, что такое “нормальные” мысли на самом деле. Приводились примеры того, как другие люди переживали необычные явления в виде голосов или бреда: во время войн, недосыпания (точно так же, как у нее происходило усиление голосов от бессонницы), приема наркотиков и во время крайнего одиночества. В этом контексте мы снова обсудили модель стресс-уязвимости [Zubin & Spring, 1977]. Пэт не привыкла к интеллектуальным занятиям и не понимала графический смысл модели стресс-уязвимости, которую мы нарисовали на доске. Тем не менее она легко смогла понять тот факт, что ее положение ухудшалось, когда она испытывала стресс. Мы говорили о том, что ее стрессовый порог, возможно, ниже, чем порог других людей, вследствие особенностей раннего детского опыта или потому, что она родилась с “врожденной тревожностью”. После этого обсуждения мы нарисовали на доске континуумы, демонстрирующие, как ее переживания связаны с повседневными событиями ее жизни. Чтобы объяснить концепцию континуума, была проведена аналогия с температурным диапазоном испытываемых ею чувств (от самого холодного до самого горячего), что дало ей представление о различных степенях интенсивности. Это упражнение было направлено на подрыв ее дихотомического мышления: “Я странная, другие люди нормальные”. Похоже, ей очень понравился такой подход. Свою неспособность выходить на улицу, когда ей становилось плохо, Пэт объяснила так: “Как будто все смотрят на меня, как будто они знают, что я была в психиатрической больнице”. По этой причине дестигматизация казалась решающей, а подход нормализации рассматривался как мощный инструмент в изменении ее понимания себя и других. Как и планирова-

лось, ей выдали раздаточные материалы [Kingdon, 1997], но они, вероятно, были более полезными в качестве терапевтического руководства, чем в качестве информации для пациента. Пэт посетила несколько первых сессий со своей двоюродной сестрой Мойрой, и была надежда, что они вместе обсудят содержание раздаточных материалов. Когда мы вернулись к этим раздаточным материалам на более позднем этапе терапии (Мойра больше не посещала сессии), Пэт выразила пренебрежение к их содержанию. Она сказала, что поняла, что не только она слышит голоса, но не видит особого смысла в других вопросах, поднятых в раздаточных материалах. Она рассказала мне, что однажды видела по телевизору передачу о голосах, но выключила ее, потому что она ей наскучила. Информация о копинг-механизмах ее не интересовала, поскольку ее целью было найти источник голосов: “Однажды я встречаюсь с ними на улице”.

Затем мы обсудили все странные вещи, которые происходят в нашем разуме, когда мы спим, и Пэт привела множество примеров того, что ей снилось: “Мне постоянно снится моя мать, она говорит странные вещи и бродит по дому, чтобы проверить, сделала ли я уборку. Она также очень хочет, чтобы я заботилась о самом младшем брате”. Она рассказывала эти истории с чувством юмора. Мы обсудили возможность того, что часть ее мозга все еще спит даже после того, как остальная часть уже проснулась. Она тонко улыбнулась и сказала: “Возможно, я постоянно испытываю усталость и никогда полностью не просыпаюсь”.

Совместный критический анализ

Во время седьмой сессии пациентка отметила, что голоса были особенно активными и даже продолжались во время сессии, что было для нее весьма необычно. На вопрос, думает ли она, что терапевт тоже слышит голоса, она ответила с улыбкой: “Я не уверена. Думаю, слышит”. Я сказал ей, что не слышу голосов, но мы можем вызвать третье лицо, если она того пожелает. Она кивнула и сказала, что это не повредит. Молодого студента-медика, проходящего курс психиатрической практики, попросили войти в кабинет и пару минут послушать в тишине. Поскольку студент не мог услышать ничего необычного, Пэт улыбнулась и заметила: “С такими маленькими ушами?” Таким образом, мы пытались осторожно подвести Пэт к мысли о том, что голоса, по-видимому, не могут быть услышаны кем-либо еще. Она казалась несколько скептической по поводу этого факта и упомяну-

ла, что ее семейный врач мог что-то слышать. Однако она не верила, что он мог солгать ей, и пообещала спросить его напрямую еще раз. Она полагала, что его слова, сказанные более 30 лет назад (“Ищите ответ, Пэт, и вы его найдете”), означали, что он знал больше, чем говорил. Мы поговорили об этом утверждении и его возможных интерпретациях, и пришли к выводу, что он мог иметь в виду совсем другое. Поскольку Пэт верила своей версии в течение многих лет, и ей было трудно принять возражения, было решено, что на следующей встрече с ее семейным врачом она спросит, что он имел в виду на самом деле.

Пэт отказалась взять один из наших диктофонов, чтобы записать свои голоса дома, так как она сочла это слишком сложным технически. Однако нам удалось вместе прослушать запись седьмой сессии (единственной, где она слышала голоса), но мы не нашли свидетельства того, что голоса слышали другие люди. Она приняла это, но не смогла объяснить почему. Пэт также не могла объяснить, почему голоса обращались именно к ней. Она утверждала, что никогда раньше об этом не думала.

Она много думала о том, каким образом голоса могут достигать ее, но объяснения были непоследовательными и могли меняться от сессии к сессии, даже ежеминутно. Женщина колебалась между разными объяснениями.

1. “Когда я лежала в больнице, мне в живот вживили микрофон”.
2. “Доктор Тайрер (психиатр-консультант в нашей больнице в 1970-е годы) занимается этим”.
3. “Это как-то связано с госпиталем Роял Соут Хантс (больница, в которую она попала), вот где все началось”.
4. “Они приходят из телевизора, даже когда он не включен”.
5. “Я думала, что они в моем матрасе, поэтому я разрезала его (еще в 1958 г.), но их там не было”.

Ни в одной из этих версий Пэт не была твердо уверена, но она, тем не менее, была непреклонна в том, что голоса не могли быть продуктом ее разума: “Как это возможно? Они похожи на настоящих людей”. После целой сессии, посвященной обсуждению этих вопросов, Пэт согласилась, что некоторые из голосов имеют заметное сходство с ее собственными мыслями: “У дочери доктора N будет ребенок; это будет мальчик или девочка?”, “Давай, Пэт, иди, сыграй в лото, тебе понравится”. Последнее предложение

было особо выделено, поскольку оно могло представлять часть ее разума, которая хотела играть, но Пэт чувствовала себя из-за этого плохо и поэтому подавила это побуждение. Ранее Пэт объясняла, что любит играть в лото, но оно было слишком дорогим удовольствием для нее. Она приняла эту возможность.

Оспаривание убеждений о голосах

Начиная с шестой сессии и далее мы начали выдвигать первые систематические контраргументы. Мы обсуждали в сократической манере свидетельства за и против реальности голосов. Для большей наглядности на доске была представлена табл. 3.3.

Таблица 3.3. Утверждение: “Голоса реальны”

Свидетельства за	Свидетельства против
1. Они кажутся настоящими	1. Они реагируют на прием лекарств
	2. Все становится хуже, когда я болею
	3. Я их слышала, даже когда Робсоны уезжали в Бирмингем
	4. Мне становится лучше, когда я общаюсь
	5. Мне становится лучше, когда я обращаюсь к врачу
	6. Мне стало хуже, когда умерла мать
	7. Сила голосов изменяется при изменении настроения
	8. Я ни разу не обнаруживала следов динамиков или микросхем в матрасе или за обоями

Как упоминалось ранее, Робсоны были семьей по соседству, которая жила там на протяжении всей ее жизни. Мистер и миссис Робсон умерли 5–10 лет назад, но их дочь осталась. Были признаки того, что эта женщина могла быть психически нездоровой, и Пэт, как это ни парадоксально, оказывала ей существенную поддержку. Изначальные галлюцинации Пэт были голосами Робсонов, которых она считала злыми. Ей казалось странным, что они могут продолжать говорить, хотя она видела, как они уезжали в Бирмингем на своем автомобиле. Еще несколько лет назад она находила этот факт странным. Она заявила без подсказки, что такой опыт на короткое время заставил ее усомниться в “реальности” голосов.

Мы много раз обращались к модели ABC, чтобы подчеркнуть, что идеи Пэт о голосах были не фактами, а убеждениями — ее личными интерпретациями. Одним из пунктов, который наиболее изменился по ходу тера-

пии, была ее вера в способность контролировать голоса. Домашние задания должны были вызвать у Пэт ощущение, что она имеет определенный контроль над голосами (например, попытаться вызвать голоса самостоятельно; попробовать отключить голоса, позвонив Мойре или сыграв в лото и т.д.). Пациентка не смогла записать это, но устно сообщила, что задачи были решены успешно. Были применены другие стратегии усиления и ослабления, чтобы создать у нее чувство контроля [Chadwick & Birchwood, 1994]. Кроме того, назначались и другие домашние задания, такие как подробное описание модели ABC на листе бумаги, но голоса замолкали всякий раз, когда она пыталась их записать.

В последние годы Пэт не чувствовала себя обязанной делать то, что ей говорили голоса. Однако когда она была молода, она подчинялась им, и ее единственным объяснением было следующее: “Думаю, я, должно быть, привыкла к ним”. Мы говорили о том, как обстоятельства, казалось, играли важную роль в интенсивности голосов. Женщина согласилась и привела примеры этого (смерть матери, физическое заболевание), но не смогла объяснить, почему на голоса так сильно влияют внешние обстоятельства.

Разработка альтернативных объяснений

Пэт придумала множество объяснений происхождения голосов (см. выше), но ни одно из них не было окончательным. На возможность того, что голоса могут быть порождением ее собственного разума, особенно в стрессовом состоянии, Пэт в лучшем случае отвечала: “Хм... Я не знаю”, а в худшем случае: “Нет, они настоящие, я однажды встречусь с ними”. После того как были записаны свидетельства за и против реальности голосов, она продолжала возвращаться к тому факту, что столько лет искала смысл этих переживаний, и что это не могло быть просто ее собственными мыслями. Казалось, что для нее было почти физически болезненным отказаться от предположений, которых она придерживалась так долго, но Пэт признала, что было бы намного менее страшно, если бы голоса оказались просто продуктом ее собственного разума.

Мы также проанализировали свидетельства, которые были собраны на протяжении всей психотерапии, но она не приняла их полностью. Было сочтено важным, чтобы она по крайней мере знала, что заслуживающие доверия люди могут придерживаться иной точки зрения. На четырнадцатой сессии был разработан новый подход: рисование диаграммы с неболь-

шой красной областью, указывающей на активность в зоне Брока (речевой центр мозга). Было предложено объяснение, что эта зона активна, когда люди слышат голоса, даже если вокруг никого нет. Мы просмотрели список “свидетельств” против того, что эти голоса были реальными (реакция на лекарства, усиление при болезни и т.д.), и спрашивали ее после каждого примера, соответствует ли он новой теории. Это явно оказало на нее очень сильное влияние, и она долгое время оставалась задумчивой, как будто кусочки головоломки становились на свои места. И все же в конце концов она отвергла эту идею и сказала, как будто убеждая саму себя: “Нет, они *реальны*”.

Достижения

Хотя Пэт не говорила об изменении своих базовых убеждений, ее состояние значительно улучшилось в течение терапевтического курса, который длился 21 сессию. Все оценочные шкалы показали значительно более высокие результаты, и общее клиническое впечатление значительно улучшилось. Ее результаты через три месяца были следующими.

- Национальная оценочная шкала здоровья (HoNOS): 3 (из 12), улучшения в отношении галлюцинаций и иллюзий, соматических заболеваний, подавленного настроения и повседневной активности.
- Оценочная шкала слуховых галлюцинаций (AHRs): 14 (из 24), повышение степени контроля, снижение уровня дистресса и количества срывов, ослабление убеждений в отношении происхождения голосов и снижение их громкости.
- Оценочная шкала бреда (DRS): 3 (из 5), снижение убежденности и уровня дистресса.

Необходимо учитывать, что, когда мы впервые встретились в феврале, Пэт выздоравливала после серьезного заболевания (тромбоэмболия легочной артерии). Исходя из истории болезни Пэт, серьезное физическое заболевание почти неизбежно приводило к усилению у нее голосов. Поскольку за весенний период она физически выздоровела, это могло быть важным фактором, способствовавшим ее хорошему терапевтическому прогрессу.

Еще одним способствующим фактором была способность этой женщины тепло и доверчиво относиться к другим людям. В старых записях ее истории болезни (датируемых 1950-ми годами) неизменно упоминается

ее приятный характер. Совершенно очевидно, что ей нравилось общество других людей, и у нее было хорошо развито чувство юмора. Пэт наслаждалась возможностью подробно поговорить о своей проблеме с кем-нибудь еще. Ее терапевтическая приверженность никогда не вызывала сомнений, и она не пропустила ни одного приема. Задолго до начала психотерапии она явно разработала свои собственные копинг-стратегии, которые значительно улучшали ее состояние после срывов. Поскольку она полагалась на эти стратегии и собственные объяснения своих переживаний, оказалось трудно изменить ее базовые убеждения.

В отношении ее первоначальных терапевтических целей (вернуться к работе и чаще выходить на улицу), то они не изменились по ходу терапии и были достигнуты. Голоса все еще присутствовали, но теперь причиняли ей гораздо меньше беспокойства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении терапии у меня сложилось впечатление, что большая часть ее успеха зависела от “неспецифических факторов” — юмора, отзывчивости, теплоты, сочувствия и искренности [Rogers, 1959]. Сейчас имеются свидетельства того, что, по крайней мере в краткосрочной перспективе, на больных шизофренией может возыметь благотворное воздействие дружественный подход [Sensky et al., 2000]. Что касается искренности, урок был извлечен, когда пациентка спросила меня на десятой сессии “кто тут самый главный” (она считала, что на ее вопросы будет давать ответы высший руководитель психиатрической службы). У меня были соображения, что могло стоять за ее вопросом, но я решил притвориться несведущим, чтобы не дать нашему разговору сменить направление, и поэтому ответил: “Я не знаю”. Ее реакция была мгновенной, и она сказала со знанием дела: “О, вы знаете. Вы просто не хотите мне сказать”. На мгновение нашим отношениям был нанесен ненужный удар.

Клиническая работа должна быть адаптирована к конкретному пациенту. На четырнадцатой сессии я схематически нарисовал мозг, чтобы представить ей идею о том, что его часть становится гиперактивной, когда голоса активны. К моему удивлению, Пэт не знала, где анатомически расположен мозг. Ситуация была исправлена небольшим немедленным обучением, и демонстрация была чрезвычайно полезной, но она также научила

меня, что все наши усилия могут быть потрачены впустую, если мы не будем учитывать уровень развития пациентов. Это, конечно, не означает, что мы не сможем в конечном итоге вывести их из первоначального состояния, но мы должны быть осторожны с тем, как обращаемся к ним, и убедиться, что мы говорим с ними на одном языке.

Практический опыт проведения терапии трудно переоценить. Почти невозможно угадать, как ваш пациент отреагирует на определенные подходы, прежде чем они будут опробованы на практике. Чем больше мы проводим клинической работы, тем более умелыми становимся в обнаружении общих тенденций в реакциях пациентов, но это никогда не должно приводить к самоуспокоенности. Было бы опасной иллюзией полагать, что мы можем предсказать человеческое поведение с какой-либо уверенностью.

Глава 4

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ, ПОЛУЧЕННЫЙ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Случай 4 (Хелена): *Изабель Кларк*

Я получила образование клинического психолога, когда мне было уже за сорок. До этого я долгое время занималась волонтерской работой, связанной с психическим здоровьем, воспитывала детей и получила степень по психологии в Открытом университете. Впервые я заинтересовалась психозами, работая волонтером, когда в 1970-х годах ко мне на прием приходила одна женщина. Общаясь с ней, я разработала свой собственный подход. Я старалась помочь ей различать ее психотический и обычный стиль мышления и переживаний, чтобы снизить ее дистресс и способствовать адаптации. Я отметила различное качество переживаний, которые она описывала, когда возникал психоз, и стала заниматься этой темой.

Во время обучения и в первые годы практики (1989-1990) я внимательно следила за развитием когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) психозов на конференциях и семинарах и совершенствовала свою собственную практику — весьма приблизительно и изолированно. С тех пор я начала активно сотрудничать с другими коллегами, полными энтузиазма и много знающими о КПТ психозов, благодаря чему получила работу в образцовом отделении. Хотя мой клинический опыт довольно своеобразен, меня поразили позитивные аспекты психотических переживаний, о которых сообщали некоторые (но не все) мои клиенты. Соотнеся эти наблюдаемые мною особенности с исследованиями и опубликованными работами, такими исследования шизотипии (например, [Claridge, 1997] и [Chadwick, 1997]), я разработала собственный подход к психозу и его связи с широко

понимаемым духовным опытом (см. [Clarke, 2001]). Эти идеи лишь частично относятся к данному клиническому случаю, в котором психоз уходит корнями в переживание насилия, перенесенного в детстве; по моим наблюдениям, в таких случаях у психотического опыта нет позитивного аспекта.

ОСОБЕННОСТИ, КОНТЕКСТ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Я работаю в службе психической реабилитации, обслуживая людей с хроническими проблемами, которым нужна дополнительная поддержка, чтобы достичь максимальной независимости. Таким образом, моя терапевтическая работа является частью усилий многопрофильной команды специалистов, и описываемый клинический случай иллюстрирует КПТ при психозе. Индивидуальная психотерапия — это относительно небольшая часть моего вклада в работу службы. Моя работа с Хеленой в групповом формате началась благодаря ее членству в группе “Голоса”, которую я вела совместно с одной из медсестер, входящих в нашу команду. Я уже была знакома с ее ситуацией, поскольку в течение нескольких лет периодически консультировала ее. С началом индивидуальной психотерапии связь с терапевтической командой стала центральным элементом процесса. Подходы к симптомам клиентки, которые я с ней обсуждала, затем с ее разрешения анализировались совместно с лечащим врачом и применялись терапевтической командой.

Еще одна особенность этого случая заключается в том, что срыв произошел в среднем возрасте и включал реактивацию детской травмы. Обычное течение психоза включает в себя срыв на ранних жизненных этапах, который связан с уходом из дома либо (для женщин) вступлением в серьезные отношения или рождением детей. Хелена прошла все эти жизненные этапы, хотя и была ограничена агорафобией и депрессией. Она воспитывала двоих детей, трижды была замужем (третий брак был повторным с ее первым мужем), пока неприятности в последнем браке не привели к психотическому срыву. Характерной чертой ее проблем была полная безнадежность, которая привела к суицидальным попыткам, что сделало ее возвращение из больницы к обычной жизни труднодостижимым.

Возможно, этот пример нетипичен, и мой подход к КПТ психозов также нестандартен. Я принадлежу к небольшой, но растущей группе психотера-

певтов, которые видят большой потенциал в применении модели взаимодействующих когнитивных подсистем (Interacting Cognitive Subsystems — ICS) к терапии психозов. Впервые эта модель была применена в клинической практике при лечении депрессии [Teasdale & Barnard, 1993], а ее применение в случае психозов П. Дж. Барнард разработал совсем недавно [Barnard, in press]. Первая публикация, раскрывающая применение модели взаимодействующих когнитивных подсистем к психозам, принадлежит команде Эндрю Гамли в Стирлинге [Gumley, White & Power, 1999]. Они сообщают о том, что с успехом использовали ее в своем исследовании предотвращения рецидивов, и в настоящее время разрабатывают ее применение в случае ранней интервенции. Мой собственный подход несколько иной, и я изложила его в расширенном комментарии к статье Э. Гамли в том же журнале [Clarke, 2002]. В более подробной статье я на клиническом примере проиллюстрировала применение этой модели к когнитивной терапии расстройств личности [Clarke, 1999]. Эта глава иллюстрирует значительный потенциал данного подхода к лечению психозов. После этого вступления я перейду к описанию ситуации и жизненному анамнезу Хелены до того момента, когда я оказалась вовлечена в ее терапию. Затем я представлю модель взаимодействующих когнитивных подсистем в качестве предварительного отчета о проводимой в настоящее время психотерапии.

ХЕЛЕНА

Хелена родилась в 1949 г. в семье с двумя братьями и сестрой. Ее отец служил в армии, поэтому семья много переезжала. Она всегда была неуверенной в себе и больше привязана к отцу, чем к матери. Ее изнасиловали в возрасте восьми лет, когда она ждала отца с работы, и она чувствовала, что не может рассказать об этом ни ему, ни кому-либо еще. По этой причине или из-за постоянных переездов у нее не было школьных друзей, и она бросила учебу в 14 лет, не получив аттестата. С тех пор она выполняла различные работы на фабрике и занималась уборкой. В 16 лет она вышла замуж за своего парня, Нила, и вскоре стала матерью: у нее родился сын, когда ей было 17 лет, и дочь в 20 лет. Роль жены и матери всегда была очень важна для Хелены, и она с головой ушла в нее. Однако отношения, на которых была основана эта роль, были определенно унижительными. У ее мужа была проблема с алкоголем, и он постоянно унижал ее морально и эмо-

ционально, а также напал на нее физически в состоянии алкогольного опьянения.

Жизнь вне отношений всегда казалась Хелене невозможной, и она развелась с Нилом только тогда, когда возникли альтернативные отношения, после десяти лет брака. Этот второй брак также продлился десять лет, и второй развод в 1985 г. совпал со смертью ее отца. Эти события, похоже, погрузили женщину в депрессию, что потребовало госпитализации в психиатрическую больницу, но в то время у нее не было никаких признаков психотических симптомов. После развода она снова вышла замуж за Нила и переехала с ним в Саутгемптон в 1990 г. Хелена была госпитализирована здесь в 1993 г. после передозировки и сообщила о постоянной слежке за собой и о том, что о ней говорят по телевизору. За этим последовал период амбулаторного наблюдения и периодических госпитализаций, а затем длительная госпитализация в 1996 г. К этому времени брак распался. У Нила возникли другие отношения, и Хелена отреагировала на это суицидальным отчаянием, от которого не помогали никакие комбинации лекарств, электрошоковая терапия и другие всевозможные средства.

Хелену перевели в реабилитационное отделение, чтобы помочь ей вернуться в сообщество. В то время я участвовала в ее лечении на уровне поддержки и консультаций. Ее суицидальные побуждения подкреплялись угрожающими голосами, призывающими ее покончить с собой, а прогрессу мешали трудности в достижении какого-либо разрешения отношений с Нилом. С одной стороны, он оскорблял ее и открыто изменял. С другой стороны, как только она решала развестись с ним, он обещал исправиться. Когда она уступала, он возвращался к своему прежнему образу жизни. В конце концов, ей удалось выбраться из этого тупика, когда он подал на развод в 1998 г. Это открыло путь к ее переводу в психиатрический пансионат с круглосуточным обслуживанием квалифицированным персоналом и успешному периоду жизни в сообществе.

В течение этого периода она могла заниматься различными делами и обезопасить себя. Этот успех привел к планам переехать в общинный дом, которые были сорваны новым появлением Нила и, возможно, страхом большей независимости. Ее повторно поместили в реабилитационное отделение, где она пробыла два года. Первый план выписки заключался в том, чтобы способствовать ее желанию переехать в ту часть страны, где проживали многие члены ее семьи, но это оказалось невозможно по практическим причинам. Кратковременные отношения с другим пациентом

подняли ее настроение на некоторое время, но их окончание снова погрузило ее в пучину безжалостных слуховых галлюцинаций, побуждающих к суициду, и, как следствие, возникли трудности с переездом на новое место жительства. Примерно в это же время я стала принимать более активное участие в ее терапии.

Первоначальный контакт и группа “Голоса”

Лечащий врач Хелены сначала попросил меня поработать с ней, сосредоточившись на ее зависимости от конкретных отношений. Из первоначального контакта стало ясно, что Хелена была способна эффективно участвовать в когнитивной терапии, поскольку могла хорошо определять свои ключевые когниции. В ходе краткой сессии мы определили, что она воспринимала себя никчемной и чувствовала себя хорошо только тогда, когда кто-то относился к ней как к особенной женщине. Она была восприимчива к мысли, что ей нужно работать над тем, чтобы относиться к себе благосклонно и снисходительно. Поскольку в то время мы создавали группу “Голоса”, и именно голоса были для нее серьезной проблемой, я использовала взаимопонимание, достигнутое на первой сессии, чтобы уговорить ее присоединиться к группе.

Группа “Голоса”, которую я веду в службе реабилитации, работает на основе подхода, который описали М. Ромм и С. Эшер [*Romme & Escher, 1993*]. Он предусматривает деликатность, сочетающуюся с поощрением участников делиться тем, какое значение они придают своим голосам (и другим симптомам), что означает менее дистрессовый способ в них разобраться. Это связано с тем, что пациенты за время длительного контакта с больницей научаются тому, чего от них ожидают, а также какие ответы будут способствовать выписке и помогут избежать дополнительных лекарств. Я не утверждаю, что принятие медицинской модели болезни обязательно означает признание “реальности” голосов, поскольку я придерживаюсь мнения, что для большинства людей нет проблемы в одновременном принятии двух противоречащих друг другу объяснений. Например, вполне возможно придерживаться медицинской модели болезни в отношении голосов и симптомов, одновременно допуская другие, несочетающиеся с ней объяснения психотических симптомов. В случае психоза системы объяснения и придания смысла, как правило, становятся более гибкими, и человек зачастую “переключается” между совершенно разными позициями

в зависимости от того, действует он в объективной (разделяемой другими людьми) или в своей личной (психотической) реальности [Clarke, 2001]. Внимание группы постоянно направляется на повышение осознанности в отношении этих двух возможностей, поощряя участников перейти к более адаптивной, т.е. менее дистрессовой из них. Часто для этого достаточно снизить уровень возбуждения.

Занимаясь с Хеленой в группе, мы установили, что сильное возбуждение и сила переживания голосов действительно идут рука об руку и простое релаксирующее дыхание, а также другие успокаивающие занятия были полезными копинг-стратегиями. Когда групповые сессии подошли к моменту раскрытия идиосинкразического значения голосов, у нее произошел прорыв. Она сообщила, что голос, который, по ее словам, был дьяволом, кричал на нее, чтобы она покончила с собой. Хелена не могла опознать голос. Однако, когда я спросила, может ли она вспомнить, чтобы кто-нибудь так кричал, она ответила утвердительно — это она кричала так, когда ее изнасиловали в возрасте восьми лет. Это позволило нам предположить, что это был голос не дьявола, а голос той ее части, которой никогда не удавалось справиться с этим ужасающим и тяжким событием далекого прошлого.

Терапия: подход взаимодействующих когнитивных подсистем

Полное изложение модели взаимодействующих когнитивных подсистем можно найти в [Teasdale & Barnard, 1993]. Коротко говоря, это модель обработки информации, основанная на экспериментальных доказательствах различных форм кодирования информации, например непосредственной (основанной на сенсорных данных), вербальной (основанной на логике) или более целостной (основанной на значениях). Эти и другие коды образуют основу девяти подсистем: три подсистемы являются сенсорными и проприоцептивными, две подсистемы связаны с распознаванием паттернов высшего порядка, две подсистемы отвечают за выработку реакций, а еще две подсистемы (пропозициональная и имплицитная) основаны на значениях еще более высокого порядка. Память является неотъемлемой частью работы подсистем, и каждая из них хранит информацию в своей собственной памяти, используя код, свойственный этой подсистеме. Таким образом, логическая, или пропозициональная, память кодируется вербально, в то время как имплицитная память, которая фиксирует значения на более

общем уровне, кодируется большим разнообразием сенсорных модальностей и, следовательно, является более непосредственной и яркой.

Еще одна область, раскрываемая исследованиями краткосрочной памяти и взаимодействия человека с компьютером, на которых основана теория П. Дж. Барнарда [*Barnard, in press*], — это необходимость трансформации при обмене информацией между одной подсистемой (кодированием) и другой. Этот обмен информацией ограничивается возможностями обработки. Таким образом, соединения устанавливаются непосредственно в конкретном хранилище памяти, а не между данными, хранящимися в разных хранилищах памяти и закодированными по-разному. Это объясняет способность памяти быстро связывать яркие воспоминания о событиях схожего личного значения. В случае Хелены угрожающие события в ее нынешней жизни (расторжение брака) пробудили воспоминания о травме изнасилования в форме голоса. Поскольку воспоминание происходило из хранилища имплицитной памяти, оно не было опосредовано логическим осознанием того, что событие произошло давно, или что ее собственный ужас и злонамеренные намерения нападавшего смешались воедино способом, напоминающим логику сна. Чтобы прояснить и распутать переживания, необходим доступ пропозициональной памяти.

Другая особенность модели взаимодействующих когнитивных подсистем, которая является ее главным преимуществом, — это постулирование непосредственной связи между имплицитной подсистемой и подсистемой состояния тела (которая сигнализирует об уровне возбуждения), и гораздо более запутанного пути, по которому информация о возбуждении достигает пропозициональной подсистемы. Хорошее функционирование человека характеризуется легкостью коммуникации между пропозициональным и имплицитным уровнями. Состояние сильного возбуждения нарушает легкость этой коммуникации. Такое состояние возникает, когда имплицитная подсистема чувствует угрозу себе, что передается подсистеме состояния тела, которая подготавливает тело к встрече с такой угрозой. В этой модальности мысли сосредоточиваются на угрозе, и имплицитная подсистема закрывается для новой информации или осмысления со стороны пропозициональной подсистемы. Когда этот тип угрозы становится привычным, формируются привычные петли коммуникации между пропозициональной и имплицитной подсистемами, которые полностью исключают новое обучение и в КПТ называются *схемами*. Неприятные состояния возбуждения, сопровождающие эту ситуацию, обычно избегаются или

каким-то образом обходятся. Один человек ответит на эмоциональную перегрузку отстраненностью и впадет в депрессию; другой станет тревожным и начнет паниковать; третий будет пить или принимать наркотики; еще один будет переводить все свои чувства в гнев, вымещая проблему на других. Таким образом, аверсивные состояния возбуждения переводятся в различные формы психопатологии или девиантности, и коммуникация между подсистемами еще больше нарушается. Как уже отмечалось, голоса Хелены становились сильнее, когда она находилась в напряженном состоянии, и снижение возбуждения было для нее эффективной копинг-стратегией.

Я предполагаю, что психоз представляет собой более серьезную нестабильность в системе, связанную с вариациями уровней возбуждения и, следовательно, нарушением обычного обмена информацией между подсистемами. Что особенно важно, жизненно важная коммуникация между пропозициональным и имплицитным уровнями больше не функционирует так, как требуется. П. Дж. Барнард [*Barnard, in press*] довольно подробно изложил этот процесс, описав его следующим образом: “Обмены между двумя уровнями значений становятся асинхронными”. Он объясняет, как это приводит к типичным симптомам психоза. Эта идея асинхронности может помочь понять, почему у Хелены не было доступа к логическому объяснению своего голоса, и поэтому она чувствовала себя бессильной перед ним. Я бы добавила к изложению П. Дж. Барнарда, что, по моему опыту, именно имплицитная подсистема становится доминирующей в этих обстоятельствах, приобретая монополию на значения, которая заражает все сверхъестественным чувством осмысленности, характерным для психотического опыта и точно описанным П. Чедвиком [*Chadwick, 1997*] как “ощущение смысла”.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Центральная особенность КПТ — возможность поделиться ясными, легко понимаемыми идеями с человеком, с которым вы работаете; и, очевидно, что изложение модели взаимодействующих когнитивных подсистем, приведенное выше, не соответствует этому описанию! Тем не менее это привело к некоторым очень простым и понятным идеям, которые заняли центральное место в терапии Хелены. Если причиной по крайней мере части проблем, связанных с психотическими симптомами, является рассо-

гласование между пропозициональным и имплицитным уровнями, которое опосредовано высоким возбуждением, то решение будет заключаться в согласовании их работы. Идеи общей и отдельной реальности, способность удерживать две идеи одновременно, роль состояния возбуждения в опосредовании доступа к более “рациональному” объяснению (как показано выше) — все это непосредственно относится к этой модели. По сути, бытие в мире рассматривается скорее как балансирование, чем как данность. При большинстве проблем с психическим здоровьем этот баланс нарушается, но при психозе он становится опасно дестабилизированным. Осознание необходимости сохранять баланс и исследование эффективных способов его достижения становится центральным элементом терапии. Дж. Тисдейл и соавторы потратили несколько лет на разработку осознанного подхода к достижению этого баланса для лечения депрессии (см. работу [Teasdale et al., 2000], посвященную исследованию применения осознанности для предотвращения рецидивов депрессии). М. Линехан [Linehan, 1993] сделала его центральным в своем подходе диалектико-поведенческой терапии к пограничному расстройству личности², адаптировав для этих целей концепцию осознанности (как это сделали и мы при ведении группы “Голоса” и в индивидуальной работе с Хеленой).

Формулирование случая

Следующее формулирование случая было представлено многопрофильной терапевтической команде, которая боролась с постоянными суицидальными побуждениями Хелены и проблемами, связанными с ее выпиской. Особенно трудно им было справиться с ее постоянными разговорами о голосах и суицидальными побуждениями, и члены терапевтической команды разделилась на тех, кто защищал ее, и тех, кто, по сути, потерял терпение. Наши встречи, включая пять сессий еженедельной терапии, способствовали повышению толерантности и понимания и тем самым объединению усилий команды. В конце концов, я определила основные убеждения Хелены как неприятие самой себя и стыд, подкрепленный пережитым изнасилованием. Это привело ее к предположениям о том, что она заслужила себе право быть зависимой от заботы других людей, а ее выживание зависит от того, что другие люди считают ее достойной своей заботы. Благодаря таким предпо-

²Линехан М. М. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*: Пер. с англ. — М.: ООО “И.Д. Вильямс”, 2008. — 592 с.

ложениям ее роль жены и супружеские отношения выполняли протективную функцию, частично защищая ее от базовых убеждений большую часть жизни, но с потерей этой роли и отношений психотический голос, побуждающий ее убить себя, присоединился к более ранним симптомам депрессии и агорафобии. “Дьявола”, кричащего о том, что она должна убить себя, можно рассматривать как повторное переживание изнасилования, реактивированное имплицитной памятью, в сочетании с криком испуганного ребенка, презрением, ненавистью и насилием со стороны нападавшего, а также “ощущением смысла” — характерного скрытого сверхъестественного чувства, которое заставило ее идентифицировать голос как голос дьявола.

Предположения Хелены о том, что ее выживание зависит от заботы других людей, в сочетании с ужасающими переживаниями, заставили ее отказаться от ответственности за свою безопасность. Поэтому вытекающим из такого формулирования случая целям, которые я предложила терапевтической команде, должно было предшествовать подкрепление ее способности принимать на себя ответственность, что означало толерантность к определенному уровню риска. Я также посоветовала членам терапевтической команды ограничить разговоры о голосах, больше внимания уделять позитивной деятельности, поднимая самооценку пациентки и ее чувство самоэффективности — а это путь вперед. Это имело двойное преимущество, помогая членам терапевтической команды чувствовать себя более полезными, поскольку они вовлекали ее в совместную деятельность, а не выслушивали снова и снова повторяющийся рассказ, который оставлял у них ощущение полной беспомощности.

С тех пор терапевтическая команда успешно помогает Хелене обрести независимость. Так, Хелена получила поддержку своего участия в программе для выздоравливающих пациентов, что позволило ей самостоятельно выходить на улицу и сопротивляться суицидальным побуждениям. Она была этим воодушевлена, и ее перевели в дневной стационар в качестве прелюдии к выписке. Получение приемлемой муниципальной квартиры и начало новых отношений — внешние факторы, которые помогли Хелене смелее смотреть в будущее.

Индивидуальная психотерапия

Индивидуальная психотерапия состояла из разделения формулирования случая на легко понятные части и выполнения практических и имаги-

нативных упражнений. Она должна была повысить способность Хелены бросать вызов устоявшимся убеждениям и привычкам, а также увеличить поток свободной коммуникации между пропозициональной и имплицитной подсистемами. Я провела с ней уже 16 сессий. Работа продолжается, и в отношении этой психотерапии у меня есть четкое ощущение двух шагов вперед и полутора-двух — назад. Тем не менее я поддерживаю связь с ее лечащим врачом и терапевтической командой, и в целом Хелена, похоже, приближается к выписке.

Раскрывая Хелене формулирование ее случая, важно было научить ее различать “чувственное мышление” и “мыслящее мышление”, или, говоря в терминах модели взаимодействующих когнитивных подсистем, доминирование либо имплицитной, либо пропозициональной подсистемы. Борьба с голосами вызвала автоматические мысли о никчемности, суицидальные побуждения, нежелание поднять голову и посмотреть на других людей из-за стыда и переживания своего уродства. Мы проследили, как такой образ мыслей вернул Хелену в прошлое, к стыду вследствие изнасилования и к браку, когда муж постоянно критиковал ее и называл уродливой. В ходе сессии Хелена согласилась с тем, что, например, ее муж не заслуживает доверия, поэтому его мнение не должно на нее влиять; что изнасилование не было ее виной, поэтому ей нечего стыдиться; и что по крайней мере часть ее самой хотела жить в новой квартире, а не умирать. Трудность заключалась в том, что между сессиями ее легко одолевало “чувственное мышление”. Концепция П. Дж. Барнарда о рассогласовании подсистем помогает понять это общее явление при КППТ психозов (да и других состояний). Человек может принять логику оспаривания мыслей или голов во время сессии и спонтанно придумывать хорошие контраргументы, но силу голосов и психотического мышления не так легко исключить из его повседневной жизни. Чтобы справиться с этой проблемой, я записала для Хелены на листах бумаги и на карточках-подсказках все необходимое, чтобы она могла напоминать себе о трудностях, а также делилась этими сведениями со своим лечащим врачом, чтобы другие люди помогли ей не сбиться с пути. Постепенно Хелена смогла более последовательно использовать дыхание, отвлечение внимания и мысли, заставляя себя дистанцироваться от голосов, благодаря чему стала менее суицидальной, и ей больше доверяли в сообществе. Но когда появлялась новая проблема, например увольнение, голоса, как правило, немедленно возвращались.

Как только Хелена научилась правильно дышать и отвлекаться, мы попробовали несколько упражнений на осознанность, чтобы помочь ей оставаться в настоящем. Она обнаружила, что сосредоточение внимания на сложных ручках стереосистемы помогает вернуть ее разум из прошлого, “чувственного мышления”. Ключ от ее новой квартиры напоминал ей о многообещающем будущем. Она также училась называть суждения суждениями, а не фактами [Linehan, 1993], и таким образом отстраняться от стыда и ощущения уродства, которые изолируют ее от других людей. Впрочем, слишком много размышляя о будущем, она думала о том, что все пойдет не так, как это часто случалось в прошлом. Возвращение себя в настоящее через осознанность — хороший способ противодействовать этому притяжению имплицитной подсистемы.

Поскольку терапия продолжается, я не могу сказать больше о результате. Я не уверена, будет ли итоговое оценивание по завершении терапии отражать какой-либо прогресс. В любом случае эта психотерапия была лишь частью усилий целой терапевтической команды, включая сиделок, лечащий персонал и персонал дневного стационара, который Хелена посещает в настоящее время; а вскоре к этому присоединится общественная группа поддержки, когда она будет выписана. Я надеюсь на практический результат с точки зрения относительно стабильного поведения в сообществе, и что любые неудачи и госпитализации, которых следует ожидать в свете истории последних нескольких лет, будут лишь незначительными и краткосрочными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Я пересмотрела этот материал несколько месяцев спустя, и пока новости хорошие. Хелене удастся жить в своей квартире без серьезных кризисов, несмотря на то, что отношения чаще оказывались скорее стрессовыми, чем поддерживающими. Она продемонстрировала способность применять в трудные времена стратегии, которые мы с ней разработали, и, как следствие, мы перешли от посещений раз в одну-две недели к встречам раз в полтора месяца и постепенному завершению психотерапии. Я также поддерживаю связь с ее командой поддержки в сообществе.

Глава 5

РАЗОБЛАЧЕНИЕ “МЫШЕЙ-АГЕНТОВ”

Случай 5 (Кэти): *Пол Мюррей*

В данном клиническом случае использовалась краткосрочная когнитивно-поведенческая интервенция, которая была направлена на достижение понимания и улучшение общей симптоматики при шизофрении. Интервенция состояла из шести структурированных психообразовательных сессий на основе модели КПТ, каждая из которых длилась примерно один час. Описанный случай относится к одной из пациенток, с которой я работал, принимая участие в рандомизированном полевом исследовании, посвященном сравнению эффективности программы Insight into Schizophrenia с обычным лечением [Turkington et al., 2002]. В 1983 г. я получил квалификацию дипломированного психиатрического медбрата в Престоне, графство Ланкашир, после чего работал в отделении неотложной психиатрии и впоследствии в реабилитационных центрах в Хартфордшире, Кливленде, Оксфорде и Саутгемптоне. До того как я пришел работать в компанию Innovex (UK) Ltd., я работал в психиатрическом пансионате реабилитационной службы в Саутгемптоне.

Данный клинический случай представляет собой описание структуры краткосрочной интервенции, хотя вследствие непредсказуемой природы шизофрении придерживаться жесткой структуры невозможно и неуместно. Названия каждой сессии представляют собой соответствующую пометку дня.

КЭТИ

Кэти направил ко мне местный консультант по вопросам занятости, который сказал, что она становится все более изолированной и жалуется на ухудшение симптомов, включая слуховые и зрительные галлюцинации. Это была единственная поддержка сообщества, которую она получала в то время.

Кэти — 42-летняя женщина, у которой в 1978 г. была диагностирована шизофрения. Несмотря на шесть госпитализаций в местное отделение неотложной психиатрической помощи в период с 1975 по 1986 г. и применение ряда лекарственных схем, она оставалась устойчивой к лечению. Было несколько случаев, когда она задумывалась о членовредительстве, но серьезных попыток предпринято не было. В начале интервенции она принимала *оланзапин* 20 мг на ночь и *темазепам* 20 мг на ночь.

Сессия 1: вовлечение и разработка альтернативных объяснений

Первое, что я заметил, войдя в дом Кэти, — это множество живущих у нее кошек. По дому бродили по крайней мере поддюжины кошек разных пород. Когда я начал сессию, кошки начали лазить по мне, пытаясь вырвать ручку из моей руки. Это отвлекало, поэтому я спросил Кэти, можно ли перейти в комнату, где кошки не будут нам мешать. К сожалению, Кэти не могла чувствовать себя комфортно без кошек, поэтому они стали постоянными участниками наших сессий.

Была составлена повестка дня, которая началась с обсуждения ее диагноза, изучения критических инцидентов и согласования списка проблем. Кэти заявила, что много лет назад ей поставили диагноз “шизофрения”, но она не могла припомнить, чтобы кто-нибудь объяснил ей, что это на самом деле означает. Это заболевание ассоциировалось у нее с “жестокими безумцами”, и при этом она не относила его к себе. Когда мы начали изучать литературу, в которой симптомы шизофрении описывались в терминах “трудностей в решении проблем, построении планов и запоминании”, она смогла идентифицировать у себя некоторые из этих симптомов.

Мы начали изучать ее историю, нарисовав временную шкалу и добавив инциденты и воспоминания. Воспоминания о детстве были отрывочными, но она рассказала, что над ней издевались в школе и заставляли сидеть за партой в конце класса, где она не видела доску из-за плохого зрения и не-

желания отца купить ей очки. В детстве по вечерам она становилась очень тревожной. Кэти припомнила, как лежала в постели и ждала возвращения отца в надежде, что он будет в “пьяном сонном настроении”, а не в “пьяном мерзком настроении”, когда избиения были обычным явлением. В 16 лет она решила, что уйти из дома будет лучшим вариантом. Кэти вспомнила, как долго жила в одиночестве в съемной квартире, чувствуя себя несчастной и никому не нужной.

После свадьбы с первым мужчиной, который обратил на нее внимание, Кэти начала описывать цепочку событий, в которую вошли гибель ее мужа, автомобильная авария, авария на мотоцикле, пара ограблений дома и второй муж, ушедший к ее лучшей подруге. Когда мы начали документировать появление у нее новых или ухудшающихся симптомов, Кэти заметила, что они, как правило, приходились на время, когда происходили эти критические инциденты. Кэти подробно описала ряд симптомов, включая слуховые и зрительные галлюцинации, паранойю и нарушение мышления. Однако она определила свою главную проблему как “французских мышшей-агентов” в лакричных шляпах, которые были разработаны ЦРУ для шпионских целей. Они приходили к ней поздно вечером и передавали информацию из ее мозга в ЦРУ. Кэти была в этом уверена на 100%. Я дал ей домашнее задание, которое Кэти поначалу восприняла без энтузиазма, но согласилась взглянуть на литературу о шизофрении и поделиться своими мыслями по поводу того, что там написано.

Сессия 2: разработка альтернативных объяснений и формулирование случая

Сессия началась с проверки домашнего задания. Кэти прочитала брошюры и выяснила, что существует довольно много симптомов шизофрении, о которых она не знала, и отметила, что, возможно, было бы полезно объяснить их ей, когда она впервые заболела. Кошки по-прежнему мешали нам, но Кэти объяснила, что они держат мышшей-агентов подальше от нее в углу комнаты.

Один из пунктов повестки дня состоял в том, чтобы выяснить, были ли у других клиентов симптомы, похожие на симптомы Кэти, и как применить техники нормализации, чтобы ознакомить ее с моделью стрессуязвимости. Именно в этот момент, когда мы связали это с временной шкалой, Кэти заявила, что никогда не думала об этом таким образом, и начала

связывать критические инциденты с появлением симптомов. Однако эта схема не учитывала французских мышей-агентов, поскольку они появились вскоре после того, как ей прописали первый антипсихотик, причем в период относительного спокойствия. Мы с Кэти согласовали мини-формулирование случая, в соответствии с которым она, вероятно, была уязвимой к стрессу, поскольку ее мать попадала в больницу с “нервными расстройствами”, у бабушки были похожие симптомы и большинство ее симптомов проявлялись во время стресса. Однако стало очевидно, что будет трудно развивать это формулирование случая, если не удастся решить проблему с мышами-агентами. В качестве домашнего задания было назначено вести дневник, и она охотно согласилась документировать время, место и мысли, которые у нее возникнут при появлении мышей-агентов.

Сессия 3: управление симптомами

Просмотр дневника, который она вела в качестве домашнего задания, показал, что мыши-агенты всегда появлялись вечером между 22:00 и 23:30. Мыши всегда оставались в углу комнаты. Кэти предположила, что их задерживали кошки. Кроме того, когда появлялись мыши, она часто слышала шепот или механический звук в голове. Мы начали обсуждать, когда она впервые увидела мышей и услышала голоса. Кэти сообщила, что у нее быстро вошло в привычку принимать по вечерам седативные средства, которые ей прописали. Как-то она поднялась в свою спальню, чтобы принять таблетки в 22:00, и спустилась вниз, чтобы выпить последнюю чашку чая и выкурить сигарету. Она вспомнила, как сильно хотела спать, и на несколько секунд ей показалось, что она видит четырех мышей, сидящих в углу комнаты. Она подумала, что если бы эти мыши извлекали информацию из ее разума, то это могло бы объяснить механические звуки в ее голове. Ковер на полу ее комнаты имел узорчатый рисунок, поэтому можно было предположить, что под действием снотворного маленькие фрагменты узора могли показаться мышами. Затем мы попытались разработать альтернативные объяснения, которые могли бы соответствовать тем обстоятельствам. Опираясь на модель стресс-уязвимости и на свою временную шкалу, Кэти согласилась с тем, что стресс играл определенную роль в ее симптомах, хотя все еще была убеждена, что мыши были реальными. Мы исследовали возможность попытаться прикоснуться к мышам в качестве домашнего задания (чего она никогда не пыталась делать). Она немного

волновалась по этому поводу. Я предложил Кэти связаться с ЦРУ и спросить у них, разрабатывали ли они когда-нибудь мышей-агентов. Кэти согласилась и сказала, что попробует. Несколькими неделями ранее я просматривал сайт ЦРУ в Интернете и знал, что там есть адрес электронной почты, поэтому мы пришли к согласию, что попробовать стоит.

Сессия 4: приверженность лечению

Эта сессия обычно посвящается вопросам, связанным с медикаментами, если только клиент не возражает. Однако существуют пациенты, у которых нет проблем с приемом лекарств. Кэти решила, что хотела бы знать, как действуют нейролептики, и это было включено в повестку дня вместе с проверкой домашнего задания.

К счастью, ЦРУ ответило на мое электронное письмо, заявив, что они никогда не разрабатывали подобный проект. (Я присоединил вложение, в котором объяснял, почему спрашиваю об этом, на случай, если они неправильно поймут вопрос.) Кэти обнаружила, что электронное письмо вызвало сомнения в ее первоначальном объяснении. Когда она попыталась в качестве домашнего задания прикоснуться к мышам, они “просто исчезли”. Оценка ее убеждений на этом этапе показала, что она считала, что существует 70-процентная вероятность того, что мыши были реальными, и 30-процентная вероятность того, что они были вызваны симптомами ее болезни.

В качестве основы для понимания того, как могут действовать нейролептики, использовалась дофаминовая гипотеза, и Кэти легко ее поняла. Она вспомнила, что ее симптомы ухудшались в моменты сильного беспокойства, а ее способность к совладанию снижалась, если она не принимала лекарства. Она была довольна своим медикаментозным лечением, за исключением того, что увеличение веса затрудняло выход из дома, потому что она чувствовала себя неловко. Мы договорились, что этот вопрос мы могли бы обсудить на следующей сессии. Было согласовано домашнее задание, и Кэти согласилась попытаться вспомнить неприятные мысли, которые у нее возникали, когда она выходила из дома.

Сессия 5: восприятие себя и других

По мере того как Кэти набирала вес, она дошла до того, что выходила из дома только в том случае, если это было крайне необходимо или неиз-

бежно. Мысли, которые она вспомнила, были о людях, которые смеялись над ней и думали, что она уродлива. Мы выяснили, как развивались некоторые из ее убеждений, и попытались найти альтернативные объяснения того, что люди могут думать о ней и почему они могут смеяться.

ПМ: Как вы думаете, почему эти люди смеются над вами?

К: Потому что я толстая.

ПМ: А что значит быть толстым для человека?

К: Что он ленивый.

ПМ: Что-нибудь еще?

К: Что он уродливый.

ПМ: Вы ленивая?

К: Нет, я много работаю над тем, чтобы в моем доме было хорошо.

ПМ: Значит, все толстые люди ленивые?

К: Нет.

ПМ: Итак, что еще могут подумать люди, когда видят толстую женщину?

К: Что она может быть беременной...

Используя эту технику, мы смогли создать ряд альтернативных объяснений, которые Кэти записала на карточке. Ее домашнее задание состояло в том, чтобы перечитывать эту карточку, когда она испытывала негативные мысли, находясь вне дома. Мы с ней составили рейтинговую шкалу для оценивания эффекта рациональных реакций.

Сессия 6: предотвращение рецидивов

Повестка дня последней сессии была посвящена предотвращению рецидивов. Был составлен всеобъемлющий документ, детализирующий триггеры, ключевые контакты и копинг-механизмы. Кэти обнаружила, что рациональные реакции позволяли ей выходить из дому и проработать периодически накатывающие на нее навязчивые мысли. Она могла, наконец, совершать покупки вместо того, чтобы бежать домой. Женщина была в восторге от этого, и, хотя ее тревожность была оценена как высокая, она смогла решать задачи, которые ставила перед собой.

Чтобы укрепить план предотвращения рецидивов, мы расширили временную шкалу Кэти на будущее, и она попыталась предсказать стрессовые события, которые могут произойти в следующие несколько лет. Самым тревожным событием, которое могла предвидеть Кэти, был ее переезд через три месяца поближе к родителям. Ее симптомы в это время могли усугубиться. Кэти было предложено составить список всех вещей, которые могут пойти не так, и она разработала набор стратегий, которые она применила бы, если бы это произошло. Это включало следующие возможности: “Что, если не приедут грузчики службы переезда?” и “Что делать, если накануне вечером у меня будет сильный приступ?” Она пришла к выводу, что такой план, вероятно, поможет ей меньше беспокоиться и поможет свести к минимуму влияние этого стрессового события на ее жизнь.

В завершение мы оценили эффект интервенции. Вера в то, что причиной ее симптомов были мыши, снизилась до 2 из 10, а вера в альтернативную модель стресс-уязвимости повысилась до 8 из 10. Независимое оценивание через год показало, что значительные слуховые и зрительные галлюцинации все еще сохранялись, хотя мыши больше не появлялись. Переезд прошел без происшествий, и Кэти смогла выходить на улицу со значительно меньшим уровнем тревоги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой главе описывается краткосрочная интервенция с нетрудоспособной пациенткой, имеющей давние симптомы дистресса. Интервенция, основанная преимущественно на формулировании случая с позиции модели стресс-уязвимости, нормализации симптомов и проверки реальности, оказалась весьма приемлемой для пациентки, которая, похоже, получила от нее определенную пользу. Дальнейшая интервенция могла бы привести к большему успеху, но приятно видеть, что даже такая краткосрочная интервенция может производить терапевтический эффект.

Глава 6

УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАЛОГА С ГОЛОСАМИ

Случай 6 (Ники): Дэвид Кингдон

Я впервые узнал о когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), прочитав работу Аарона Т. Бека в качестве психиатра-стажера в конце 1970-х годов. Ранее я читал о ряде психотерапевтических методов, включая недирективную терапию [Rogers, 1977], краткосрочную психодинамическую психотерапию [Malan, 1979] и транзактный анализ [Berne, 1968], и нашел их очень полезными. Однако объяснения А.Т. Бека эмоциональных расстройств и способов работы с ними, казалось, сводили их воедино последовательным и интуитивно весьма привлекательным образом. Я работал над проектом, возглавляемым д-ром Питером Тайрером, по изучению терапевтических стратегий при невротическом расстройстве, включая КПТ [Tyrrer et al., 1988], и адаптировал эти техники для использования при психозах [Kingdon & Turkington, 1991]. В этом подходе главное — понять, как возникают проблемы и в чем их суть. Влиятельными фигурами в этой области были Р. Лэнг [Laing & Esterson, 1970] и Дж. Федрейн [Foudraine, 1971]. Когда я встретил Ники, я применял эти методики уже в течение многих лет, но, тем не менее, ее индивидуальный случай был уникальным и весьма сложным. Контролировать риски, связанные с ее симптомами и переживанием дистресса, было трудно, но в конечном итоге, похоже, нам удалось добиться успеха.

НИКИ

Мы впервые встретились с Ники, когда она лежала в стационаре у коллеги-психиатра. В рамках реорганизации служб забота о ней теперь стала моей обязанностью. Мой коллега выразил обеспокоенность по поводу крайне дистрес-

совых и стойких симптомов Ники — неприятных голосов и депрессии. Она также страдала от выраженных проблем физического здоровья, что затрудняло ее медикаментозное лечение. В свою очередь, это делало весьма затруднительной и работу над имеющимися у нее психическими симптомами.

Ники тогда было 33 года, и ей поставили альтернативный диагноз: сначала депрессивный психоз, а позже, с учетом постоянства голосов, шизодепрессивное заболевание. Впервые эти симптомы появились, когда ей было 25 лет.

Предыстория

Ники родилась в провинциальном городке. Ее раннее детство в целом было счастливым. Однако в 13 лет она приняла чрезмерную дозу лекарств из-за плохого самочувствия. Она “ненавидела школу”, где над ней издевались, прогуливала занятия и бунтовала против своих родителей. Она посещала школу до 16 лет и сдала четыре базовых экзамена. Затем она работала в отеле и на фабрике в течение 11 лет, пока, в конце концов, ей не пришлось бросить работу из-за болезни.

История ее семьи была сложной, но в целом у нее с ней хорошие отношения. Ее отец, которому сейчас за 80, здоров. Хотя Ники считала его очень строгим, властным и религиозным, она, тем не менее, была его любимицей. Ники и ее мать, которой сейчас за 70, хорошо ладили. Она также была в хороших отношениях со своими сестрами (одна младшая и две старшие) и братьями (один старший и один младший). В семейном анамнезе не было психозов, хотя одна тетя несколько раз впадала в депрессию, что потребовало госпитализации.

Ники два раза вступала в серьезные долгосрочные отношения. В первый раз это произошло в возрасте 19 лет и продолжалось два года. Однако эти отношения встретили неодобрение родителей, так что, в конце концов, их пришлось прекратить. Во второй раз — в 23 года с Дэвидом, за которого она вышла замуж. У нее был один аборт в 17 лет, выкидыш в возрасте 24 и 25 лет и одна дочь, который было пять лет, когда мы впервые встретились. Прерывание беременности произошло из-за опасений в отношении неодобрения семьи. Она не обсуждала это с членами семьи и теперь сожалеет о том, что произошло.

Развитие болезни

Ники впадала в депрессию с рождением дочери и через несколько недель после родов обратилась к терапевту, а тот отправил ее на психиатрическое

обследование. Роды были тяжелыми, но беременность была желанной. Однако с самого рождения у Ники развились суицидальные чувства и идеи о своей никчемности, и она даже подумывала о передозировке антидепрессантов. К сожалению, ее мать также серьезно заболела четырьмя месяцами ранее, что лишило ее одного из потенциальных источников поддержки. Ники была озабочена микробами и уборкой. Ее поместили в отделение матери и ребенка, где ей было проведено десять сеансов электросудорожной терапии. В это время она описывала зрительные галлюцинации — тени (расплывчатые враждебные фигуры) и слуховые галлюцинации, говорящие ей, что она плохая. Ники частично выздоровела, но вскоре снова была госпитализирована. Фармакотерапия включала прием карбоната лития (стабилизатор настроения), хломипрамина (антидепрессант) и тириодазина (антипсихотический препарат). В то время она писала: “Я снова очень боюсь микробов. Если я вернусь домой, то снова услышу, как они растут. Я потеряла счет, сколько раз сидела на кухонном полу, наблюдая, как они растут, и слышала голос, который заставлял меня обжечь руку и принять таблетки. Я чувствую, что вышла из-под контроля”.

В последующие годы голоса часто возвращались, хотя на короткое время она была полностью от них свободна. Голоса часто были младенческими. Как правило, они появлялись по вечерам и спрашивали: “Почему?” Они умоляли и плакали, прося ее нанести себе порезы или причинить иной вред. В других случаях голос принадлежал пожилому мужчине, критикующему ее, а иногда голоса могли быть приглушенными или веселыми, когда настроение Ники было хорошим. Возникло предположение, что Ники испытывала вину за прерывание беременности. Иногда она принимала чрезмерную дозу лекарств в ответ на голоса или чтобы остановить их. Иногда ее настроение поднималось, но голоса продолжались; когда она снова впадала в депрессию, они возвращались с прежней силой. У нее также были идеи преследования. Она считала, что люди настроены против нее, хотят от нее избавиться или отправить в больницу. Кроме того, у нее были подозрения, что прохожие и люди в телевизоре смеются над ней. Это серьезно влияло на ее мотивацию и побуждения к действиям.

Лекарства

Ники назначали различные лекарства во все более высоких дозах. Среди них были антидепрессанты (ингибитор моноаминоксидазы, фенилцин и нейролептики, в том числе новые атипичные препараты). К сожалению,

у женщины также были серьезные проблемы с физическим здоровьем: миокардит (воспаление сердечной мышцы) и гепатит (воспаление печени), которые она лечила в специализированном отделении в Лондоне. Причина этих болезней не была обнаружена, хотя вероятность того, что они могли быть связанными с приемом антипсихотических препаратов и антидепрессантов, учитывалась. У нее также развился синдром раздраженного кишечника. Клозапин, препарат, применяемый при резистентном психозе, рассматривался, но не назначался вследствие указанных физических осложнений.

Психологическая интервенция

Изначально работавшие с ней психиатры полагали, что психотерапия, особенно с учетом переживаний Ники по поводу прекращения лечения, противопоказана. Одна запись в ее истории болезни гласит, что этого не следует делать “пока не пройдут шесть месяцев стабильного приема лекарств, при условии, что она будет мотивирована и будет проведено оценивание”. Однако после консультации с психотерапевтом было решено, что такой подход все же заслуживает рассмотрения. Психотерапия в ее случае была начата относительно рано (первоначально применялась динамическая психотерапия). Ники проходила ее в течение нескольких месяцев, но жаловалась, что она настойчиво “ворошит прошлое”, и в конечном итоге после очередной госпитализации терапия была прекращена. Ники и ее мужу была предложена супружеская терапия, но они не согласились. Позже ей предложили психологическую интервенцию на основе КПТ для борьбы с голосами. Она проходила индивидуальную терапию, которую осуществлял получавший супервизию стажер, и “научилась ослаблять голоса, лучше контролируя себя”. Но когда Ники снова попала в больницу, она прекратила эту терапию.

Мы встретились после ее госпитализации — на тот момент она была крайне психотической, расторможенной, с расстройством мышления. На протяжении многих лет лекарства помогали периодически стабилизировать ее симптомы, но у нее продолжались устойчивые и дистрессовые галлюцинации, которые носили враждебный характер (голоса называли ее проституткой и велели причинить себе вред). Она реагировала на них передозировкой лекарств, а иногда и нанесением поверхностных порезов на запястьях.

В течение двух-трех лет я регулярно проводил с ней как со своей амбулаторной пациенткой краткосрочные сессии (редко более 30 мин.). В течение шести месяцев она обсуждала свое понимание голосов и их происхождение. Она рассказала о том, как забеременела и прервала беременность. Ее отец

был потрясен этим и сгоряча выдвинул против нее обвинения, похожие по характеру на содержание голосов. Она страдала от связанного с этим чувства вины и не могла детально обсуждать зачатие ребенка, которое возникло в результате отчасти принудительных отношений с парнем. Она слышала голоса своего неродившегося ребенка (“Кристофера”) и дьявола, а также видела видения, в которых ее сын был похож на своего отца. Она серьезно подумывала о том, чтобы причинить вред мужу и дочери. Голоса приказывали ей утопиться, и она, находясь в палате, попыталась покончить жизнь самоубийством с помощью полиэтиленового пакета, но, к счастью, ее спас медперсонал. К сожалению, хотя поначалу муж ее поддерживал, его роль свелась к тому, что он посоветовал ей взять себя в руки. Он очень скептически относился к ее лечению и сразу предсказывал наихудшие из возможных исходов, как только у нее появлялись симптомы, особенно галлюцинации.

У нее были бред вины за “убийство своего ребенка” и страх проявить любовь к дочери, чтобы другой ребенок не ревновал. На этом этапе ее критика была весьма ограниченной. В соответствии с Законом о психическом здоровье Ники нуждалась в изоляции. Я, как ее психиатр, должен был взять на себя эту ответственность. Однако она осознала, что нездорова, и очевидный конфликт между ролью психотерапевта и ролью психиатра никогда не препятствовал нашим отношениям. Хотя это и влияло на наши отношения, но, скорее, в лучшую сторону.

Ее голоса говорили, что я пытался ее отравить — предположительно из-за лекарства, которое я прописал, — но Ники сказала, что она “им не верит”. Несколько раз она спрашивала, могу ли я читать ее мысли. Мы обсудили, почему она подумала, что это возможно. Может быть, она так полагала потому, что я порой проявлял свою эмпатию или обсуждал с ней то, что говорили ее голоса? Мы пришли к выводу, что я мог бы это делать, распознавая паттерны, которые демонстрировали голоса, и невербальные признаки плохого настроения.

У Ники были визуальные галлюцинации. Она видела кровь, стекающую по стенам, но легко смогла принять то, что это было плодом ее воображения. Можно было бы прибегнуть к проверке реальности, подойдя к стене, чтобы почувствовать ее влажность или вместе поискать кровь, но ее инсайт оказался таким, что в этом не было необходимости.

Работа с голосами включала выработку общего понимания происходящего — обычно на еженедельных обходах палаты в присутствии медсестры и ординатора.

ДК: Как они звучали? Они были похожи на речь — громкую и резкую?

Н: Да.

ДК: Кто-нибудь еще их слышал?

Н: Нет.

ДК: Как вы думаете, почему?

Н.: Потому что это часть моей болезни.

ДК: Хорошо, что они говорят?

Н: Ужасные вещи.

ДК: Как вы думаете, почему они это делают?

Н: Потому что я плохая.

ДК: Так что же вы такого плохого сделали, чтобы так страдать?

Н.: Я плохая мать, я убила своего ребенка.

ДК: Давайте по порядку. Вы действительно плохая мать?

Мы должны были исследовать эту область чутко и объективно. Ники всегда заботилась о своей дочери с нежностью и любовью и делала для нее все, что могла. Завершение диалога выглядело следующим образом.

ДК: Давайте сначала поговорим о том, как вы забеременели.

Мы обсудили, какой она была тогда молодой и ранимой, боящейся последствий.

ДК: Если бы девушка пришла и рассказала вам эту историю, как бы вы отреагировали?

Н: Я бы почувствовала, что просто хочу помочь ей и поддержать ее.

ДК: Вы бы ее винули?

Н: Вовсе нет...

ДК: Так зачем винить себя? И почему вы верите голосам лишь потому, что они так говорят?

Это обсуждение повторялось два-три раза с разных точек зрения, но всегда с целью ослабить самообвинения и научиться оспаривать голоса. По словам Ники, она “начала спорить с голосами, говорящими о самоубийстве”. Она говорила о голосах как о дьяволе: “Я видела его как зверя, похожего на злого дракона”, но “Я знаю, что дьявол — это темная сторона моей личности, из-за которой я склонна к самоубийству”.

Когда ее настроение улучшилось, ей разрешили вернуться домой, но произошло некоторое ухудшение. Она испытывала давление со стороны мужа: “Ты лежала в больнице шесть недель, и тебе не стало лучше”, и это стало причиной ее дистресса. Ники колебалась в течение следующих нескольких месяцев и, наконец, потребовала дальнейшей госпитализации из-за беспокойства по поводу голосов, требующих от нее нанести себе вред. Однако ее понимание голосов улучшалось. Дозировка ее лекарств была высокой, но это приносило особенного эффекта, поэтому она была значительно сокращена. Ники начала обсуждать ключевые вопросы своей жизни. Она приняла решение расстаться со своим мужем, хотя ни он, ни она не хотели уходить из дома.

Она получала поддержку от клинического психолога, к которому ее направили для дальнейшего исследования ключевых личных проблем, и от патронажной психиатрической медсестры. Она также получала существенную поддержку от своей сестры. Ники рассталась с мужем, заключила с ним соглашение о разводе и купила дом. Затем она устроилась на работу — две ночи в неделю в доме престарелых. Она все больше злилась на своего мужа, вплоть до появления кошмаров. Всегда довольно скромная, Ники становилась все более напористой. Затем у нее развилась астма, потребовавшая госпитализации, но она научилась эффективно справляться с ней с помощью лекарств.

Психиатрические лекарства, которые ей назначили, стали нашим предметом обсуждения: хотя прием антидепрессанта имел смысл, она не понимала, зачем ей нужен антипсихотик, несмотря на аргументы о том, что он может снизить вероятность рецидива. Ники отказалась от него, согласившись возобновить прием, если голоса вновь появятся, поскольку в тот период они практически исчезли.

Одинокая жизнь с маленькой дочерью была сопряжена с трудностями, и изоляция была одной из них. Она чувствовала, что “никому не нужна”. Работа вызвала у нее некоторый стресс, поскольку приходилось работать две ночи в неделю, и это нарушало ее сон. Также она вышла на волонтерскую работу, где подверглась публичной несправедливой критике со стороны своего руководителя, что вызвало появление критических голосов. После появления симптомов женщина возобновила прием лекарств, но симптомы оказались довольно стойкими. Голоса говорили ей, что она бесполезна и должна повеситься или отравиться выхлопными газами, а также причинить вред другим. Однако она начала “требовать от голосов, чтобы

они предъявили доказательства”, и это оказалось настолько полезным, что она заявила: “Я справилась с ними. Они меня рассердили”. В этом случае ни голоса, ни муж, как это бывало, к сожалению, раньше, не вызвали срыва. Она начала понимать, что голоса связаны с переживанием увольнения, и смогла обсудить их содержание: “Я не собираюсь их слушаться, я спорю с ними”. Ники научилась оценивать свидетельства справедливости утверждений и рассматривать аргументы против “предположений”, сделанных голосами, которые утверждали, что она — зло и должна причинить себе вред. Женщина понемногу наладила с ними диалог. По мере того как ее страх перед голосами ослабевал, а настроение улучшалось, их содержание становилось менее негативным, а частота и интенсивность снижались.

Ее отношения с бывшим мужем, который продолжал поддерживать контакт с их дочерью, сначала были трудными, но потом улучшились. Изначально ей было трудно разговаривать с другими людьми, но теперь она может быть более непринужденной при знакомстве. Ники завела друзей на работе и теперь работает днем. Мы должны снова встретиться через несколько месяцев, но она уже не нуждается в посещениях медсестры по месту жительства и постепенно избавляется от моей опеки. За последние 18 месяцев она провела в больнице только три дня, в отличие от предыдущих семи лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У Ники были депрессивные симптомы и дистрессовые галлюцинации. Факторы уязвимости включали аборт в подростковом возрасте, а также дистанцирование и трудности в отношениях с родителями. Обострение ее симптомов произошло после родов, и постоянным усугубляющим фактором были критические комментарии со стороны ее мужа. Мы потратили время на то, чтобы понять ее симптомы, работая над негативными утверждениями ее голосов и ее трудностями с самоутверждением. Явная экспозиция убеждений применялась нами с осторожностью — например, утверждение “Голоса говорят, что я плохая мать и что я злая” рассматривалось как гипотеза, а негативное восприятие быстро уравновешивалось в течение сессии посредством направляемого открытия положительных контраргументов. В конце концов, Ники выработала свой собственный и пока успешный способ управлять своими голосами, и теперь они ослабли.

Глава 7

БОРЬБА С ПСИХОЗОМ, ВЫЗВАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИЗОЛЯЦИЕЙ

Случай 7 (Дэмыен): *Дэвид Кингдон*

ДЭМЬЕН

Дэмыен родился в 1970 г. в Саутгемптоне. Его родители развелись, когда ему было 10 лет, и с тех пор он разлучен со своим отцом. У него два старших брата, один из которых из-за неспособности к обучению жил в приюте, а другой служил в армии. У него довольно сложные отношения с матерью и двоюродной бабушкой, которые жили неподалеку. Он описал свои ранние годы как счастливые, хотя к 13 годам уже прогуливал уроки, а в 15 лет был исключен из школы. При этом в возрасте 16 лет он все равно получил три высокие оценки, когда некоторое время жил под присмотром близких в родительском доме. Затем он на несколько месяцев получил временную работу на стройке.

С этого возраста юноша начал злоупотреблять наркотиками, особенно галлюциногенами. В возрасте 16 лет Дэмыен был осужден за кражу со взломом, угон автомобилей, преступления, связанные с наркотиками, и нанесение тяжких телесных повреждений. В возрасте 22 лет он пытался ограбить почтовое отделение, размахивая бутафорским ножом.

Психиатрический анамнез

Когда Дэмьену было 17 лет, дежурный психиатр отделения неотложной помощи нашел у него признаки психоза, но юноша сбежал до того, как были предприняты дальнейшие меры. В 21 год он был госпитализирован, и ему поставили диагноз “шизофрения”. Дэмьен хорошо реагировал на прием медикаментов, но, как сообщается в истории болезни, у него сохранились остаточные негативные симптомы, и вскоре он прекратил лечение. В 25 лет он повторно впал в ярко выраженное психотическое состояние (“гнев, нестабильность”, “внезапные переходы к угрозам, гримасам и неуместному смеху”, “быстрая речь”, “нарушение мышления и своеобразное употребление слов”). Он был помещен в закрытое психиатрическое отделение после того, как напал на двух медсестер, а другой пациент сообщил, что он угрожал и избить своего консультанта.

Было отмечено, что его мать занимала весьма критическую позицию по отношению к нему и тем, кто с ним работал. В конечном итоге он был выписан и определен как подлежащий наблюдению в соответствии с Законом о психическом здоровье. (Этот закон требует от него принимать психиатрическую помощь, но не обязывает его принимать лекарства.) Дэмьен быстро начал снова употреблять амфетамины и заниматься незначительной преступной деятельностью, получая повестки за мелкие кражи. Примерно в это же время он был передан на мое попечение. Его основные проблемы, подтвержденные его матерью, по-видимому, возникли вследствие злоупотребления амфетаминами. Он отказался от дальнейшего приема лекарств (как перорально, так и в виде инъекций), и, несмотря на регулярные посещения его на дому, с ним зачастую было трудно разговаривать, и в целом он был враждебным. Мужчина начал описывать идеи отношения, исходящие от телевидения и других людей. Его поведение становилось все более деструктивным, его паранойя и расстройство мышления стали очевидными. В конце концов он согласился на недолгую добровольную госпитализацию, но затем ушел, и его пришлось вернуть в принудительном порядке.

Прогресс

Дэмьен полагал, что все врачи сговорились против него и пациенты обсуждали его, когда он выходил из комнаты (что в последнем случае было верно, однако не так часто, как он предполагал). Он считал, что палата была армейским подразделением и что там хранятся генетические секреты. Он

делал псевдофилософские заявления, например: “Слова — это проблема, а не чувства”, что могло относиться к его трудностям в общении вследствие расстройства мышления. Он говорил, что был похищен, что, в общем-то, соответствовало действительности, хотя обычно он не использовал такие выражения.

После госпитализации стало очевидно, что амфетамины усложнили его поведение, но не являются этому причиной. Его расстройство мышления не проходило, несмотря на палатный уход. Анализ мочи подтвердил, что он не принимал амфетамины или другие нелегальные вещества. Он принимал лекарства и ему увеличивали дозировку, однако с минимальным влиянием на его расстройство мышления, но с выраженной седацией и акатизией. Постепенно, в течение восьми-девяти месяцев, он стал более стабильным, но еще задолго до того, как его симптомы исчезли, очень хотел выписаться. В конечном итоге решение о выписке было принято в порядке исключения, но с условием, что Дэмьен будет регулярно принимать поддержку одного весьма настойчивого члена терапевтической команды (своего координатора), который прошел обучение в области работы с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, и хорошо с ним ладил.

Амбулаторное лечение

Когда Дэмьен находился на амбулаторном лечении, у него возникали трудности из-за громко работающего телевизора и периодических агрессивных споров с соседями. У него также продолжались постоянные проблемы с полицией из-за мелких краж. Несмотря на то что его дела доходили до судебного рассмотрения, обычно все заканчивалось назначением лечения и испытательного срока. Его расстройство мышления существенно ослабло, и он принимал гораздо меньше лекарств. Мужчина стал толерантным к обсуждению своих проступков, перестал резко обрывать собеседника. Он утверждал, что время от времени употреблял каннабис, но не принимал никаких других нелегальных веществ, за исключением “нескольких случаев”, когда к нему в гости приезжали “друзья”.

Психологическая интервенция

Изначально большая часть предложенной помощи выражалась в мотивационном интервью, посвященном его злоупотреблению психоактивными веществами и соблюдению режима приема лекарств; это происходило

в форме достижения договоренностей, как описали К. Бэрроуклаф и соавторы [Barrowclough et al., 2001]. Пока Дэмьен находился на амбулаторном лечении, успех этого был весьма сомнителен, но все изменилось с госпитализацией, благодаря чему он соблюдал терапевтический режим в течение 18 месяцев, когда снова стал амбулаторным пациентом. В первые дни его расстройство мышления препятствовало коммуникации с ним, а его импульсивность приводила к частому быстрому прекращению дискуссий, но акцент на договоренностях и сотрудничестве постепенно позволил выстроить терапевтический альянс.

Обсуждение его идей бреда отношения и паранойи было сосредоточено на проверке реальности: “Как вы думаете, кто говорит о вас?”; “Ну разве это разумно, что вы просто топали по полу комнаты?”; “Значит, это также происходит, когда вы ходите в магазины?”; “Как вы думаете, почему люди могут так вами интересоваться?”

Изоляция Дэмьена была одной из его ключевых проблем, которая привела к тому, что он был вовлечен в отношения, в которых его использовали для получения денег или жилья, и это оставалось проблемой для нас и его координатора.

Формулирование случая

Первоначально работа была сосредоточена на установлении связи между употреблением нелегальных психоактивных веществ, с одной стороны, и его психическим состоянием и социальными условиями жизни — с другой; затем о важности приема психотропных препаратов и, наконец, об одиночестве и его последствиях. Развитие отношений, основанных на договоренностях, что моделировалось терапевтом и координатором и поддерживалось ими, постепенно сокращало количество случаев, когда Дэмьен бушевал на терапевтических сессиях или не приходил на них.

Продолжалась работа с его матерью, которая очень беспокоилась о нем, но не желала предоставить ему независимость. Эта работа стала включать в себя обсуждение с ней тактики того, как лучше всего ему помочь, после того как мы убедились, что это было и ее намерением. Наше стремление использовать бесконфронтационную, а не конфронтационную позицию, имело некоторый успех, но непоследовательно. В конце концов, нашелся участник терапевтической команды, который мог регулярно проводить с ней время, выявляя ее проблемы и работая с ними, и это оказалось бесценным.

У Дэмьена были ключевые проблемы, связанные с одиночеством и периодической депрессией вследствие “растраты” 10 лет своей жизни. Его социализация происходила весьма медленно и приводила к отношениям, которые скорее вредили ему, чем поддерживали его. За последние пару лет он добился значительного прогресса, но продолжал работать над поддержкой этого улучшения и его развитием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дэменьен демонстрировал серьезные проблемы, связанные с изоляцией, враждебностью и психозом, которые были спровоцированы злоупотреблением амфетаминами на фоне семейного хаоса и развала. Обычная КПТ с регулярными сессиями, обсуждением когнитивной модели, домашними заданиями и тому подобным не представлялась возможной. Однако применение когнитивно-поведенческого подхода к его симптомам и обстоятельствам позволило нам достигать договоренностей, сотрудничать и постепенно понимать и формулировать его психотические симптомы (рис. 7.1), которые ослабли настолько, что он стал принимать поддержку сообщества. Работа с семьей и поддержка его матери были неотъемлемой частью этого процесса.



Рис. 7.1. Осмысление проблем Дэмьена посредством схематического формулирования случая

Глава 8

“ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПСИХОЗ”: ПОДХОД, ОСНОВАННЫЙ НА ФОРМУЛИРОВАНИИ СЛУЧАЯ

*Случай 8 (Сара): Полина Калкотт
и Дуглас Теркингтон*

Д. Кингдон и Д. Теркингтон [Kingdon & Turkington, 1998] выделили четыре терапевтические подгруппы, относящиеся к шизофрении. Они подчеркивают сложную природу феноменологии и поэтому доказывают существование отдельных синдромов в пределах шизофренического спектра. Выделение этих подгрупп не только обеспечивает понимание и нормализацию отдельных симптомов — оно также закладывает основу для когнитивно-поведенческих интервенций. Одна из подгрупп связана с психозом, возникшим после эмоциональной травмы. К. Мойзер и соавторы [Mueser et al., 1998] отметили широкое распространение симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди лиц с тяжелыми психическими заболеваниями — почти 98% таких людей в анамнезе имели психологические травмы, причем 48% из них соответствовали критериям ПТСР. М. Ромм и С. Эшер [Romme & Escher, 1989] обнаружили, что у 70% лиц, слышавших голоса, галлюцинации развиваются после травматического события.

А. Хениг и соавторы [Honig et al., 1998] сравнили форму и содержание хронических слуховых галлюцинаций у респондентов трех когорт (пациенты с шизофренией, пациенты с диссоциативным расстройством, не слышащие голосов лица). Они обнаружили, что у боль-

шинства пациентов имело место либо травматическое событие, либо событие, которое активировало память о травме, предшествовавшей возникновению слуховых галлюцинаций; и что нарушение нормально-го функционирования, вызванное голосами, было связано с реактивацией предыдущей травмы и жестоким обращением. Можно ли рассматривать эмоциональную травму как фактор, который сделал человека уязвимым для стресса и привел к развитию шизофрении, или же она является фактором, который следует рассматривать как отдельный диагноз? Целесообразно разработать такой подход к формулированию случая, который повысит понимание со стороны пациента и в соответствии с когнитивно-поведенческим подходом укрепит сотрудничество и ослабит симптомы.

Во многих исследованиях приводятся доказательства того, что КПТ облегчает симптомы [Kingdon & Turkington, 1991; Tarrrier et al., 1993, 1998; Kuipers et al., 1997], но это еще не было четко продемонстрировано в случае “травматического психоза”. В этой главе описывается единичный случай КПТ и прогресс, достигнутый с использованием когнитивных моделей, описанных в работах [Smucker, 1998] и [Ehlers & Clark, 2000], которые способствовали развитию терапевтического подхода, основанного на формулировании случая.

Прежде чем описывать процесс когнитивной терапии, который мы с д-ром Теркингтоном применили для этого случая, я (П.К.) опишу свой собственный опыт. В середине 1980-х годов я прошла обучение в качестве дипломированной психиатрической медсестры и заинтересовалась поведенческой терапией и терапевтическими отношениями с пациентами. По специальности я работала сначала в дневном отделении для психиатрических больных, а затем старшей медсестрой острого психиатрического отделения. Социальный работник ознакомил меня с книгой Дэвида Бернса [Burns, 1980] *Feeling Good — The New Mood Therapy*³. Используя эту книгу, я в течение нескольких сессий работала с одним депрессивным пациентом, применяя описанные техники, и мы с ним читали эту книгу вместе. Позже я стала проводить аудиозаписи своих сессий с клиентами в учебной клинике когнитивной терапии, что предшествовало моему курсу когнитивной терапии в Ньюкасле. Во время прохождения этого курса я работала психиатрической медсестрой в службе первичной медицинской помощи, наблю-

³Бернс Д. *Терапия настроения*. — М.: Альпина Паблишер, 2019. — Примеч. пер.

дая в основном пациентов с тревожным расстройством или депрессией. Таким образом, мое обучение проходило по А.Т. Беку, с упором на интенсивную супервизию и академические этапы [Beck et al., 1967]. По окончании курса в 1997 г. я работала клиническим координатором в общественном центре психического здоровья, где смогла применить некоторые навыки, полученные при лечении пациентов с диагнозом “шизофрения”. Первоначально я использовала подход, основанный на формулировании случая, применяя его к депрессии и тревоге как вспомогательный, имеющий отношение лишь к отдельным проблемам и симптомам. Впоследствии я включила в него нормализующее обоснование, способствующее пониманию КПТ при психозах, которое было основано на работе Д. Кингдона и Д. Теркингтона [Kingdon & Turkington, 1998]. В течение последнего года, работая в Центре когнитивной терапии Ньюкасла, я продолжала получать супервизию своей работы с психозами в качестве клинического психолога. Я расширила свои знания и опыт работы с КПТ при ПТСР благодаря ряду клиентов, имеющих различные профили симптомов, связанных с этим расстройством.

САРА

Сара — 45-летняя женщина с шестилетней историей психоза и двенадцатью госпитализациями в Эдинбурге и Ньюкасле. Ее госпитализировали по поводу острых психотических эпизодов, последний из которых произошел в январе 2001 г. Ее лечение включало трифлуоперазин в дозировке 4 мг дважды в день и проциклидин в дозировке 5 мг дважды в день, регулярные амбулаторные приемы и посещения патронажной медсестры раз в две недели.

Сара переехала из Эдинбурга в мае 2000 г., чтобы жить со своим 28-летним сыном в муниципальном доме. Она сбежала из города, в котором ее склонный к насилию бывший муж работал таксистом. Она оставила мать и брата в Эдинбурге и, хотя поддерживала с ними регулярные телефонные контакты, не возвращалась туда с момента переезда. У нее был сын от первого брака, который она описывала как счастливый, хотя они “поженились слишком рано” (обоим было по 17 лет).

Когда я начала встречаться с Сарой, она описывала высокий уровень ежедневного дистресса. Она слышала голоса, ежедневно, иногда до пятнадцат-

цати раз в день, говорящие: “Я убью тебя” и “Я найду тебя”. Она рассказала, что у нее были катастрофические образы сцен насилия, которые могли произойти, например, когда ее сын подвергается нападению со стороны бывшего мужа, или реальных случаев, когда во время словесной перепалки с третьим собеседником у нее перед глазами всплывало лицо бывшего мужа. С этими образами у нее ассоциировалась тревога, что “это могло случиться”, и уверенность в том, что бывший муж все еще преследует ее. Ее обычной копинг-стратегией было отвлечение и попытка оттолкнуть мысль или образ. Это привело к постоянной настороженности, поиску потенциальных опасностей, а также к высокому напряжению и пугливым реакциям.

Чрезмерная руминация приводила к появлению ярких образов возможных случаев насилия. В соответствии с ними бывший муж исполнял угрозы, которые он высказывал ее сыну или другим членам семьи; эти образы стали весьма наглядными и очень ее тревожили. Если отвлечение внимания и подавление тревожных мыслей или образов не помогало (а это случалось часто), Сара не могла заснуть, а вследствие бессонницы у нее развилась генерализованная паранойя и другие психотические симптомы, что приводило к госпитализации.

Первой целью работы с Сарой было выработать общее понимание ее симптомов. Ее физическую и эмоциональную реакцию на голоса можно было объяснить в рамках системы “мышление — поведение — эмоции” и телесных ощущений. Катастрофическая оценка Сарой навязчивых голосов или образов часто сводилась к фразам: “Он хочет меня достать” или “Я снова схожу с ума”. Более двенадцати сессий мы работали над ее первоначальной оценкой этих явлений. Сара была госпитализирована незадолго до начала терапии, и мы начали рассматривать гипотезу о том, что ее оценка симптомов как признака безумия только усиливала возбуждение и поддерживала цикл симптомов.

С самого начала Сара была в состоянии понимать свои паттерны, но опасалась вносить в них какие-либо изменения вследствие своего объяснимого страха перед срывом и повторной госпитализацией. Нам повезло в том, что Сара поддерживала хорошие связи с терапевтической командой больницы, и хотя ее паранойя в прошлом распространялась и на лечащий персонал, в настоящее время она рассматривала его как полезную подстраховку, на которую можно было бы опереться, если психоз вернется. Исходя из этого, мы использовали модель стресс-уязвимости для развития пони-

мания того, как возник первый психотический эпизод. Это крайне важно для выработки общего формулирования случая, основанного на антецедентах психоза.

Я попросила Сару подробно описать события, приведшие к ее первому психотическому эпизоду. Выяснилось, что она лежала в постели после того, как во время падения сломала себе пару ребер. Она приняла обезболивающее и думала о своем сыне, беспокоясь, что ему угрожал ее бывший муж. Кроме того, у нее было бессонница, что могло повысить ее уязвимость [Oswald, 1974]. У ее бывшего мужа был постоянный конфликт с соседями, который в то время достиг пика. Сара слышала бормотание угрожающих голосов и подумала, что скрипит открывающаяся дверь.

Таким образом, мы смогли найти первоначальный триггер психотических явлений. Физиологическое возбуждение, вызванное страхом перед происходящим в сочетании с продолжающимся стрессом, закрепило симптомы. Нормализующее обоснование объясняет симптомы и делает их понятными в свете жизненного опыта, что позволило Саре понять, почему она заболела именно тогда. Примеры психозов, возникающих в результате физического и психического стресса, помогли объяснить этот процесс. Управление симптомами сначала было сосредоточено на понимании того, что могло поддерживать и закреплять голоса и другие симптомы, а затем на исследовании того, какие текущие стратегии полезны, а какие могут поддерживать симптомы.

Обычно у Сары наблюдалось 3–5 случаев появления голосов или образов в день. Ее попросили оценить уровень своего дистресса, связанного с мыслями или образами, по шкале 1–10. Мы не акцентировали внимание на содержании голосов, поскольку в прошлом это обычно было связано с угрозами со стороны ее мужа. Диаграммы (рис. 8.1) показывают связь между эмоциями и голосами, которая отслеживалась посредством ежедневных записей в дневнике. Наблюдаются пики страха, паранойи и подавленности, а временами нарастали голоса. Период с 16 по 23 мая был особенно трудным для Сары, поскольку была очевидна связь между усилением голосов, паранойей и страхом. Мы посвятили отдельную сессию тому, чтобы оспорить мысли Сары о голосах, усиливая ее логические убеждения. Вышло следующее утверждение: «Хотя логика подсказывает мне, что он вряд ли последует за мной в Ньюкасл, я все еще убеждена, что он это сделает».

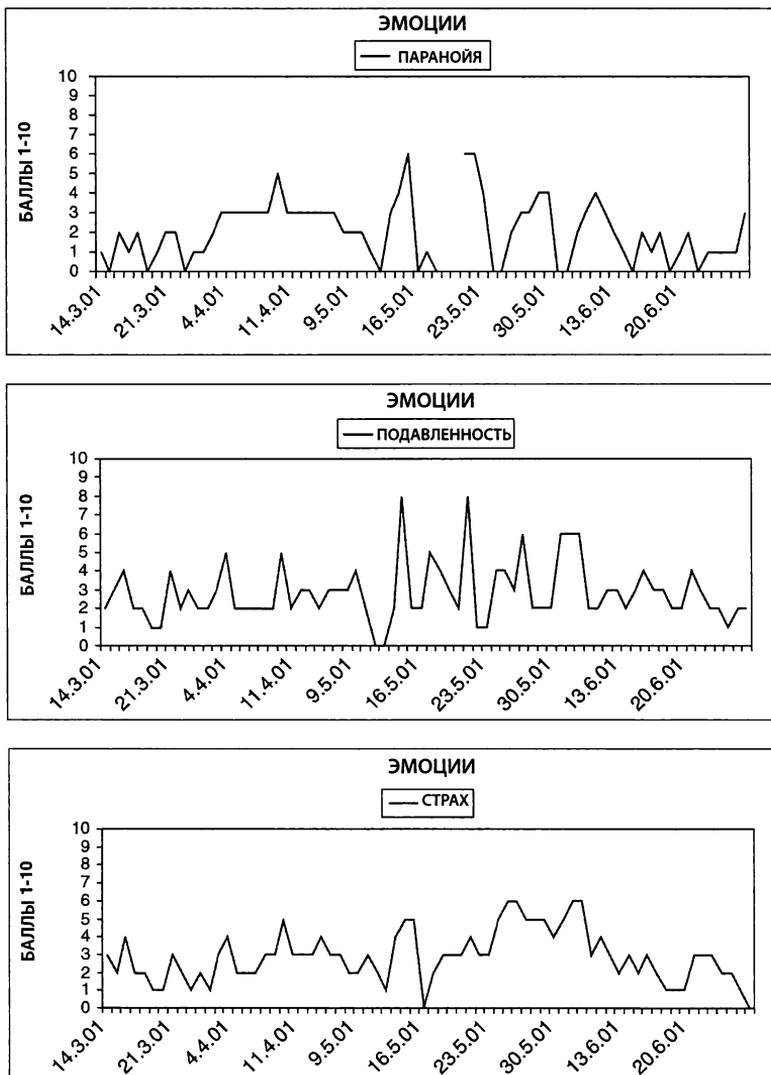


Рис. 8.1. Диаграммы эмоций и голосов

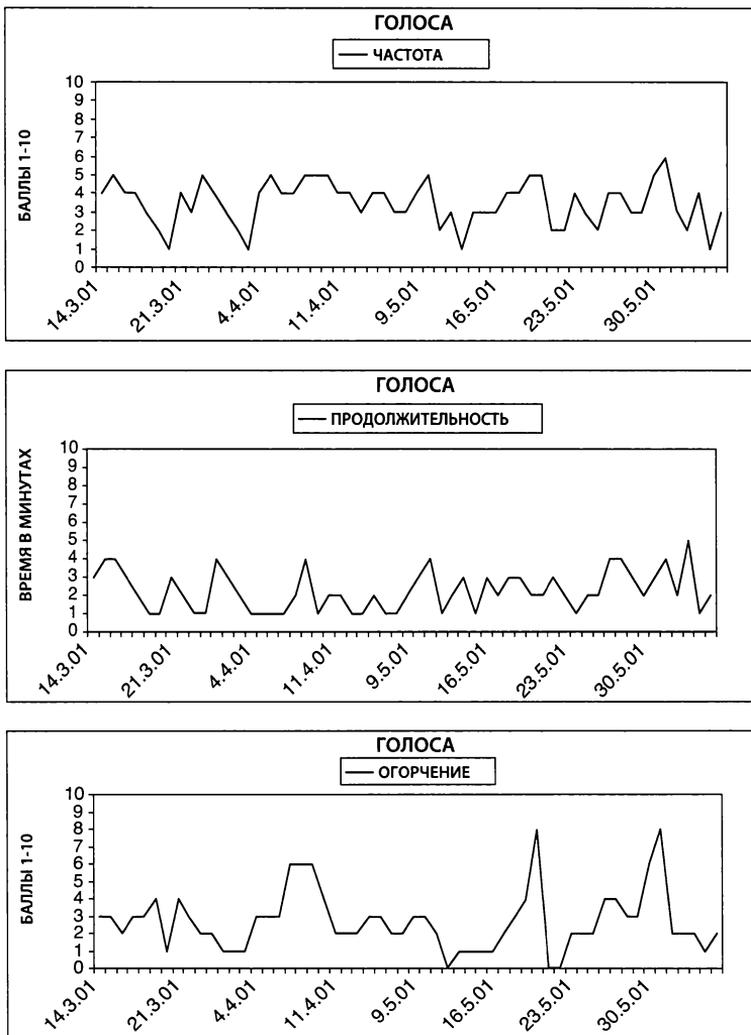


Рис. 8.1. Диаграммы эмоций и голосов (продолжение)

Мы начали проверку гипотезы о том, что симптомы Сары можно объяснить на основе модели посттравматического стресса. Первоначальные оценки показали, что Сара получила высокие баллы по списку посттравматических симптомов. Помимо голоса своего обидчика, у нее были навязчивые образы травмирующих прошлых событий, например, когда ее бывший муж нападал на нее или ее сына, или, чаще, когда он угрожал сделать это. Эти образы не всегда были реальными событиями, но зачастую были столь яркими, что казались реальными.

Иногда помогало отвлечение и избегание. Сара была занята общением с друзьями, вязанием и тому подобным, часто ложилась в постель или избегала выходить на улицу во время сильного дистресса. Она перестала рассказывать своему сыну о прошлом, хотя он хотел этого, поскольку пытался примириться с трудным периодом своей жизни. Вскоре стало очевидно, что избегание социальных контактов было основано на негативном опыте покидания дома и страхе спровоцировать симптомы. Один из примеров — ситуация, когда она увидела на улице человека в пальто, похожем на пальто ее бывшего мужа. Это привело к усилению тревоги и появлению угрожающих голосов, приписываемых внешнему источнику. Если рассуждения были неэффективными, возникали катастрофические мысли и образы о том, что могло бы случиться, если бы появился ее бывший муж.

Сара приняла объяснение, что ее сверхбдительность и обостренная реакция испуга могут привести к тому, что она будет замечать и, возможно, неверно истолковывать сигналы из своего окружения. Хороший пример — то, как она поднимала глаза и думала, что заметила в зеркале отражение своего бывшего мужа позади себя. Она не попыталась опровергнуть увиденное, позволив ему вместо этого развиться в своем воображении как чрезвычайно пугающему восприятию. Поэтому попытки не думать о мыслях, образах и голосах имели минимальный эффект и даже могли повысить вероятность их повторения. Сара смогла понять, как самоограничение и избегание закрепляют симптомы. Модель хронического посттравматического стрессового расстройства, предложенная А. Элерсом и Д. Кларком [*Ehlers & Clark, 2000*], определяет три поддерживающих фактора: чрезмерно негативные оценки травмы; природа травмы (объясняющая повторное переживание симптомов); оценки пациента, определяющие дисфункциональное поведение и когнитивные стратегии (такие как подавление мыслей, руминация, отвлечение). Они предназначены для снижения чувства непосредственной угрозы, но сохраняют проблему, предотвращая изменения травматических воспоминаний и их оценок, что приводит к усилению симптомов.

Было проведено различие между поведением, которое, по мнению Сары, поддерживало ее стабильность (например, прием лекарств, контакт с больничными службами), и тем поведением, которое поддерживало ее симптомы (например, жизненная рутина, отказ от поездок и социальная изоляция в случае стресса). Сара заявила, что опора на логику в ситуациях, когда начинают проявляться голоса, дает ей “внутреннюю силу”, чтобы подавить симптомы тревоги в зародыше. Однако это не всегда срабатывало. Чтобы проверить гипотезу о том, что избегание поддерживает симптомы, мы пришли к тому, что, если во время сессии Сара сможет более подробно рассказать о возникающих у нее голосах, образах и мыслях, это ослабит связанный с ними страх. Это соответствует когнитивно-поведенческому обоснованию лечения ПТСР, основанному на принципах габитуации [Richards & Lovell, 1999]. Со страхом следует бороться посредством экспозиции (найдя в себе силы столкнуться с ним лицом к лицу), что приводит к габитуации.

А. Элерс и Д. Кларк [Ehlers & Clark, 2000] описали три терапевтические цели. Во-первых, выявление и изменение личных негативных оценок. Терапевтические техники в этом случае включают повторное переживание события для выявления эмоциональных “горячих точек” и связанных с ними значений, сократические вопросы, поведенческие эксперименты и модификацию образов. Во-вторых, посредством повторного имагинального переживания очищаются воспоминания об эмоциональной травме, и пациент учится отличать триггеры повторного переживания симптомов от того, что на самом деле происходило во время травмирующего события. В-третьих, пациента побуждают отказаться от поведения и когнитивных стратегий, которые поддерживают его симптомы. Терапия включает в себя соотнесение прошлых и воображаемых событий от первого лица и выстраивание деталей по мере дальнейшего прогресса, чтобы раскрыть смысл событий и габитуировать страх, вызванный мыслями о них. Была сделана аудиозапись этих сессий, и Сару попросили прослушивать ее между сессиями, используя субъективные оценки дистресса, чтобы отслеживать свои переживания при детализации произошедшего. Во время последующих сессий исследовались описанные в дневнике случаи и отмечались допущенные искажения. Например, Сару попросили исследовать образ ее бывшего мужа в зеркале, отказавшись от обычной стратегии вытеснения этого образа из головы, что приводило к обычным последствиям в виде страха его возвращения. Сару попросили рассмотреть этот образ и подробно описать его. Она смогла увидеть искажения в образе. Головы

не было, одно лишь искаженное лицо. Иначе говоря, это был бестелесный образ головы, а не реальный образ ее бывшего мужа. С осознанием этого страх рассеялся, и вместо того, чтобы избегать зеркал и окон в темноте, Сара смогла продолжать свои обычные дела.

Следующая стратегия — сопротивления избеганию — была применена к голосам и связанным с ними катастрофическим мыслям. Когда Сара позволила им высказаться, а затем стала сопротивляться любой самокритике или попыткам назвать себя “тупой” из-за того, что она слышит голоса, значение самого факта наличия голосов изменилось. Развивая наше формулирование случая, мы смогли определить, что вследствие многих лет наполненного насилия брака у Сары доминировало следующее условное предположение: “Чтобы выжить, я должна сохранять контроль”. Воздействие дополнительного стресса в результате ссор с соседями и физическое недомогание вследствие сломанных ребер стали последней каплей, и Сара больше не контролировала ситуацию. Развился паттерн, который закрепил это отсутствие контроля. Диагноз психоза, поставленный Саре, еще больше снизил ее уверенность в собственных способностях контролировать симптомы и укрепил их.

Однако помощь, полученная Сарой со стороны психиатрических служб, дала ей основу для работы с тем, что ее пугало. Она знала, что всегда сможет обратиться за госпитализацией, если подробный разговор о ее страхах усилит степень дистресса. Занимая вопросительную позицию (“Давайте отойдем в сторону и посмотрим, что произойдет”) вместо того, чтобы пытаться сохранять контроль, выталкивая мысли и образы, Сара смогла проверить предположение: “Чтобы выжить, я должна сохранять контроль”.

Недавно Сара была повторно госпитализирована, что объясняется с позиций формулирования ее случая. Причинные триггеры (ее сын привел свою девушку в ее квартиру и вмешался в ссору соседа) вернули воспоминания о случаях насилия. В день госпитализации Сара увидела на улице машину, похожую на автомобиль ее бывшего мужа. Она увидела сидящего в ней человека, который что-то записывал. Хотя она пыталась сопротивляться искушению лучше рассмотреть этого человека, Сара не могла от него оторваться. Снова послышались голоса, которые она оказалась не в состоянии обозначить как беспокойство, смешанное с негативной оценкой себя: “Я снова схожу с ума, это никогда не прекратится”. Повышенное физиологическое возбуждение привело к ухудшению ее на-

строения, и, как следствие, Сара приняла чрезмерную дозу проциклидина и трифлуоперазина. Она обратилась в местную службу неотложной психиатрической помощи и была госпитализирована.

Передозировка проциклидином привела Сару в состояние спутанного сознания. Впоследствии она стыдилась своего поведения в больнице, где ее приходилось удерживать и применять медикаментозное лечение, поскольку она обыскивала все шкафчики и пыталась устроиться на работу в больничные магазины. Этап спутанного сознания сменился паранойей. Она с облегчением узнала о последствиях передозировки проциклидина и поняла, каким образом катастрофическое мышление о повторении навязчивых мыслей и образов в виде “голосов” (что означало признаки безумия) привело ее к желанию покончить с собой. Сейчас мы работаем над гипотезой о том, что эта катастрофическая оценка навязчивой мысли как “голоса” и могла привести ее к диагнозу серьезного психического заболевания, которое ограничивает ее чувство контроля над своей жизнью. Период паранойи и спутанного сознания после передозировки проциклидином привел к увеличению приема антипсихотических препаратов, а также к добавлению антидепрессантов. Это затрудняет проверку гипотезы о том, что психоз является лишь ярлыком, но отнюдь ей не противоречит, поскольку лекарства обеспечивают “буферизацию” в стрессовые моменты. Однако тут мы вернулись к той же отправной точке, с которой начиналась наша первая сессия. Это означает необходимость разработки для Сары индивидуального формулирования случая, которое имело бы для нее смысл и позволяло ей обращаться в психиатрические службы, поддерживающие ее новую оценку своих симптомов.

Профили симптомов

- Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitude Scale — DAS [Weissman & Beck, 1978]). Полученные в марте 88 баллов по этой шкале означали, что данный показатель находится ниже уровня клинической депрессии. При ретесте в июле баллы существенно не изменились. Более выраженной оказалась потребность в одобрении и любви, что могло быть связано с воздействием на Сару травмирующих отношений или ее склонности к развитию таких отношений.
- Шкала влияния событий (Impact of Events Scale [Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979]). С марта по июль наблюдались изменения в профиле

событий, которые происходили все реже, а то и вовсе не происходили. Основные сдвиги по шкале из 15 пунктов указали на ослабление симптомов ПТСР и стратегий избегания.

- Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory [Beck & Greer, 1987]). В начале лечения оценки Сары соответствовали 32 баллам, в июле — 14 баллам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторы, обосновывающие КПТ, основанную на формулировании случая, включают доказательства тематических связей между ранними психосоциальными стрессорами и содержанием психотических симптомов [Raune, Kuipers & Bebbington, 1999]. Точно так же содержание психотических симптомов и процесс их развития (а не просто факт их существования) кажутся решающими для понимания пациента. Формулирование индивидуального случая облегчает взаимодействие, направляет интервенцию и восстанавливает терапевтический альянс [Moorhead & Turkington, 2000]. Действительно, недавно было высказано мнение, что до тех пор, пока психотерапевт не сможет показать четкую связь между личным опытом, схемой и возникновением психотических симптомов, точность формулирования случая сомнительна [Brabban & Turkington, 2001]. Для того чтобы произошли изменения, необходимо понять содержание психотических симптомов, а также выяснить, как они развивались и закреплялись. Если такое понимание будет достигнуто, пациент примет более активное участие в процессе изменений и с меньшей вероятностью станет винить себя в своих проблемах.

Модели КПТ эмоциональной травмы (см., например, [Smucker, 1999]) послужили для Сары полезной основой. Формулирование случая, касающегося стресс-уязвимости как фактора развития психоза, потребовало определенного времени и настолько заинтересовала пациентку, что она пошла на риск. Регулирование темпа сессий, что позволило уделять больше времени экспозиции травмы, предотвращало избегание. КПТ (как дополнение к другим подходам). Сотрудничество и простые поведенческие эксперименты изменили симптоматику Сары, а профили симптомов в ходе психотерапии позволили пациентке увидеть, каких успехов она добилась.

Глава 9

КОММУНИКАЦИЯ С РОДИТЕЛЯМИ

Случай 9 (Кэрол): *Рональд Сиддл*

Когда я окончил школу в 15 лет и успешно сдал экзамены, подруга уговорила меня подать заявление в местную психиатрическую больницу на работу в качестве санитара. После двух лет работы в различных отделениях я начал учиться на медбрата; подав заявку на прохождение сокращенного курса, я смог пройти обучение примерно за полтора года. Вернувшись вскоре в психиатрическую больницу, я проработал около года в качестве медбрата, прежде чем получить должность старшего медбрата. Когда меня перевели на палатную работу, я старался делать для пациентов все, что только мог. К сожалению, работе с шизофренией отнюдь не способствовал формализм, затруднявший психологическую работу. Конечно, в то время (1980-е годы), хотя и существовали некоторые свидетельства эффективных терапевтических стратегий, я о них не знал и в любом случае пытался влиять на ситуацию лишь на дилетантском уровне. Идеальным местом работы в психиатрической больнице были палаты для “легких” пациентов, куда, в конце концов, меня и перевели. Хотя таким пациентам необходимо руководство, они страдают от менее хронических расстройств, и в работе с ними я пытался развивать свои навыки консультирования. В то время я даже не слышал о КПТ, но уже посетил несколько коротких (неаккредитованных) курсов консультирования и пытался помочь своим пациентам. Я стал жертвой клинической системы, которую, как мне казалось, испортили кумовство и менеджеры, поэтому покинул ее.

Я начал работать в отделении клинической психологии в качестве медбрата — специалиста по поведенческой терапии. Мое первоначальное обучение проходило у клинических психологов и поведенческих терапевтов.

Основное внимание они уделяли проблемному поведению и особенно обучению лечащего персонала работе по устранению проблемного поведения у пациентов, находящихся на длительном лечении. Меня фрустрировали эти манипуляции с лечащим персоналом и пациентами, и я хотел заниматься чем-то более весомым и осязаемым. Я также осознал важность осмысленности своих действий и решил, что мне нужно больше узнать о когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Нашему отделению повезло: два клинических психолога проходили подготовку в качестве супервизоров в Центре когнитивной терапии в Ньюкасле, и они помогли мне освоить КПТ. Затем я прошел сертифицированный курс теории и практики консультирования, чтобы убедиться, что мои межличностные навыки были адекватными. Я сначала не хотел быть консультантом, поскольку не верил, что пациенты обладают врожденной способностью решать свои собственные проблемы. Кроме того, я был уверен, что нужен опыт и обучение, чтобы бросать вызов мыслям и убеждениям других людей. Как следствие, я едва не провалил курс, прислав на супервизию аудиозапись сессии, в которой делал гораздо больше, чем просто рефлексировал и резюмировал. Я убедил свое руководство, что мне следует попробовать пройти курс КПТ в Ньюкасле, и оно согласилось, полагая (как мне кажется), что меня никогда не примут.

Меня приняли на этот курс, и моим руководителем был назначен Дуглас Теркингтон. Хотя мы и не обсуждали шизофрению, но хорошо ладили, и мне понравился курс, хотя учебные дни были долгими. Одновременно я проходил курс по детской психологии в Открытом университете, что было полезно, хотя и усиливало стресс от нагрузки.

После необходимого периода супервизированной практики я подал заявку и получил аккредитацию. В течение этого периода я сначала работал в общественной группе охраны психического здоровья, а затем в проекте по исследованию шизофрении. Это было рандомизированное клиническое исследование, финансируемое фондом Wellcome [*Sensky et al., 2000*]. Все это время меня супервизировали Дуглас Теркингтон и клинический психолог, который также принимал участие в этом исследовании. Я поддерживал свой интерес к работе с непсихотическими пациентами, проводя по одной сессии в неделю в общественном центре психического здоровья, давшем мне рекомендацию для участия в исследовании.

Когда исследование, финансируемое фондом Wellcome, подходило к концу, я поехал на конференцию в Маастрихт, где познакомился с Джилл Хэддок, одной из обладательниц исследовательских грантов фон-

да SoCRATES [Lewis et al., in press]. Она спросила меня, не хочу ли я работать над исследованием применения КПТ на ранних этапах шизофрении. Я воспринял это как возможность улучшить свои навыки и получить докторскую степень, поэтому согласился переехать на юг (в Манчестер). Когда я прошел собеседование, мне предложили более высокую должность, чем та, на которую я подавал аппликационную форму; я с трудом поверил своей удаче. Это произошло потому, что меня попросили взять на себя управленческие и контролирующие функции в дополнение к терапии. Эти расширенные роли предоставили мне дополнительные возможности для приобретения новых навыков и развития уже имеющихся. Это было напряженное, но плодотворное время.

Когда исследование SoCRATES подходило к концу, я начал искать новую работу. Краткосрочные контракты на университетскую работу были несколько стрессовыми, а я стремился к стабильности. Чтобы не выпрашивать отдельный кабинет для приема и быть полноценным сотрудником отделения, я подавал заявки в больницы, в которых зарекомендовал себя во время исследования SoCRATES, и мне посчастливилось найти должность в отделе клинической психологии в качестве специалиста по КПТ. Мои обязанности состоят в том, чтобы проводить три сессии в неделю с пациентами первичной медико-санитарной помощи двух отделений. Один рабочий день посвящен исследованиям, а остальное время я трачу на клиническую работу, специализируясь на психическом здоровье взрослых пациентов. Хотя эти пациенты страдают от различных проблем, многие из тех, кто попадает в мой список, имеют диагноз шизофрении или других психотических заболеваний.

КЭРОЛ

Кэрол была направлена в психологическую службу своим психиатром. В сопроводительном письме говорилось о женщине с диагнозом “шизофрения”, которая слышала голоса своей матери и отца, разговаривавших с ней. Кэрол полагала, что голоса, которые она слышала, на самом деле принадлежали ее родителям, хотя ее отец умер. Психиатр начала оспаривать эти идеи, однако пришла к выводу о том, что более уместной была бы КПТ. В частности, психиатр надеялась, что Кэрол научится совладанию со своими голосами. Психиатр описал Кэрол как способную к терапевтическим инсайтам и сохранную личность.

Сессия 1

Целью первой сессии было вовлечь Кэрол в совместное исследование ее проблем. Основное внимание уделялось составлению четкого списка проблем с точки зрения Кэрол, а не исчерпывающему списку симптомов. Я хотел прояснить и при необходимости очертить терапевтические цели Кэрол. Часто у пациентов возникает желание заставить голоса исчезнуть, хотя это маловероятно, поскольку голоса, как достоверно установлено, являются атрибуциями собственных мыслей, принимающими вид внешне воспринятых. Учитывая, что КПТ, как и любая другая психотерапия, не ставит себе целью устранить когниции, лучше попытаться сместить атрибуцию голосов с “коммуникации с родителями”, как в случае с Кэрол, на “игры разума” или какое-то подобное объяснение.

Кэрол сообщила, что впервые она услышала голоса, когда ей было 13 лет. Они продолжали беспокоить ее в течение четырех-пяти лет, прекратили на время свое существование, но появились вновь четыре или пять лет назад. С тех пор голоса стали ее беспокоить, и она сообщила, что вследствие этого впала в сильную депрессию.

После нескольких релевантных демографических вопросов было подтверждено, что у Кэрол шизофрения (и ее этот диагноз не пугает), и ей были прописаны следующие лекарства: зуклопентиксол — 200 мг внутримышечно еженедельно; трифлуоперазин — 20 мг дважды в день; хлорпромазин — при необходимости.

Кэрол сообщила, что ее лекарства были эффективны, поскольку помогали ей успокоиться и способствовали тому, что голоса ослабевали. Примерно в то время, когда Кэрол должна были перейти на депонированные антипсихотические препараты, она сообщила, что ее голоса стали усиливаться, а потом ослабели. В прошлом она уже находилась на стационарном лечении, у нее было девять сиблингов, а у отца, как полагала Кэрол, был маниакально-депрессивный психоз.

Кэрол полагала, что, если бы у нее не было голосов, она была бы менее подавленной, и жизнь была бы намного лучше. Мы исследовали ее голоса. Мужской голос, казалось, доносился из-за ее спины, очень близко от головы, но не из нее. Он был нормальной громкости, но мог кричать и говорил на литературном английском с аристократическим акцентом. Обычно этот голос слышался за час-два до сна. Он пытался ее контролировать, приказывал ей причинить себе самоповреждения, и Кэрол иногда подчинялась

ему. Сначала Кэрол подумала, что этот голос был духом, хотя ее текущая причинная атрибуция заключалась в том, что это был результат химического дисбаланса.

На этом этапе вследствие опасений по поводу безопасности и четкого указания на то, что Кэрол была бы менее подавлена, если б голоса ее не беспокоили, было решено попытаться посеять сомнения в их достоверности, а также попытаться усилить ее навыки совладания. Для начала был предложен экспериментальный подход, в соответствии с которым ей позволялось причинить себе некоторый вред, хотя и безопасным способом. Так, в качестве домашнего задания она должна была попытаться раздавить в ладони два кубика льда, когда соблазн причинить себе вред был велик. Это удовлетворило бы ее потребность причинить себе вред и при этом не нанесло никакого ущерба.

Галлюцинации обсуждались с точки зрения фактов. С целью нормализации были приведены примеры, помогающие Кэрол понять, что другие люди тоже иногда слышат голоса, и что у любого человека могут развиваться такие симптомы, если он подвергнется достаточно сильному стрессу. Как копинг-стратегия была предложена субвокализация, поскольку она помогает сместить атрибуции с “реального восприятия” на “игры разума”. Объясняя это, мы сделали небольшое отступление, посвященное различиям между когнитивной обработкой “сверху вниз” и “снизу вверх”. Необходимость такого краткого курса основ когнитивной психологии состоит в том, что, осознав влияние ожиданий на последующее восприятие (реальное и иное), она сможет понять, что ее мозг склонен к ошибкам, особенно в состоянии стресса.

Во время обсуждения природы своих проблем Кэрол рассказала об одном особенно травматическом событии, которое она связывала с возобновлением голосов. Десятью годами ранее, когда Кэрол жила в Индии, у нее были значительные супружеские проблемы. Она рассталась со своим мужем, но он вернулся в их дом и похитил детей. С этого момента Кэрол стали беспокоить голоса. Смысл вопроса о моменте появления ее симптомов среди серии вопросов о природе голосов заключался в надежде, что Кэрол осознает, что именно явное стрессовое событие вызвало появление голосов. На этот факт позже можно будет ссылаться, работая над изменением атрибуции появления голосов.

По моему мнению, Кэрол была умной, красноречивой и психологически искусенной. Поэтому, учитывая ее опасную реакцию на голоса, хотя

обычно это не делается так быстро во время терапии, я решил потратить немного времени первой сессии, чтобы постараться вызвать у нее сомнения в достоверности голосов. Я попытался суммировать то, что мы с ней обсуждали, и, обобщая информацию о голосах, призвал ее сделать небольшое направляемое открытие. Оно должно было повисить вероятность того, что Кэрол начнет сомневаться в достоверности голосов и, таким образом, не будет реагировать на них самодеструктивным образом. Я спросил Кэрол, сколько раз за последние годы ей угрожали голоса. Она ответила, что более 500 раз. Я спросил, причиняли ли ей голоса непосредственный вред. Кэрол осознала, что, несмотря на такое количество угроз, не было ни одного случая реального вреда от голосов, кроме ее собственных действий по их указанию. Я спросил, как меняются ее симптомы при приеме лекарств, и мы подытожили это таким образом: голоса лекарствами не устраняются, но, безусловно, появляются чаще, если их не принимать. Я объяснил Кэрол, что в условиях стресса, а иногда и без него человеческий мозг совершает ошибки. Она была проинформирована о данных исследований, в соответствии с которыми при стрессе слышать голоса — это нормально, и я напомнил, что ее голоса начались в период острого стресса. Стараясь “ковать железо, пока горячо”, я спросил Кэрол, думает ли она, что другие люди смогут услышать ее голоса. Она заметила, что другие люди, похоже, не реагируют так, будто они слышат ее голоса, и согласилась выполнить домашнее задание, заключающееся в попытке сделать аудиозапись голосов, когда в следующий раз они будут ее беспокоить. Другие домашние эксперименты, которые должна была выполнить Кэрол, заключались в напевании песен Боба Марли, когда голоса усиливались, и попытках раздавить в ладони два кубика льда, если она чувствовала побуждение причинить себе вред.

Кэрол нашла сессию полезной. В обычных условиях было бы неразумно задавать так много домашних экспериментов, но она была заинтересована и понимала обоснование каждого из них.

Сессия 2

Кэрол сочла домашнее задание полезным. В воскресенье после первой сессии ее голоса усилились, и она была уверена, что они достаточно громкие, чтобы можно было сделать их аудиозапись. Когда она не слышала их на аудиозаписи, то сначала испугалась, что сходит с ума, но потом поняла, что они вряд ли могли появиться. Это помогло ей сместить каузальную

атрибуцию так, что она стала на 100% убедилась: голоса исходят из ее разума (хотя ранее говорила, что только на 30% уверена, что виноват ее разум).

Эксперимент с кубиками льда тоже прошел удачно. Когда в воскресенье голоса были сильными, она взяла два кубика льда и раздавила их в ладони. Это было болезненно, и она взяла еще два кубика льда и повторила это снова. Такая кризисная интервенция смогла предотвратить причинение себе существенного вреда. В воскресенье Кэрол применила субвокализацию вместо своей обычной стратегии — кричать в ответ на голоса. Поскольку она была равнодушна к творчеству Боба Марли, напевание его песен служило отвлекающим фактором, а также позволяло перебивать голоса. Когда голоса были на пике, субвокализация не помогала, но когда они становились менее интенсивными, субвокализация ослабляла их на 70%. Кэрол была воодушевлена пользой экспериментов.

Основываясь на этих копинг-стратегиях, в ходе сессии мы составили список рациональных реакций. Они были разработаны, чтобы помочь Кэрол изменить атрибуцию голосов, когда те ее беспокоили. Карточка рациональных реакций, которую Кэрол записала и должна была постоянно иметь при себе, приведена на рис. 9.1.

*На аудиозаписи голоса отсутствовали.
Субвокализация речи помогает мне предотвратить
нанесение себе самоповреждений.
Кубики льда в ладони помогают мне.
Я могла и должна была сопротивляться
голосам в прошлом.
Несмотря на годы угроз и побуждения меня
к самоповреждениям,
эти голоса не нанесли мне реального вреда.*

Рис. 9.1. Карточка рациональных реакций Кэрол

В ходе выработки рациональных реакций обсуждалась возможная схожесть ее мыслей с содержанием голосов. Кэрол добавила некоторые подробности в отношении первого появления голосов. Впервые он услышала голоса в 13 лет. В то время она жила со своей матерью, которая, по ее мнению, хотела убить ее, утопив в ванне. Затем эти голоса исчезли, когда она встретила своего мужа и вышла замуж, и вернулись, когда он похитил их детей.

Чтобы убедиться, что основная проблема, с которой столкнулась Кэрол, была полностью исследована, мы провели когнитивное оценивание

голосов на основе полуструктурированного интервью, разработанного П. Чедвиком и М. Берчвудом [*Chadwick & Birchwood, 1994*].

Во время этого оценивания Кэрол рассказала, что она обычно слышала два голоса, и иногда голос незнакомца. В этих голосах упоминалось ее имя, и она их объясняла внешними факторами. Эти атрибуты проистекали из содержания голосов. Голос отца заверял ее, что он все еще любит ее и что ей не следует бояться матери; при этом голос ее матери был чрезвычайно критичным. Голос матери обычно говорил следующее: “Надо было утопить ее при рождении”, “Она никчемная” и т.п. Голос матери также советовал Кэрол нанести себе порезы на запястья и положить конец длительным отношениям, которые у нее сложились с Полом, новым партнером. Кэрол сказала, что, если мы полностью избавимся от голоса ее матери, то она сможет не обращать внимания на голос своего отца. Появлению голосов обычно предшествовала подготовка ко сну. Когда они появлялись, Кэрол либо успокаивалась, если это был голос ее отца, либо мучилась, если это был голос матери. Обычно она волновалась и нервничала, поправляя одежду и ерзая. Хотя она пыталась не обращать внимания на голоса и заставить их замолчать, в целом ей это не удавалось. Кэрол в конечном итоге все менее прислушивалась к голосам, потому что не только полагала, что она не обязана делать то, что они ей говорят, но и потому, что не хотела желать этого. Кэрол считала голоса могущественными. Они мешали ей делать некоторые вещи, например принимать ванну, и пытались причинить ей вред, вызывая у нее страдания.

Домашнее задание для второй сессии состояло в том, чтобы взять домой карточку рациональных реакций и перечитывать ее перед сном, когда заговорят голоса. Ей также было предложено проверить идею, сформулированную при выработке рациональных реакций, — что содержание голосов во многих случаях похоже на ее собственные мысли. Кэрол ожидала большого сходства между своими мыслями и содержанием голосов.

Кэрол нашла сессию полезной и, в частности, поняла, что ее мысли могут иметь прямое отношение к ее голосам. Несмотря на обсуждение некоторых болезненных случаев из ее жизни, Кэрол не считала, что наши разговоры провоцируют тревогу, и очень хотела продолжить терапию.

Сессия 3

Подытоживая свое домашнее задание, назначенное на второй сессии, Кэрол обнаружила, что в 75% дневниковых записей имело место сходство

между содержанием голосов и ее собственными мыслями. Даже в 25% случаев, когда прямого сходства не было, Кэрол смогла увидеть, что это было связано с различиями в тематике, а не во мнениях. Это подтверждало мысль о том, что именно ее разум делал это с ней, а не какой-то внешний человек, независимо от того, насколько реально звучали голоса.

Кэрол также нашла полезными рациональные реакции. Она сделала себе две копии карточки рациональных реакций, чтобы держать одну в сумочке, а другую в спальне. Она перечитывала карточки, когда была обеспокоена тем, что голоса угрожали причинить ей вред, и обнаружила, что наиболее полезным было напоминание, что голоса никогда не причиняли ей реального вреда, несмотря на множество угроз.

Кэрол рассказала, что, начиная со второй сессии, она делала разные вещи, которые обычно не делала. Это включало плавание и встречи с друзьями. Вдохновленная успехами Кэрол решила попытаться избавиться от части своего “эмоционального багажа” и в конечном итоге приняла решение развестись с мужем.

Чтобы попытаться улучшить понимание Кэрол своих симптомов и по ходу этого помочь ей увидеть дополнительные преимущества приема лекарств (хотя бы как средства снижения стресса), была обсуждена модель стресс-уязвимости. Если бы Кэрол поняла, что многие люди испытывают галлюцинации, подвергаясь достаточно сильному стрессу (а она, конечно, осознавала, что подвергалась стрессу), можно было надеяться, что она поверит: голоса — это ошибка ее разума, а не указания родителей, передаваемые каким-то неизвестным способом.

По просьбе Кэрол, мы сделали аудиозапись рациональных реакций, на которой голос терапевта подчеркивал утверждения и добавлял некоторую дополнительную информацию. Кэрол была очень рада получить эту аудиозапись и отредактировать ее, добавив отрывки из своих любимых песен Боба Марли, поскольку получала одновременно рациональные реакции, субвокализацию и, конечно, немного развлечения и удовольствия. В ходе этой сессии Кэрол заметила, что при приеме ванны она испытывала особенно сильную тревогу, поскольку голоса становились невыносимыми. Ее попросили прихватить с собой в ванную комнату диктофон и, вместо того чтобы принимать ванну второпях, испытывая тревогу, прослушать аудиозапись и расслабиться. Предвидя, что это будет трудным, мы предупредили ее о том, что даже если это покажется невозможным, ей следует напомнить себе о рациональных реакциях и оставаться в ванной комнате,

чтобы доказать себе, что она может сопротивляться голосам даже в столь трудной ситуации.

Сессия 4

С момента нашей первой встречи прошло четыре недели. Кэрол сообщила о своем физическом недомогании из-за абсцесса, хотя ее голоса стали намного слабее, что она в основном приписывала домашним заданиям. Она пыталась принимать ванну, слушая аудиозапись рациональных реакций и музыку Боба Марли. Был только один голос, который выкрикивал ее имя, и ничего больше. Она безуспешно пыталась вызвать голоса, что помогло ей почувствовать, что она в какой-то мере контролирует их.

Поскольку Кэрол чувствовала себя намного лучше, она не очень хотела продолжать терапию. Мы согласились посвятить оставшиеся четыре сессии обсуждению стратегий, позволяющих поддерживать благополучие. Мы обсудили план поддержки благополучия, малый кризисный план и основной кризисный план.

Как поддерживать благополучие

Во-первых, я расспросил Кэрол о симптомах, которые она чувствовала до того, как появлялись голоса. Был обсужден список типичных симптомов раннего предупреждения, и Кэрол определила 19 из них, предшествовавших слуховым галлюцинациям, которые были для нее столь неприятными. Она также определила, что из этих 19 симптомов в данный момент имеет место только один.

Я попросил Кэрол изложить те аспекты КПТ, которые оказались для нее наиболее полезными. Она отметила кубики льда в ладони, попытку сделать аудиозапись голосов и напевание мелодий Боба Марли. Был разработан план поддержки благополучия, чтобы помочь ей свести к минимуму вероятность дальнейших рецидивов. Этот план заключался в том, чтобы убедить Кэрол продолжать принимать лекарства и посещать врача. Ей следует поддерживать активность, переключаясь между важными задачами, которые дадут ей ощущение успеха, и задачами, которые доставят ей некоторое удовольствие. Кэрол пришла к выводу, что ей, возможно, необходимо минимизировать свои стрессоры, в том числе избегать людей, которые, как она полагала, могут ее расстроить. Мы обсудили необходимость контролировать симптомы раннего предупреждения, и Кэрол согласилась за-

ниматься “самотерапией” раз в две недели. Во время сессий “самотерапии” Кэрол должна была отслеживать свои ранние предупреждающие симптомы и анализировать, что произошло в течение двух недель, задавая себе вопросы, которые она могла бы услышать от меня. Я составил для Кэрол контрольный перечень ранних предупреждающих симптомов, поэтому ей просто нужно было его проверить, чтобы увидеть, не появились ли какие-либо симптомы в течение прошедших двух недель. Кэрол согласилась делиться подробностями своего терапевтического плана со специалистами по психическому здоровью, которые участвовали в ее лечении.

Малый кризисный план

Если бы Кэрол заметила, что в ее контрольном перечне ранних предупреждающих симптомов сделано несколько отметок за две недели, или если бы к ней вернулись устойчивые галлюцинации, она должна была следовать этому малому кризисному плану.

Первый пункт в этом плане: убедиться, что она выполняет требования плана поддержки благополучия. Если все необходимые действия были предприняты, Кэрол должна была рассмотреть возможность употребления хлопромазина, который психиатр рекомендовал ей принимать при необходимости. Кэрол также должна была применить когнитивно-поведенческие техники, которые она сочла для себя полезными. Она считала, что получает пользу от прослушивания аудиозаписи рациональных реакций; напевая, когда ее начинают беспокоить голоса; раздавливая кубики льда в своей ладони, если голоса расстроят ее до такой степени, что она захочет причинить себе вред. Что касается ее расписания дел, то Кэрол согласилась с тем, что, если она переживет небольшой кризис, для нее будет полезно увеличить количество приятных занятий, а не поддаваться естественной склонности к их сокращению. Кэрол также подумала, что ей будет полезно поговорить с кем-нибудь о своих проблемах, а не держать их в секрете.

Основной кризисный план

На тот случай, если бы у Кэрол значительно увеличилось количество ранних предупреждающих симптомов или обсуждавшиеся ранее стратегии оказались безуспешными в течение недели, у Кэрол был основной кризисный план. Он включал проверку того, что были предприняты действия, предусмотренные в малом кризисном плане. Также было решено,

что на этом этапе может потребоваться помощь специалиста. Кэрол согласилась в первую очередь связаться со своим лечащим врачом. На случай, если бы это было невозможным, у нее был список людей, знающих о ее трудностях, с которыми она могла связаться. Тем временем, чтобы усилить сомнения в достоверности голосов, Кэрол попыталась снова сделать их аудиозапись.

Кэрол согласилась следовать этим планам, и ей была назначена следующая сессия (через месяц после предыдущей).

Сессия 5

За прошедший месяц Кэрол несколько раз слышала голоса, но редко. Ее атрибуты изменились, и она сообщила, что стала намного более расслабленной. Даже когда были слышны голоса, Кэрол могла противостоять им и принимать ванну. Ей было приятно, что она выдержала свои голоса, и ее дискомфорт не был столь сильным, чтобы вынудить ее прибегнуть к лекарствам. Когда она просматривала свой контрольный перечень ранних предупреждающих симптомов, то отметила несколько из них, но смогла с легкостью с ними справиться, и поделилась своими планами с друзьями и специалистами по психическому здоровью.

По завершении этой сессии Кэрол предпочла не посещать дополнительные приемы, но была рада, что я пообещал хранить ее записи в течение 18 месяцев на случай, если в будущем ее постигнет неудача, с которой она не сможет справиться.

Девять месяцев спустя лечащий врач Кэрол попросил меня возобновить мое участие. Кэрол испытала рецидив психотических симптомов, с которыми она не смогла справиться самостоятельно.

Сессия 6

Мать Кэрол неожиданно умерла, и голоса стали ужасными. Хотя они приказывали ей причинить себе вред, она удержалась от нанесения себе порезов. Другие изменения в лечении Кэрол включали смену лекарств. С момента нашей первой встречи, когда она принимала хлорпромазин, трифлуоперазин и клопентиксол, назначения изменилось. Впоследствии ей прописали амисульприд, а затем rispидон. Хотя Кэрол не принимала никаких противосудорожных препаратов на момент начала терапии, в последующие месяцы некоторые из них были ей прописаны. Впоследствии

антиконвульсанты также были изменены, и Кэрол “необъяснимым образом” начала просыпаться ночью в мокрой постели. Ее это очень смутило, и она начала пытаться избегать сна, чтобы свести к минимуму недержание мочи. Воспроизводились ситуации, описанные в исследованиях 1970-х годов, посвященных связи депривации сна и галлюцинаций, и я сочувствовал Кэрол. Она начала понимать, что, возможно, ее недержание мочи было вызвано эпилепсией, хотя ей также следует пройти обследование у терапевта на случай возможной инфекции мочевыводящих путей.

По просьбе Кэрол мы рассмотрели некоторые свидетельства, относящиеся к голосам, которые обсуждались нами ранее во время терапии. Недавно она снова безуспешно пыталась делать аудиозапись голосов и продолжала сопротивляться им с помощью кубиков льда, когда они приказывали ей причинить себе вред. Кэрол продолжала использовать субвокализацию как средство ослабления голосов.

В конце сессии Кэрол была на 50% уверена, что голоса были продуктом ее собственного разума. Хотя эта уверенность была ниже, чем на четвертой и пятой сессиях, это было улучшением по сравнению с шестой сессией.

Кэрол согласилась обратиться к своему лечащему врачу и возобновить следование кризисному плану. В частности, она очень хотела снова начать слушать свои записи Боба Марли. Она забрала аудиозапись сессии и по возвращении домой очень хотела еще раз прослушать то, что мы обсуждали.

Сессия 7

При последующем наблюдении Кэрол сообщила, что ее голоса полностью исчезли, как и симптомы тревоги, и к ней вернулось чувство юмора. Недержание мочи, которое так беспокоило ее, было приписано побочному эффекту рисперидона, поэтому она возобновила прием хлорпромазина. Недержание мочи исчезло немедленно.

Кэрол купила диктофон и, регулярно прослушивая аудиозаписи сессий и рациональных реакций, вернулась к своим занятиям. Кэрол возобновила плавание, регулярно играла в сквош и занималась волонтерской работой. Она стремилась избежать последующих сессий КПТ, которые должны проводиться с интервалом в шесть месяцев. Я заверил Кэрол, что при желании она может провести сессию по телефону, отменить ее или перенести на другое время.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Этот случай касается умной и красноречивой женщины, которая в детстве перенесла ряд тяжелых переживаний. Эти переживания повлияли на ее представления о себе, и в стрессовой ситуации она слышала критикующие ее голоса, которые говорили о ней то же самое, что она думала о себе. Терапия была краткосрочной и направленной на оспаривание атрибуций испытываемых ею слуховых галлюцинаций. Несмотря на быстрое ослабление симптомов, Кэрол испытала рецидив, возможно, вследствие изменений в назначении принимаемых медикаментов, хотя, без сомнения, и усугубленный смертью ее матери. Также следует признать, что я как ее когнитивно-поведенческий терапевт вряд ли был осведомлен обо всех факторах, влияющих на ситуацию своей пациентки. Так, была диагностирована и пролечена эпилепсия, и произошли значительные изменения в назначении медикаментов. То, что были сохранены записи Кэрол и “спланирован” рецидив, помогло ей вернуться на путь выздоровления раньше, чем это могло бы случиться в противном случае.

Я ознакомил Кэрол с этим описанием ее клинического случая, чтобы убедиться, что она дает информированное согласие на его публикацию. Кроме того, я считал, что это поможет ей понять, о чем думал терапевт, проводя с ней КПТ. Ей было полезно прочитать описание своего клинического случая, и она была рада осознать, что правильно его поняла. Кэрол нашла особенно полезными моменты, касающиеся свидетельств реальности ее голосов, а также обсуждение интервенции посредством кубиков льда. У нее не было никаких сомнений в отношении публикации своего клинического случая, поскольку из соображений конфиденциальности в нем были изменены биографические данные, которые не имели особого отношения к делу.

Глава 10

ДВА СЛУЧАЯ ПАРАНОИИ

Случаи 10 (Мэри) и 11 (Карен): *Ник Магуайр*

Я учился на клинического психолога в Саутгемптонском университете, получив квалификацию в 1999 г. Во время обучения меня особенно заинтересовало лечение психоза с использованием когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которое я осваивал под супервизией профессора Пола Чедвика. Моя дипломная работа продолжала эту тему, что воплотилось, во-первых, в теоретической статье, описывающей когнитивные и эволюционные аспекты паранойи, и, во-вторых, в теоретическом и клиническом исследовании двух различных форм паранойяльного мышления.

В настоящее время я работаю психологом в местной больнице, занимаясь лицами с серьезными и стойкими проблемами психического здоровья (т.е. психозами и расстройствами личности), опираясь в своей деятельности преимущественно на КПТ, хотя недавно прошел курс диалектико-поведенческой терапии для более специализированной работы с расстройствами личности. В настоящее время я занимаюсь расширением когнитивно-поведенческой модели для лечения бездомных и лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью. Этот проект находится на стадии оценивания, и вскоре должны появиться некоторые результаты.

В двух представленных здесь клинических случаях применялась КПТ. Они также интересны тем, что представляют только один психотический симптом (паранойю), отражая паранойяльное мышление при отсутствии диагноза психоза. Паранойяльные идеации обычно связаны с диагнозами психотических расстройств, например паранойяльной шизофренией. Действительно, паранойя считается одним из основных симптомов таких расстройств как в DSM-IV [APA, 1993], так и в МКБ-10 [WHO, 1990]. Тем

не менее имеется ряд эмпирических исследований, которые помещают паранойю в континуум неклинических популяций [Fenigstein, 1996, 1997]. Кроме того, другая позиция, подтвержденная эмпирическими исследованиями, указывает на то, что полезно рассматривать психотические симптомы паранойи, голоса и бредовые убеждения сами по себе, а не как индикаторы более широкого синдрома (см., например, [Bentall, 1990; Chadwick & Trower, 1996]).

Паранойя и бред: процесс и продукт

Рассуждая о психотических симптомах с точки зрения психологии, полезно провести различие между паранойяльным мышлением (которое характеризуется особыми когнитивными искажениями) и бредовыми идеями. Первое можно рассматривать как перцептивный процесс, включающий в себя внимание к стимулам, которые имеют индивидуальное значение как угрожающие. Бредовые убеждения рассматриваются как объяснительные гипотезы, разработанные человеком для объяснения странных восприятий. Такая концептуализация развивает идеи Б. Махера [Maher, 1988] и подчеркивает эволюционное использование когнитивных искажений, таких как избирательное абстрагирование, которые связаны с паранойей [Gilbert, 1998]. Таким образом, паранойя — это когнитивный процесс постоянного внимания к угрожающим стимулам, а бредовые убеждения — продукт этого постоянного внимания. В обоих описанных здесь клинических случаях работа осуществлялась в соответствии с этой простой моделью, описывающей связь между паранойей и бредом. Следовательно, лечение было когнитивно-поведенческим.

Обе пациентки получили диагнозы, связанные с паранойей и бредом. Однако паранойяльное мышление было единственной *явной* психотической манифестацией, поскольку можно спорить о том, были ли их убеждения бредовыми. Убеждения, сформированные для объяснения паранойяльных представлений, хотя и предполагали некоторую степень недоброжелательности, не противоречили культурным допущениям, т.е. были мыслимыми. Оба клинических случая иллюстрируют утилитарность описанного выше различия, которое позволяет концептуализировать перцептивные аномалии и поддерживающие факторы в терминах избирательного абстрагирования и объясняет особенности восприятия. Кроме того, оба сформулированных случая основывались на базовых, или схематических, убеждениях с точки зрения этиологии восприятия.

Таким образом, эти два клинических случая позволяют выделить несколько интересных концептуальных моментов. Первый — как уже говорилось, наличие паранойи (с точки зрения когнитивных процессов) при отсутствии других психотических симптомов. Второй связанный с этим момент иллюстрирует трудности определения “бредовых” убеждений. Как будет показано, убеждения, сформированные этими двумя пациентками, не только имели смысл с точки зрения их конкретного жизненного опыта, но и были правдоподобными. Этому посвящены публикации, оспаривающие разрыв между “нормальными” и “бредовыми” убеждениями. Работа здесь идет в двух направлениях: исследование бредового мышления в нормальной популяции [*Peters, Joseph & Garety, 1999; Verdoux et al., 1998*] и критика самого конструкта бредового мышления в психотических популяциях [*Peralta & Cuesta, 1998*]. Третий момент касается лечения. Оба случая иллюстрируют важность “метакогниций”, т.е. способности рефлексировать свое собственное мышление, что более подробно будет обсуждаться применительно к самим случаям.

Оба клинических случая были обезличены в отношении имен и подробностей.

МЭРИ

Мэри — 62-летняя женщина, второй раз замужем. Ее направил на лечение консультирующий психиатр, поскольку Мэри считала, что муж изменяет ей и собирается выгнать ее из дома. Это вызывало у нее сильное беспокойство и создавало напряжение в их отношениях, потому что она порой впадала в гнев и оскорбляла его. Хотя эти убеждения могли быть вполне обоснованными, психиатр и патронажные медсестры полагали, что это не так, поэтому ими были проведены интервью с Мэри и ее мужем.

Был поднят вопрос о состоянии ее памяти, поскольку возникло подозрение о раннем начале деменции. Однако никаких свидетельств деменции обнаружено не было, кроме убежденности мужа в том, что Мэри стала немного более забывчивой.

На момент обследования ее лечение включало сульпирид, снижающий уровень тревожности и паранойи. Она регулярно приходила на амбулаторные приемы к консультирующему психиатру, а также получала еженедельную поддержку со стороны патронажных психиатрических медсестер.

Первоначальное оценивание

Первые три сессии были посвящены сбору информации о восприятии Мэри своего положения и точке зрения ее мужа. Первые две сессии были проведены с Мэри наедине, а третья — вместе с мужем. Мэри выглядела элегантно одетой пожилой женщиной приятного спокойного вида. Она хорошо говорила и выражалась довольно четко. У нее было твердое представление о проблемах, с которыми она столкнулась, и Мэри описывала их без видимых затруднений.

Жизненный опыт и прошлое

У Мэри было трудное детство. Родители постоянно ее игнорировали, отец был алкоголиком, а мать эмоционально холодной. Когда она была маленькой, у ее матери, по-видимому, был роман. Мэри рассказала, что ее отправили жить с тетками перед тем, как ей исполнилось восемь лет. Они явно не хотели этого и отправили ее обратно к матери. Затем она рассказала, что в детстве брала на себя многие домашние дела. Когда примерно в это время ее родители развелись, мать проводила с ней большую часть времени в переездах в поисках работы и жилья. В результате Мэри выросла, опасаясь незащищенности и уязвимости.

Мэри ушла из дома в 17 лет, чтобы выйти замуж за своего первого мужа. Пока они были женаты, у него было несколько романов, он физически и эмоционально оскорблял ее, был финансово безответственным, снова заставляя ее чувствовать себя уязвимой и незащищенной. К концу их брака он заболел депрессивным расстройством, и на некоторое время был госпитализирован в психиатрическую клинику. Она рассталась со своим первым мужем, когда ей было 48 лет, а через пять лет встретила со вторым мужем. Она описывала этого человека как временами довольно деспотичного, но чрезвычайно заботливого и любящего.

Становление проблемы

Трудности Мэри начались примерно за год до ее обращения в психиатрическую службу. Сначала она нарисовала довольно запутанную картину, в которой участвовали ее муж и его дочь от первого брака. Одно время ей казалось, что муж собирается выселить ее из купленного им дома, в котором они жили. В данный момент она больше не была в этом убежде-

на так сильно, как раньше, но была уверена, что ее падчерица выгонит ее из дома после смерти своего отца. По ее словам, это объяснялось тем, что его дочь была возмущена тем, что отец женился снова после смерти своей первой жены (ее матери). Мэри подслушала несколько разговоров, которые, казалось, подтверждали это, особенно с учетом комментариев ее падчерицы и некоторой путаницы в отношении того, упоминается ли ее имя в документах на дом. По словам ее мужа, этим занимался адвокат в присутствии Мэри, и не было обнаружено никаких нарушений или недоразумений. Он, похоже, приложил немало усилий, чтобы Мэри чувствовала себя в безопасности в их браке, но его усилия и ее недоверчивость. Оставшись наедине, Мэри сообщила также о своем подозрении, что муж ей изменяет. Особую тревогу вызвали у нее звонки на его мобильный телефон, которые прекратились, когда она однажды ответила, и необъяснимое исчезновение денег из ее кошелька. Она предположила, что это муж взял деньги, чтобы потратить их на свою любовницу.

Сульпирид несколько снизил общий аффект, связанный с ее убеждениями, хотя иногда они все еще достигали своего пика, что приводило к неприятным ссорам между Мэри и ее мужем. Однако на степень ее уверенности в своих убеждениях лекарства не повлияли, и она оставалась высокой, составляя около 80–90%.

Формулирование случая

При первоначальном формулировании случая было важно допустить возможность того, что многие опасения Мэри относительно ее мужа действительно могут быть правдой. С течением времени мнения специалистов по психическому здоровью относительно того, могут ли эти убеждения быть правдой или нет, менялись. Конечно, у мужа Мэри был несколько конфронтационный стиль поведения, а сама Мэри и специалисты по психическому здоровью описывали его как контролирующего. Однако становилось все более очевидным, особенно во время совместных оценочных сессий, что муж Мэри прилагал большие усилия, чтобы развеять ее опасения, и, похоже, оказывал ей значительную поддержку.

С точки зрения предрасполагающих факторов на Мэри оказали влияние ранний опыт уязвимости и отсутствие безопасного, стабильного дома. В худших сценариях Мэри представляла себя “бездомной нищенкой”, бродящей по улицам. Можно предположить, что эта уязвимость была зако-

дирована на значимом этапе ее жизни и стала составляющей ее базовых убеждений о себе и мире. Таким образом, большую часть своей жизни она провела, пытаясь избежать подтверждения таких убеждений.

Начало ее болезни дали обстоятельства, создавшие условия, при которых ей пришлось столкнуться со своими страхами. Опасения, что все это может сбыться, заставили Мэри тревожиться и проявлять повышенную бдительность в поисках подтверждающих свидетельств. Они также послужили поддерживающим фактором, поскольку она обращала внимание только на информацию, подтверждающую ее убеждения, не принимая во внимание свидетельства, которые их могли опровергнуть (процесс избирательного абстрагирования). Произошел ряд событий, необычных, с точки зрения Мэри (и поэтому требовавших объяснений), например странные телефонные звонки и исчезновение денег из ее кошелька. Возможно, именно эти “аномальные перцептивные феномены”, на которых зафиксировалась Мэри, сформировали ее “бредовые” выводы о заговоре вокруг нее.

Изначально оставшийся без ответа вопрос в этом случае касался когнитивного статуса Мэри. Вопрос о раннем начале слабоумия был поднят патронажными психиатрическими медсестрами, хотя единственными свидетельствами этого были случайные провалы в памяти. Это могло внести свой вклад в информацию, которая оказывалась ей доступной при формулировании объяснительных гипотез в отношении аномальных перцептивных явлений. Возможно, она с большей вероятностью запоминала эмоционально заряженные события (т.е. те, которые подтверждали ее опасения), чем события, которые не вызывали аффекта.

План действий

- Дать Мэри возможность рассмотреть свой опыт как *убеждения*, а не факты.
- Валидировать аффект, связанный с ее убеждениями, и то, как она пришла к этим убеждениям с точки зрения ее раннего опыта.
- Связать ее восприятие, убеждения и аффекты (в рамках модели ABC). Представить роль базовых (схематических) убеждений и поддерживающих факторов в виде диаграммы.
- Рассмотреть эти убеждения как гипотезы и выдвинуть альтернативные гипотезы, объясняющие ее восприятие.

- Найти свидетельства, подтверждающие или опровергающие эти гипотезы (поведенческие эксперименты).

Интервенция

Первый шаг интервенции был особенно сложным, поскольку было важно не отрицать опасения Мэри по поводу неверности мужа. Здесь особенно важны две техники. Первая заключалась в валидации ее аффекта, чтобы помочь ей выразить свои эмоции по поводу происходящего. Вторая заключалась в установлении имплицитных связей происходящего с ее прошлым опытом.

Т: Так что же, по вашему мнению, происходит сейчас?

М: Ну, дочь Джорджа, очевидно, хочет, чтобы дом принадлежал ей. Вот почему она так сказала. Тогда она сможет получить все деньги, оставив меня ни с чем.

Т: Что вы почувствовали, когда это услышали?

М: Мне стало плохо. Действительно плохо. Я обеспокоена и испытываю гнев.

Т: Я могу это понять. Особенно это объяснимо с учетом вашего опыта общения с матерью, верно?

М: Да. Это были страшные времена. Я не знала, где мы будем спать в следующую ночь.

[...]

М: Джордж продолжает красть деньги из моего кошелька. Я не знаю, зачем он это делает, ему нужно только попросить, и я ему их дам. Я не понимаю, зачем ему воровать.

Т: Есть идеи относительно того, почему это происходит?

М: Это должно быть потому, что он тратит их на какую-то другую женщину.

Т: Что по этому поводу говорит Джордж?

М: Он, конечно, отрицает это.

Т: Верно. Итак, деньги, кажется, исчезают из вашего кошелька, и вы полагаете, что их берет Джордж?

М: Да.

T: И ваше объяснение состоит в том, что он, должно быть, тратит их на другую женщину, иначе он бы сказал вам. Это правильно?

M: Да.

T: Эта ситуация напоминает вам что-либо из вашего прошлого?

M: Да, когда я была ребенком, у нас всегда не хватало денег. А у моего первого мужа всегда были романы. Денег у нас тогда тоже не было.

T: Помните ли вы свое чувство незащищенности тогда?

M: Конечно!

T: Возможно ли, что ваши воспоминания об этих переживаниях остались с вами, и в результате вы можете обращать особое внимание на происходящие сейчас подобные события?

M: Может быть. Я действительно не думала об этом.

Здесь устанавливается связь между нынешним опытом Мэри и ее схематическими убеждениями. Это служит двойной цели — обосновать то, во что она верит, а также объяснить, почему она в это верит, избавляя ее от возможной стигмы относительно ее убеждений. Подтекст состоит в том, что вполне объяснимо, почему Мэри пришла к своим убеждениям, и это не обязательно означает, что она “сумасшедшая”.

Психометрическое тестирование

Чтобы проверить гипотезу о том, что когнитивный статус Мэри мог ухудшиться и что паранойя может быть связана именно с этим [Ballard et al., 1991], был использован Кембриджский тест психических расстройств в позднем возрасте (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination — CAMDEX [Roth et al., 1986]). Эта часть интервенции и оценивания позволяла исключить глобальную деменцию, а также выявить когнитивные сильные и слабые стороны. Преимущество этого теста состоит в том, что в нем есть субшкалы краткосрочной и долгосрочной памяти. Результаты теста не выявили признаков глобальной когнитивной недостаточности, которая могла бы свидетельствовать об ухудшении. Однако показатели кратковременной памяти Мэри оказались ниже нормы, подтверждая сообщения о том, что она иногда забывала недавние события.

Проведение этого теста было объяснено для Мэри необходимостью проверки когнитивных функций, таких как память. Результаты были ей сообщены в ходе последующей сессии.

Выработка гипотезы

В первую очередь было важно сосредоточиться на одной осязаемой идее, а не пытаться работать над всем идеями и выводами, которые сделала Мэри. Поэтому для выдвижения альтернативной гипотезы мы выбрали проблему исчезающих денег. На этом этапе предполагалось, что любые семена сомнения, посеянные в ее разуме, могут быть использованы для выдвижения гипотез в отношении других вызывающих тревогу убеждений.

В результате психометрического тестирования была разработана новая гипотеза, объясняющая восприятие Мэри. Мы обсудили вероятность того, что она потратила деньги, лежавшие в сумочке, а затем забыла об этом. Изначально Мэри была настроена скептически, но согласилась считать это “рабочей гипотезой”. Этому способствовало формулирование двух выводов в рамках модели ABC (Activating events, Beliefs, Consequences).

А (активирующие события)	В (убеждения)	С (последствия)
Деньги исчезли из кошелька	Должно быть, это муж их украл. Я забыла, что потратила их	Беспокойство, тревога, страх, уязвимость. Все в порядке

Сбор свидетельств

Мэри было важно убедиться в том, что вторая гипотеза может быть верной, поэтому мы назначили ей домашнее задание: отслеживать любые события, о которых она забыла, заручившись при этом помощью своего мужа. Это было представлено как объективное расследование, одним из возможных результатов которого могло быть подтверждение того, что она помнила все.

После второй недели сбора свидетельств Мэри пришла на сессию с интересным открытием. Она рассказала, как на прошлой неделе пошла в банк оплатить счет, но обнаружила, что уже сделала это ранее, поскольку корешок выписанного ею чека уже был в чековой книжке, хотя она не помнила об этом. Этот инцидент привел к обсуждению того, что еще Мэри могла забыть и какие объяснения она придумывала в таких случаях. Это,

в свою очередь, ускорило сдвиг в мышлении Мэри, произошедший на протяжении последующих двух-трех сессий, на которых она переосмыслила многие вещи в свете новой информации. Ее аффект, связанный с этими убеждениями, снизился по мере того, как выросла степень уверенности в альтернативных убеждениях. Другие убеждения, связанные с ее безопасностью и уязвимостью, в это время также исчезли. Этих свидетельств вместе с результатами когнитивного тестирования оказалось достаточно, чтобы убедить Мэри в том, что многие, если не все ее убеждения о неверности мужа были необоснованными, что сильно облегчило ей жизнь.

Результаты

Для оценивания эффективности лечения в этом случае применялись две формы измерений: нормативная и идиосинкразическая. Нормативная была представлена Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale [Zigmond & Snaith, 1983]). В результате лечения тревога снизилась с 10 до 0, а депрессия — с 6 до 0. Убежденность Мэри в неверности мужа упала с 80% в начале интервенции до 0% после интервенции, а связанная с этим тревога снизилась с 80 до 20%.

КАРЕН

Карен направил консультирующий ее психиатр вследствие паранойи и идей отношения, которые, по его мнению, были странными или граничащими с психотическими. Она не хотела принимать антипсихотические препараты, и ее психиатр посчитал, что будет уместным применить когнитивно-поведенческий подход.

Первоначальное оценивание

Карен была чрезвычайно красноречивой и хорошо одетой женщиной лет сорока с небольшим. Она не выглядела обеспокоенной процедурой оценивания и стремилась освоить психологический подход.

Жизненный опыт и прошлое

Детство и юность Карен прошли относительно стабильно. Она получила хорошее образование (магистерские степени по теологии и педаго-

гике). По ее словам, она стремилась получить эти степени, чтобы заняться феминистскими проблемами. Она была артистична и обладала богатым воображением, ценила литературу и искусство. Карен описала себя как независимую, сильную и в то же время очень заботливую женщину. Эти качества она унаследовала от своей матери.

На момент прохождения терапии она уже разъехалась, но еще не развелась с мужем. Она описала свои нынешние отношения с ним как дружеские и доброжелательные. У Карен была дочь, которая собиралась ехать на учебу в университет.

Становление проблемы

Было несколько критических моментов и инцидентов, связанных с трудностями Карен. Во-первых, ее муж разорвал с ней эмоциональную связь, когда она была беременна дочерью, что заложило основу их последующего разрыва. Она полагала, что в то время он, вероятно, был в депрессии. Что еще более важно, в 1987 г. Карен провели хирургическую операцию, по ходу которой была допущена ошибка с введением анестетика. Это привело к ужасным последствиям: во время операции она была полностью обездвижена, но находилась в сознании и все чувствовала. Больница никогда не признавала ответственности и не приносила извинений, из-за чего Карен глубоко переживала.

И, наконец, что наиболее важно, Карен стала жертвой настоящего преследования, связанного с тем, что она сообщила в полицию о своих подозрениях по поводу злоупотреблений со стороны своего работодателя. Вскоре после этого на ее машину напал неизвестный, что она связала со своим бывшим работодателем. Несколько недель спустя какого-то прячущегося мужчину видели возле ее нового места работы. Интересно, что эта информация была сообщена ею только через несколько недель после периода оценивания, когда мы начали обсуждать ее убеждения по поводу преследования. Эти случаи произошли примерно в то же время, что и инцидент с наркозом.

По мнению Карен, ее страхи появились примерно через год после этого трудного периода, примерно в 1987 г. Она впервые начала замечать и опасаться “грубоватых” мужчин, приметам которых были татуировки, серьги и бритые головы. Она также начала обращать внимание на людей, выглядящих как иностранцы, особенно на китайцев. Тревога, связанная

с этими раздражителями, была настолько серьезной, что она стала избегать многолюдных или оживленных мест, и большую часть времени тратила на размышления о таких проблемах, как личная безопасность, наркобизнес и организованная преступность. Эти мысли вызывали у нее сильную тревогу и влияли на ее социальное функционирование.

Формулирование случая

Мы сформулировали трудности Карен в рамках когнитивно-поведенческой структуры, снова сосредоточив внимание на объяснимых выводах, к которым она пришла с учетом своего опыта. Мы очертили важные факторы, которые привели к появлению идей преследования: 1) богатое воображение и творческий склад ума, способствовавшие созданию сценариев на основе схематичных стимулов; 2) неудачный опыт с анестезией, который был не только чрезвычайно травматичным, но и поколебал ее представления о себе как о сильной, независимой и неуязвимой; 3) преследование незнакомцем, что заставило ее стать бдительной в отношении других возможных источников угрозы.

Переживание реальной угрозы побудило Карен заняться “поиском, основанным на выводах”, — она избирательно абстрагировала стимулы, которые вызывали у нее чувство угрозы. Самыми заметными оказались “иные” люди — неевропейцы. Конечно, в ее родном городе было много представителей этнических меньшинств, но Карен заиклилась на выходцах из Китая после того, как прочитала статью о китайском преступном синдикате, “Триадах”. Карен казалось, что таких людей становится все больше, и что время от времени они преследуют ее или сигнализируют друг другу, что за ней нужно следить или причинить ей вред. Благодаря тому что она избегала подобных ситуаций, эти убеждения никогда не опровергались. В ее жизни было множество стимулов, которые способствовали формированию таких идей. Убеждения, которые она сформировала в рамках модели ABC, были следующими.

“Они собираются кому-то навредить”.

“Они являются частью преступной субкультуры”.

Эти убеждения сами по себе вызывали тревогу, но, следуя нисходящей цепочке умозаключений (т.е. спрашивая себя, что означает конкретное убеждение), Карен определила дальнейшие убеждения и оценки, которые вызывали ее чувство беспомощности.

“Должно быть, им не хватает образования”.

“Как педагог, я должна что-то с этим делать”.

“Я не могу”.

Этот процесс выявления мыслей представлен в табл. 10.1.

Таблица 10.1. Процесс выявления мыслей

Событие-антецедент	Убеждение		Последствия
Видит китайцев	Умозаключения	Они другие. Они собираются кому-то навредить. Они являются частью преступной субкультуры. Должно быть, им не хватает образования. Я должна что-то с этим сделать. Я не могу	Тревога, чувство безнадежности
	Оценка	Очевидно, я неадекватная	

Следовательно, не только восприятия вызывали тревогу, но и глубоко-лежащие межличностные негативные оценки (выявленные благодаря нисходящей цепочке умозаключений) приводили к чувству безнадежности. Что касается поддерживающих факторов, то Карен была чрезвычайно внимательной к окружающим и замечала малейшие странности или причудливости в их поведении, которые, конечно, не редкость в большом городе.

План действий

- Концептуализировать отношения между мыслями, чувствами и поведением в рамках модели ABC [*Chadwick, Birchwood & Trower, 1996*], уделяя особое внимание рассмотрению мыслей как убеждений, а не фактов.
- Нормализовать паранойяльные переживания Карен с точки зрения предыдущего опыта, тем самым ослабив аффект, связанный с этими переживаниями.
- Представить роль базовых (схематических) убеждений и поддерживающих факторов в виде диаграммы.
- Рассмотреть эти убеждения как гипотезы и выдвинуть альтернативные гипотезы, объясняющие ее восприятие.
- Найти свидетельства, подтверждающие или опровергающие эти гипотезы (поведенческие эксперименты).

Интервенция

Первая часть интервенции была сосредоточена на этом формулировании случая и психообразовании в отношении паранойи. Мы обсудили функциональную природу постоянного внимания к угрозе и то, как это необходимо для выживания людям в непредсказуемых ситуациях. Это существенно успокоило Карен, вместе с мыслью о том, что с учетом ее опыта объяснимо, почему она излишне бдительна в отношении угроз. Она рассказала, что психиатр назвал ее “параноиком”, и как это расстроило и разозлило ее. Она восприняла это как диагноз психоза, начала еще больше тревожиться по поводу своего состояния и разозлилась, поскольку была тверда в своих убеждениях. Идея о том, что паранойя в некотором смысле адаптивна и находится на континууме нормы, снизила ее тревоги по поводу лечения. Карен легко освоила когнитивно-поведенческую модель и с готовностью применяла ее в конкретных ситуациях. Однако поначалу она не генерализировала это новое понимание на все ситуации, и ее убеждения в отношении угрожающих стимулов оставались неизменными. В дополнение к психообразовательным аспектам интервенции мы попросили Карен собирать данные каждый раз, когда она испытывала тревожные чувства в непосредственной близости от незнакомцев, и улавливать мысли, которые предшествовали этим чувствам.

Для Карен было чрезвычайно важно научиться вырабатывать альтернативные объяснения своим убеждениям и объяснять странности своего восприятия. С этой целью были предложены конкретные примеры тревожных переживаний и четко выявлены ее убеждения о происходящем. Кроме того, степень ее уверенности была оценена по шкале 0–100%. Затем ее попросили выработать альтернативные объяснения и снова оценить степень своей уверенности. Пример с использованием модели ABC представлен в табл. 10.2.

Таблица 10.2. Выработка альтернатив

Событие-антецедент	Убеждение	Последствия
Замечает на другой стороне улицы мужчин, которые смотрят на нее	Умозаключения: 1. Они делают это специально, чтобы запугать меня (80%). 2. Это случайное совпадение (50%).	Тревога, гнев

Затем Карен попросили рассмотреть свидетельства в пользу каждого убеждения, что, конечно, оказалось для нее трудным, поскольку у нее не было конкретной доказательной базы. Этот поиск “свидетельств” вызвал у нее сомнения, и она нашла утверждение “Каковы доказательства?” чрезвычайно полезным при рассмотрении своих мыслей. Каждый новый опыт переживания угрозы оформлялся в соответствии с этой моделью, пока она не смогла делать это самостоятельно.

В качестве домашнего задания Карен использовала модель ABC для описания других мыслей и свидетельств, и к восьмой терапевтической сессии начала формулировать свое постоянное внимание к незнакомым мужчинам в виде нисходящей спирали. Таким образом, ее метакогниции развивались, и она начинала описывать то, *как* она думает. По достижении этого у Карен внезапно произошло изменение мышления, и она смогла опспорить вызывающие у нее тревогу убеждения о том, что за ней наблюдают. Это также генерализовалось на другие убеждения по поводу всего происходящего вокруг ее дома, например в отношении автомобиля, оставленного поблизости.

Наконец, Карен смогла переформулировать свои тревоги с точки зрения своего предыдущего опыта (например, инцидента с анестезией и преследований со стороны бывшего работодателя) и полностью понять влияние этих переживаний. Только после того, как она начала понимать, что ее убеждения были именно убеждениями, а не фактами, она смогла пересмотреть свои переживания в новом свете. До того как это произошло, описание случая, хотя и выработанное совместно, оставалось довольно абстрактным.

Мы решили проблему снижения уровня социального функционирования Карен, применив метод решения проблем, чтобы определить занятия, которые ей нравятся и которые не будут слишком обременительными или трудными для начала. Она выбрала туристические прогулки, которые можно было легко возобновить. Первым шагом мог бы быть поиск в Интернете местных туристических клубов. Мы обсудили, что в этом проявлялась стратегия избегания, позволяющая ей не попадать в оживленные места, которые изобиловали стимулами для ее соответствующих убеждений. Поэтому мы поставили задачу, которая заставила бы ее отправиться в “худшее” место в отношении стимулов такого типа — в местный торговый центр. Эта программа экспозиции выполнялась поэтапно.

Результаты

Карен добилась очень хороших результатов, поскольку ее тревога значительно снизилась, а ее социальное функционирование повысилось до преморбидного уровня. Ее убежденность в том, что за ней следят, упала с 80 до 0%. Она сообщила, что ей очень понравилась когнитивная модель, и выразила заинтересованность в дальнейшей работе, особенно в связи с травматическими переживаниями, связанными с неудачной анестезией. Она хотела поработать над этим с частным терапевтом за пределами ее родного города, поэтому мы предоставили ей список аккредитованных терапевтов, чтобы показать существующие возможности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эти два случая представляют собой КПТ паранойяльного мышления при отсутствии каких-либо других психотических симптомов. Они иллюстрируют пользу концептуализации паранойи как когнитивного процесса, характеризующегося постоянным вниманием к угрожающим стимулам и избирательным абстрагированием, которые могут приводить или не приводить к формированию бредовых убеждений. Оба случая доказывают, что бредовые убеждения лежат на континууме “нормальности” [Peters, Joseph & Garety, 1999], и демонстрируют пользу отделения паранойяльных когнитивных процессов от возникающих в результате убеждений.

Глава 11

УПРАВЛЕНИЕ ОЖИДАНИЯМИ

Случай 12 (Джейн): Джереми Пелтон

Следующий случай связан с Джейн, пациенткой, имеющей 16-летнюю историю проблем с психическим здоровьем и родителями. Я познакомился с ней, когда изучал когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) психозов. Моя карьера в области психиатрии началась с должности санитара в 1980 г. Это была летняя практика во время моей учебы в университете. После окончания университета, не найдя другой работы, я продолжал работать санитаром в течение почти двух лет, пока старшая медсестра не посоветовала мне пройти обучение на медбрата. Я учился в больнице Черри Ноул в Сандерленде, получив диплом в 1986 г. Первые три года я работал в отделении неотложной помощи и дневном стационаре, в основном занимаясь больными с тревогой и депрессией. В 1990 г. я приступил к работе в системе общественного здравоохранения в качестве патронажного психиатрического медбрата, занимаясь реабилитацией больных шизофренией после их выписки из больницы. Именно в это время я заинтересовался психометрией и КПТ, пройдя курс по психометрии в Шеффилде и курс Хейзел Нельсон по КПТ в Лондоне. Затем я продолжил свое обучение КПТ в Манчестерском университете под руководством Джиллиан Хэддок, Кристин Бэрроуклаф и Ника Тэрриера. Я заинтересовался ранней интервенцией при психозах, и мне понравилось работать в рамках КПТ с пациентами и их семьями.

В 1999 г. я в качестве терапевта-исследователя стал участником проекта *Insight into Schizophrenia* и в его рамках прошел обучение и клиническую супервизию. В настоящее время я работаю старшим медбратом, участвуя в создании новых клинических центров для проекта *Insight* и проводя проверки уже существующих клинических центров, осуществляю супервизию, провожу тренинги и организовываю аккредитацию.

ДЖЕЙН

Джейн, 30-летняя женщина, в настоящее время принимает инъекции депонированных антипсихотических препаратов, стабилизатор настроения, антидепрессант, пероральные нейролептики (по мере необходимости) и антихолинэргические медикаменты, прописанные консультирующим ее психиатром. До последней госпитализации Джейн жила дома под наблюдением своих родителей и консультировавшего ее психиатра, подвергаясь краткосрочным интервенциям со стороны социальных работников и патронажных психиатрических медсестер. После ее последней госпитализации вследствие особенно тяжелого рецидива было решено направить Джейн в Службу хронических психических заболеваний (Enduring Mental Health Service). Она находится под наблюдением этой службы уже два с половиной года. Ее терапевтический план подразумевает применение КПТ, поскольку психиатр и патронажная психиатрическая медсестра посчитали это полезным.

Описание проблем

Джейн находилась в больнице с июля 1994 г. по сентябрь 1995 г. после ряда рецидивов (см. “Личный анамнез”). При поступлении Джейн проявляла генерализованные паранойяльные реакции по отношению к маленьким детям и футбольным болельщикам, а в особенности — к своим родителям. После выписки она была направлена под опеку патронажной психиатрической медсестры. Хотя чувствовалось, что лекарства способствовали улучшению состояния Джейн, было очевидно, что в ее жизни по-прежнему присутствует сильный дистресс, и в результате страдало ее социальное функционирование. У Джейн наблюдались как бредовые, так и галлюцинаторные симптомы, и при амбулаторном обследовании когнитивные подходы были признаны способствующими облегчению дистресса и модификации симптомов. В январе Джейн начала КПТ, процесс и формат которой были с ней согласованы. Джейн очень хотела попробовать этот новый подход и подписала форму информированного согласия, где были упомянуты аудиозаписи, конфиденциальность и супервизия.

Психометрическое оценивание

Для оценивания Джейн использовались три психометрических инструментария. Во-первых, модифицированная Оценочная психиатри-

ческая шкала KGV [Krawiecka, Goldberg & Vaughan, 1977] для выявления тяжелых психических нарушений. Этот оценочный инструментарий состоит из 14 пунктов, где шесть пунктов определяются путем опроса, а восемь — путем наблюдения. Во-вторых, Шкала социального функционирования (Social Functioning State — SFS [Birchwood et al., 1990]), позволяющая оценить социальные способности Джейн и выявить ее проблемные области. Наконец, Оценочная шкала побочных эффектов нейролептиков Ливерпульского университета (Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating — LUNSERS [Day et al., 1995]), представляющая собой шкалу самооценивания побочных эффектов нейролептических препаратов.

Оценочная психиатрическая шкала KGV

Джейн получила высокие баллы по четырем разделам: депрессия, тревога, галлюцинации и бред (табл. 11.1). Во время оценочного интервью стало ясно, что ее аффективные симптомы были вторичными по отношению к ее бреду и галлюцинациям, которые были инициированы и усугублены стрессом. Как оказалось, галлюцинации проявлялись несколько раз в месяц и обычно следовали за некоторым недосыпанием. Суицидальные идеации, хотя и периодически присутствующие, были оценены как несущие незначительный риск, поскольку Джейн не демонстрировала ни намерений, ни планов. Ее короткие периоды приподнятого настроения были связаны с шизоаффективным расстройством и воздействием окружения.

Шкала социального функционирования

Хотя Джейн проживала в психиатрическом пансионате, она получила высокие баллы в разделах “Социальное отчуждение” и “Отношения”, поскольку у нее был узкий круг друзей. Ей был доступен ряд социальных мероприятий, но вследствие негативных симптомов и тревоги, вызванной бредом, она не могла посещать их без сопровождения социального работника и дополнительной мотивации. Она могла быть самостоятельной, но из-за низкой самооценки ей не хватало уверенности для оптимальных действий. Джейн никогда не работала, с тех пор как попала в психиатрическую больницу после окончания школы.

Таблица 11.1. Результаты Джейн по Оценочной психиатрической шкале KGV

	Сессия 1	Сессия 15
Тревога	4	2
Подавленное настроение	3	2
Суицидальность	1	0
Приподнятое настроение	1	0
Галлюцинации	3	1
Бред	4	2
Сглаженный аффект	1	0
Неконгруэнтный аффект	0	0
Повышенная активность	0	0
Психомоторная ретардация	0	0
Несогласованность и несоответствие	0	0
Бедность речи	1	0
Аномальные движения	0	0
Сотрудничество	1	0
Итого	19	7

Оценочная шкала побочных эффектов нейролептиков Ливерпульского университета (LUNSERS)

Здесь Джейн получила очень высокие баллы. Однако при обследовании выяснилось, что некоторые побочные эффекты могли быть связаны с заболеванием щитовидной железы и лекарствами, которые она в связи с этим принимала. Другие побочные эффекты были синонимичны тревоге и депрессии, и их необходимо было наблюдать, чтобы увидеть, уменьшились ли они по мере облегчения ее симптомов. Также было отмечено, что Джейн не принимала антихолинергические препараты в соответствии с предписаниями, и, как только она усилила свою терапевтическую приверженность, этот показатель снизился. Наконец, имелся ряд побочных эффектов, которые она считала само собой разумеющимися и с которыми была готова мириться, в отличие от своих психотических симптомов.

Личный анамнез

Джейн — младшая из двух дочерей. Ее отец был успешным бизнесменом в области судостроения, и, хотя сейчас он лишь частично занят, продолжает бывать в разъездах, проводя совещания и решая проблемы. Ее мать никогда не работала. Сестра Джейн всегда была отличницей, поэто-

му Джейн отчаянно пыталась оправдать ожидания своей семьи. Детство Джейн было довольно счастливым вплоть до подросткового возраста. Ее родители были очень заботливы, и она чувствовала, что у нее с ними хорошие отношения. Она никогда не была счастлива в школе и в младших классах часто пропускала учебу из-за простуды, тонзиллита и повторяющегося бронхита. У нее всегда были друзья в школе, и до 15 лет она часто была в центре внимания, воспринимаясь как неформальный лидер.

Все изменилось в середине подросткового возраста. За короткое время она превратилась из лидера в аутсайдера. Неясно, что стало этому причиной и насколько на это повлияли ошибочные интерпретации Джейн. Она отчаянно пыталась нравиться одноклассникам — вплоть до того, что нещадно высмеивала себя. В этот период ее жизни активизировался ряд обусловленных и безусловных предположений.

Джейн впервые попала в психиатрическую больницу в 1984 г., когда ей было всего 17 лет. Сначала ее проблемы были в основном психосоматическими, и Джейн диагностировали ипохондрию. Она часто жаловалась на боли в груди и думала, что умрет. Она стала очень замкнутой и утратила связь со своими школьными друзьями. В конце концов, после серии панических атак ей пришлось бросить школу, и ее направили в психиатрическую службу для обследования и лечения. Перед первой госпитализацией у Джейн проявились психотические симптомы — она стала паранойальной и думала, что родители пытаются ее отравить. В результате она перестала принимать пищу, и при поступлении в больницу ее кормили через трубку и капельницу.

В 18 лет ей поставили диагноз “шизофрения”, который позже был уточнен как “шизоаффективное расстройство”. Она провела большую часть 1985–1989 годов между больницей и домом, прежде чем у нее наступил самый продолжительный на сегодняшний день период ремиссии. За это время, находясь вне больницы, она сбросила вес, который набрала во время болезни, и стала довольно хорошо играть в гольф, выигрывая призы на местных чемпионатах. Последний раз она была госпитализирована в 1994 г.

После выписки в 1995 г. самым большим событием в жизни Джейн было решение уйти из дома и переехать в психиатрический пансионат. Она проводила там четыре ночи в неделю, а на выходные возвращалась домой к родителям. Она не хотела разрывать все связи с родительским домом, поскольку все еще считала его безопасным местом. В психиатрическом

пансионате была проблема: один из его обитателей был слишком явным лидером, и Джейн это напоминало детство.

Джейн была мало склонна к переменам и опасалась всего нового, поскольку в прошлом все это часто становилось триггерами рецидивов. Иногда было трудно отличить ее негативные симптомы от избегания вследствие тревоги.

У Джейн по-прежнему проявлялись ипохондрические черты, и она была крайне бдительна как в отношении соматических, так и психологических симптомов, катастрофизируя и опасаясь худшего. Недавно ей диагностировали проблемы со щитовидной железой, что объясняет некоторые ее физические и психологические симптомы. Когнитивное формулирование случая Джейн представлено в табл. 11.2.

Таблица 11.2. Когнитивное формулирование случая Джейн

<p>Ранний опыт</p> <ul style="list-style-type: none"> • Очень успешная старшая сестра (в настоящее время проживает в США). • Строгий отец. Джейн помнит свои обиды на него. • Часто пропускала школу из-за физических болезней. • 13 лет: обзывания (содержание неизвестно) и буллинг в школе. • 16 лет: поездка в Лондон (алкогольная интоксикация). • 17 лет: возможное насилие. <p>Дисфункциональные предположения и бред</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я должна нравиться людям, иначе они причинят мне боль. • Если что-то пойдет не так, это моя вина. • Если я не соответствую стандартам других людей, то я неудачница. <p>Критические инциденты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проблемы со щитовидной железой. • Уход из дома: психиатрический пансионат. • Фигура отца типа в психиатрическом пансионате. 	<p>Негативные автоматические мысли</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Со мной что-то не так, я странная”. • “Люди преследуют меня”. • “Люди смотрят на меня и смеются надо мной”. • “Со мной что-то случится”. • “Меня никто не любит”. • “Я скоро умру”. • “Я скоро снова сорвусь”. <p>Поведение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отчуждение. • Избегание. • Опускает жалюзи и держится подальше от окон. • Употребление алкоголя. • Летаргия. • Мотивация. <p>Эмоции</p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия. • Тревога. • Бесчувственность. • Испуг. <p>Физиологические симптомы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сон. • Аппетит. • Симптомы тревожного типа.
---	--

Текущий образ мыслей, аффект и поведение

Когниции

Джейн часто жаловалась на следующие мысли:

- со мной что-то не так, я странная;
- люди преследуют меня;
- люди смотрят на меня и смеются надо мной;
- со мной что-то случится;
- меня никто не любит;
- я скоро умру;
- я скоро снова сорвусь.

Аффект

Джейн часто жаловалась как на депрессию, так и на тревогу, а иногда говорила о том, что “боится за свою жизнь”. Она также называла себя “бесчувственной” и неспособной плакать.

Поведение

Из-за своих мыслей и чувств Джейн часто замыкалась и избегала ситуаций, которые подпитывали ее тревогу. Дома она опускала жалюзи и держалась подальше от окон, чтобы ее никто не увидел. Как копинг-механизм выросло ее потребление алкоголя, и она жаловалась на летаргию и общее отсутствие мотивации. Родители всегда выделяли это как ее главную проблему.

Темы

В ходе проведения вышеуказанного оценивания и когнитивного формулирования случая стал очевидным ряд тем.

- Обида — сначала успех сестры и жесткость отца, а затем пребывание “под контролем” обитателя психиатрического пансионата, напоминавшего ей отцовскую фигуру.
- Отвержение — со стороны отца и друзей в трудное для нее время.
- Принятие — стремление быть принятой вышеупомянутыми лицами.

- Неудача — неспособность оправдать собственные ожидания и ожидания своей семьи.
- Обвинения — обвинение себя в событиях, предшествовавших ее первому психотическому эпизоду.
- Ответственность — за события, предшествовавшие ее первому психотическому психозу.

Дисфункциональные предположения

Все дисфункциональные предположения Джейн проистекают из вышеперечисленных тем с особенным акцентом на ответственности, неудаче и вине. Было высказано предположение, что это связано с ранним детским опытом — как в семье, так и со школьными друзьями.

Список проблем

Во время оценивания Джейн составила следующий список проблем в порядке убывания приоритетов:

- чувство страха и стресса;
- плохой сон;
- невозможность находиться в гостиной с поднятыми жалюзи;
- невозможность вести “нормальную” жизнь — например, бывать в центре города, совершать покупки и т.п.;
- беспокойство по поводу следующего рецидива.

Терапевтические цели и направление

Терапевтические цели заключались в следующем.

- Установить хорошие отношения, способствующие сотрудничеству.
- Представить модель когнитивной терапии.
- Представить модель стресс-уязвимости и соотнести ее с симптомами Джейн.
- Разработать нормализующее обоснование.
- Обучить Джейн когнитивно-поведенческим техникам, которые помогут снизить ее высокий уровень тревоги и укрепят ее уверенность в себе, тем самым повысив качество ее жизни.

- Достичь взаимопонимания относительно влияния событий детства на ее убеждения о себе и мире (обусловленная и безусловная схемы).
- Использовать сократические вопросы, чтобы оспорить и исследовать периферические по отношению к ее бреду области.
- Найти свидетельства, подтверждающие ее бред, а затем выявить и проверить альтернативные объяснения.
- Использовать когнитивные техники для лечения депрессивных симптомов, которые предположительно будут возникать по мере ослабления бредовых убеждений.
- Внедрить профилактику рецидивов и разработать план на будущее.

Терапевтический курс

На момент написания этой главы мы провели с Джейн 15 встреч, три из которых были оценочными. Джейн посещала сессии еженедельно, они обычно продолжались 45–60 мин.

С самого начала терапии было важно установить хороший раппорт. Это считается чрезвычайно важным при применении КПТ для клиентов этой категории [Fowler, Garety & Kuipers, 1995]. Также было очень важно сделать так, чтобы терапевтический стиль не был ни конфронтационным, ни подтверждающим взгляд Джейн на мир [Kingdon & Turkington, 1994].

Тот факт, что мы с Джейн были знакомы до начала терапии, было преимуществом в установлении терапевтических отношений. Однако иногда поначалу было неудобно задавать новые параметры взаимоотношений и определять структуру сессий. Для Джейн это было совершенно ново, и она периодически испытывала эти параметры во время первоначального установления взаимоотношений. С терапевтической точки зрения структура и природа когнитивно-поведенческих техник позволили Джейн открыться и раскрыться, и, вероятно, за три оценочные сессии мы узнали о ней больше, чем за предыдущие два с половиной года.

Джейн хорошо разбиралась в своих симптомах и свободно обсуждала свои предыдущие психотические эпизоды. Она чувствовала, что может распознавать свои ранние предупреждающие признаки, но, если они не были быстро обнаружены, вскоре происходил рецидив, отчего страдало понимание.

На ранних сессиях Джейн познакомили с моделью стресс-уязвимости [Zubin & Spring, 1977]. Ей объяснили, что одни люди более уязвимы к стрессу, чем другие, и что это определяет их стрессовый порог. Как только этот порог превышен, человек становится более восприимчивым к симптомам и возможному рецидиву. Для этого использовалась аналогия с ведром, которое наполняется водой и переливается через край; вода здесь представляет собой стрессовые факторы, а ведро — способность человека справляться со стрессом (у каждого ведро разного размера!). Джейн смогла определить ряд стрессовых событий своей жизни, или факторов стресса, которые могли способствовать ее “заболеванию”. В качестве домашнего задания для этой сессии она согласилась составить схематическое изложение своей жизненной истории, выстроив упомянутые выше стрессовые события в хронологическом порядке и, возможно, добавив другие.

Результатом выполнения этого домашнего задания стала весьма показательная жизненная история, которая охватила детство Джейн, предшествующий “срыву” период и психиатрический анамнез до наших дней. Отвечая на сократические вопросы, Джейн рассказала о трех событиях, о которых никогда раньше не говорила. Во-первых, она вспомнила случай обзывания в школе, когда ее дразнили, сравнивая с персонажем мультфильма; во-вторых, выходные в Лондоне, когда она страдала от алкогольной интоксикации; и, наконец, случай, когда патронажный сотрудник делал ей сексуальные предложения и заигрывал с ней. Джейн, по понятным причинам, было очень трудно об этом говорить, но после сессии она выразила облегчение от того, что озвучила все это. Проявив интерес, она оценила школьный буллинг как наиболее стрессовое и расстраивающее событие; это означало определенную связь с ее схемой, которая усугубила симптомы. К сожалению, после обсуждения этого события в течение нескольких сессий Джейн попросила отложить его на будущее, и на сегодняшний день такое обсуждение не было возобновлено (см. ниже раздел “Дальнейшее лечение”).

Это показалось подходящим моментом, чтобы ознакомить Джейн с четырехфакторной когнитивной моделью А.Т. Бека [Beck et al., 1979] и привести примеры из результатов ее оценивания и выполнения домашнего задания, чтобы персонализировать эту модель. Вскоре Джейн приняла эту модель и смогла различать мысли и чувства, а также то, как они могут воздействовать на ее поведение. В течение двух недель она заполняла модифицированную форму ежедневной записи дисфункциональных мыслей, а ее домашнее задание становилось основой тем для следующей сессии.

А.Т. Бек [Beck, 1967] подчеркивал важность объяснения симптомов тревоги и депрессии, раскрывая фундаментальное значение этого для применения КПТ в таких случаях. Д. Кингдон и Д. Теркингтон [Kingdon & Turkington, 1991] сообщили об успехе по сути тех же стратегий “нормализации” при лечении шизофрении. Х. Нельсон [Nelson, 1997], в свою очередь, сообщает о роли снижения дистресса от бреда и галлюцинаций до лечения. Одной из выявленных проблем Джейн было недосыпание, и при оценивании это могло быть связано с упомянутой выше стресс-уязвимостью и ее психотическими симптомами, как показано на рис. 11.1.

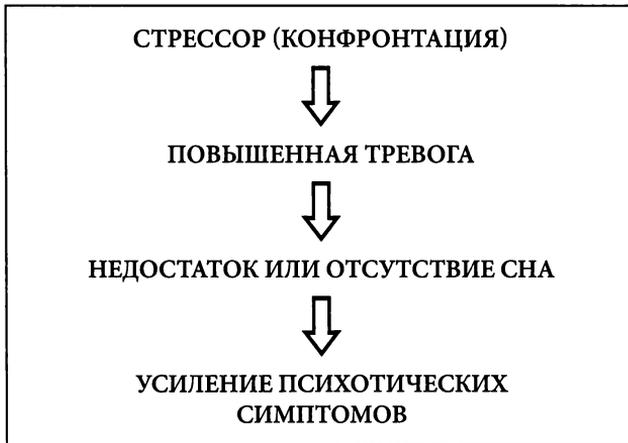


Рис. 11.1. Схематическая модель стресс-уязвимости Джейн

Обсуждение последствий недосыпания [Osvald, 1984] позволило нормализовать усиление психотических симптомов у Джейн, снизив связанную с этим тревогу. Ситуации, вызывавшие изначальный стресс, были исследованы с помощью когнитивной модели. Джейн вела дневник таких ситуаций и записывала связанные с ними мысли и чувства. По ходу следующих сессий были выдвинуты различные альтернативы и рассмотрены свидетельства за и против. Поначалу Джейн было трудно увидеть альтернативы без рассмотрения их в черно-белом цвете, поэтому были составлены карточки напоминания. Джейн было рекомендовано ежедневно вести дневник, чтобы она могла рационализировать свои тревоги после плохой ночи, и этим способствовать хорошему сну.

Джейн также посоветовали составить список своих стрессовых событий (табл. 11.3), присвоив им приоритет в зависимости от уровня тревоги

(по 10-балльной шкале). Это позволило ей визуализировать проблемы и согласовать терапевтический план. Одной из сильных сторон Джейн была ее заинтересованность и способность выполнять домашние задания, назначенные на сессиях, что позволяло ей подробно рассказывать о событиях.

Таблица 11.3. Приоритетный список стрессовых событий

№	Ситуация	Рейтинг
1	Находиться в гостиной родителей с поднятыми жалюзи	10/10
2	Пользоваться общественным транспортом	8/10
3	Пребывать в напряженной ситуации	8/10
4	Узнавать плохие новости, такие как серьезные мировые события или трагедии	8/10
5	Знакомиться с незнакомыми людьми	7/10
6	Ездить в центр города	6/10
7	Находиться среди множества людей	6/19
8	Выходить из парадной двери	4/10

Мы обсудили список из табл. 11.3 и решили проработать его снизу вверх. Чтобы справиться с четырьмя нижними ситуациями, Джейн прибегла к помощи своего лечащего врача из психиатрического пансионата, патронажной сестры и семьи. На терапевтических сессиях она комментировала прогресс, мысли и чувства, связанные с теми или иными ситуациями, и копинг-стратегии, которые применяла при столкновении со своими тревогами.

Среди других проблем Джейн был постоянный страх рецидива. Это было связано с ее постоянной сверхбдительностью и катастрофизацией при первых признаках какого-либо симптома. Чтобы помочь Джейн справиться с этим страхом, мы пересмотрели обоснования нормализации, показав Джейн все разнообразие течения ее “болезни” и копинг-стратегий в ответ на катастрофизацию. Как положительный ресурс мы отметили проницательность Джейн, подчеркнув важность плана действий на случай рецидива. Этот план был разработан совместно с Джейн и включал в себя следующие пункты:

- ранние предупреждающие признаки: Х. Нельсон [Nelson, 1997] обсуждает важность того, чтобы терапевты поощряли распознавание и обозначение симптомов своими клиентами;
- связанные копинг-стратегии: Н. Тэрриер [Tarrier, 1992] ратует за усиление стратегий совладания, в частности за совершенствование собственных копинг-стратегий пациента, если таковые имелись, и обучение новым стратегиям, если их не было;

- план действий, который должна выполнить Джейн: М. Берчвуд, П. Тодд и С. Джексон [*Birchwood, Todd & Jackson, 1998*] подчеркивают потенциальную терапевтическую ценность самомониторинга пациента, что способствует его контролю и профилактике.

Джейн подумала, что было бы неплохо поделиться этим планом действий со своими родителями и персоналом психиатрического пансионата. Как только такая коммуникация была налажена, Джейн испытала снижение страха перед возможностью рецидива — наличие конкретного плана действиявало на нее успокаивающее, давая стимул к необходимым действиям.

Еще одна область, которая была охвачена терапией, касалась ее негативных симптомов и расписания активности. В рамках выполнения домашнего задания Джейн должна была сообщать о ежедневных занятиях, которые ей нравились, и тех, которые она считала рутинными. Были выявлены пробелы, возникающие в течение недели, а также совместно поставлены краткосрочные и долгосрочные цели. Был согласован реальный план действий и разработан запасной план, что снижало тревогу Джейн.

Возникшие трудности

Во время терапевтических сессий возникло на удивление мало трудностей. Первоначально казалось, что Джейн слишком стремилась угождать терапевту, что могло затмевать ее проблемы. Однако, как только она приступила к сессиям, эти сомнения рассеялись. Одной из главных проблем оставался доминирующий обитатель психиатрического пансионата, который пытался саботировать любые улучшения в состоянии Джейн. Этот вопрос Джейн часто ставила на повестку дня, и его будет необходимо решить в будущем, когда она станет более уверенной в себе и у нее появятся эффективные копинг-стратегии.

Результат на данный момент

Как видно из табл. 11.1 в разделе психометрического оценивания, на данный момент достигнут положительный результат. Тревога и депрессия Джейн значительно снизились, и это, скорее всего, может быть связано с ослаблением ее галлюцинаций и бреда. В настоящее время ее галлюцинации почти не проявляются, а когда они случаются, связанный с ними дистресс значительно ниже. Ее бредовые убеждения все еще очевидны, но ни одно

из них не подтверждается полностью. Связанный с ними дистресс также снизился. И Джейн, и ее родители считают, что она чувствует себя лучше, чем в течение долгого времени до этого. Она функционирует на уровне, на котором, по ее словам, пребывает впервые с тех пор, как “заболела”.

Дальнейшее лечение

Будущие сессии будут посвящены текущим темам. Джейн продолжит работать над своими стрессовыми событиями и конфронтацией с ними. Хотя ей нетрудно применять когнитивную модель, все же потребуется время, чтобы разобраться с некоторыми из более сложных проблем. Одна область, которая в настоящее время кажется незадействованной, — это работа над схемами, окружающими три ее ранних переживания. В частности, нужно проработать школьный буллинг и связанные с ним когниции и убеждения. Джейн осознаёт эту проблему, но пока не хочет ставить ее на повестку дня.

Оценивание

Всего после 15 сессий Джейн продемонстрировала значительное улучшение. Похоже, на этот результат повлияли несколько факторов.

- Джейн смогла принять модель стресс-уязвимости, которая использовалась для объяснения обострения ее психотических симптомов. В частности, она была рада, что смогла нормализовать свои чувства, и что они были распознаны и приняты.
- Джейн приняла логику КПТ, смогла выявлять определенные мысли, связанные с ними эмоции и применять теорию на практике.
- Совместный характер КПТ был ей особенно полезен. Возможность поддерживать обратную связь на сессиях позволяла ей высказываться о структуре терапии и отмечать уместные для себя моменты в ее процессе. Джейн чувствовала, что получает пользу от структуры, которую обеспечивали сессии, и выразила желание продолжить когнитивную работу в будущем. Она уловила логику выдвижения и проверки этих теорий и была вовлечена в терапию. Джейн была умной женщиной, и с тех пор, как она окончила школу, это был первый раз, когда ей “бросили вызов”.

- Было трудно оценить, на каком уровне следует работать — бороться с негативными автоматическими мыслями или двигаться вперед и работать со схемой, которая, казалась, имеет столь большое значение для бреда. В отличие от тревоги и депрессии, которые развиваются естественным образом, работа с психозом требует более открытого подхода, и терапевтические планы могут вылететь в трубу из-за приоритетов пациента.
- Энтузиазм, который проявляла Джейн, значительно облегчал терапию. Однако процесс обучения был двусторонним, и терапевтические отношения оказались максимально эффективными.

РАБОТА С СЕМЬЕЙ ДЖЕЙН

Семья Джейн состоит из трех основных лиц: отца, матери и самой Джейн. Имеется еще старшая сестра, но она вышла замуж и проживает в США. Отец — бизнесмен в области судостроения (выйдя на пенсию, сохраняет частичную занятость), мать — домохозяйка, а у самой Джейн 14-летний психиатрический стаж. Обоим родителям чуть больше 60 лет, а Джейн 31 год.

Причина обращения

Семья Джейн была направлена на интервенцию патронажной медсестрой из-за дилеммы в продолжающейся программе реабилитации Джейн. Она была выписана из больницы два с половиной года назад и последние два года проводила время то в психиатрическом пансионате, то в родительском доме. Родители Джейн придерживались противоположных взглядов на будущее: отец считал, что Джейн должна жить отдельно, в то время как мать беспокоилась о потере связи с дочерью.

Предварительная гипотеза и обоснование используемых процедур

При обсуждении вышеупомянутого случая мы сочли, что семья Джейн будет подходящей для семейной работы, поскольку между пациенткой и ее родителями была высокая степень контакта, а также интенсивно выра-

жались эмоции. Было решено, что оценивание следует начинать с предложения провести несколько семейных сессий. В зависимости от результата оценивания будут обсуждаться различные уровни психообразования, управления стрессом и постановки целей. Целью семейной работы было снизить уровень семейного дистресса, предложить психообразование с целью восполнения дефицита знаний и изменения аттитюдов в отношении шизофрении, а также способствовать ослаблению связи между Джейн и ее родителями (более подробная информация представлена в [Barrowclough & Tarrier, 1992; Falloon et al., 1993; Leff & Vaughn, 1985]).

Оценивание (формальное и неформальное) и формулирование случая

Формальное оценивание Джейн и ее родителей осуществлялось посредством ряда психометрических тестов (табл. 11.1); неформальное — посредством наблюдения и интервью. Для оценивания родителей Джейн использовались четыре психометрических инструментария: Оценочное интервью родственников (Relative Assessment Interview [Barrowclough & Tarrier, 1992]), Интервью осведомленности о шизофрении (Knowledge About Schizophrenia Interview), Опросник общего состояния здоровья (General Health Questionnaire [Goldberg & Williams, 1988]) и Семейный опросник (Family Questionnaire [Barrowclough & Tarrier, 1992]).

Оценочное интервью родственников

После оценивания обоих родителей полученная информация была разделена на шесть областей (табл. 11.4). Оценочное интервью родственников показало, что между Джейн и ее родителями, особенно матерью, был тесный контакт. В семье была определенная доля раздражительности, но обычно это происходило между Джейн и ее отцом, и причина в основном состояла в том, что Джейн мало что делает по дому. Ее отец “доставал” ее, заставляя заниматься хоть чем-нибудь, и Джейн часто становилась раздражительной после того, как ее принуждали к тому, что она не хотела делать. Критический подход ее отца контрастировал с чрезмерной эмоциональной вовлеченностью матери, что буквально “душило” Джейн. Похоже, немало семейных проблем было связано со стрессом и конфликтами, а также с используемыми копинг-стратегиями.

Таблица 11.4. Краткое описание проблем, потребностей и сильных сторон родителей Джейн (по данным двух структурированных интервью, Опросника общего состояния здоровья и Семейного опросника)

Понимание болезни

- Хорошее понимание положительных симптомов.
- Хорошее понимание действия лекарств и их пользы.
- Достаточно высокие баллы в отношении диагноза и прогноза.
- Хорошее понимание негативных симптомов Джейн (хотя есть вопросы по применению этого понимания).

Дистресс и вызывающие его ситуации

- Конфронтация с Джейн из-за ее лени и безделья.
- Неожиданное появление Джейн в родительском доме после стычки в психиатрическом пансионате.
- Беспокойство Джейн, пока она живет у родителей.
- Привлекающее внимание поведение Джейн.
- ? Начало рецидива — повышенная бдительность и катастрофизация.
- Что происходит в психиатрическом пансионате?

Копинг-стратегии

- Способность определять проблемные области и обращаться за помощью в соответствующие службы.
- Умение обсуждать проблемы между собой.
- Оба родителя являются активными членами группы поддержки Джейн.
- Регулярный контакт со службами по охране психического здоровья.

Ограничения образа жизни

- С 1995 г. не видели дочери, живущей в США. Не имеют возможности заботиться о внуках.
- Невозможно поехать в отпуск — как с Джейн, так и без нее.
- Вынуждены оставаться дома по вечерам, если рядом находится Джейн.
- Социальная жизнь не так хороша, как в прошлом.
- В прошлом были вынуждены переехать в другой дом из-за убеждений Джейн.
- Перестали встречаться с друзьями — “вложили все силы в Джейн”.

Недовольство поведением Джейн.

- Курение — хотя Джейн курит в своей комнате, она оставляет дверь открытой.
- Внешний вид — неумытая и растрепанная.
- Слабая мотивация и бездействие.
- Появляется в родительском доме без предупреждения.
- Слоняется по дому/ажитация.
- Раздражительна — недостаток сна.

Сильные стороны

- Заботливая и поддерживающая семья.
- Всегда рядом, когда они нужны Джейн.
- Хорошее понимание психических заболеваний — знание того, к кому обращаться, когда требуется помощь.
- Интерес к психическим заболеваниям — участие в волонтерских организациях.

Интервью осведомленности о шизофрении

Оба родителя Джейн получили высокие баллы по вышеуказанной шкале и хорошо осведомлены о ее диагнозе, принимаемых ею лекарствах, их побочных эффектах, сопутствующих симптомах и прогнозе. Тем не менее я чувствовал, что у них отсутствовало применение этих знаний, и что, хотя они понимали негативные симптомы, все же приписывали отсутствие мотивации и летаргию Джейн ее лени и недостаткам характера (даже несмотря на то, что не было никаких свидетельств этому до ее болезни).

Опросник общего состояния здоровья

У Джейн совсем недавно случился незначительный рецидив, и хотя ее не госпитализировали, это означало, что она оставалась с родителями в течение более продолжительного времени. Это отразилось на оценках обоих родителей (были набраны довольно высокие баллы) — они были более подвержены стрессу, чем обычно, и не могли функционировать с максимальной эффективностью.

Семейный опросник

Семейный опросник позволил выделить совершенно различные формы поведения, хотя из полученных данных следовало, что родители Джейн полагали, что вполне со всем справляются. Однако посредством интервью было выяснено, что у них совершенно разные взгляды на то, как именно следует справляться с поведением Джейн, а это может привести их к конфликту не только с ней, но и между собой.

Разработка соответствующей терапевтической стратегии семейной интервенции

После вышеупомянутого всестороннего оценивания и последующего формулирования случая семья была приглашена на сессию обратной связи для обсуждения результатов и дальнейшей терапии. После обсуждения с Джейн и ее родителями было решено, что она не будет присутствовать на начальных сессиях, а вместо этого будет присоединяться в стратегических точках на протяжении всей терапии. Таким образом, семейная работа

будет состоять из сессий, ориентированных на пациентку; сессий, ориентированных на родителей; а также сессий обратной связи и планирования с участием обеих сторон.

Сессия 1: обратная связь и планирование

После приветствия семью поблагодарили за время, уделенное оцениванию. Семье был представлен котерапевт и объяснена его роль по сравнению с основными терапевтами. Семейный характер работы был подчеркнут обсуждением границ, ожиданий и целей (как родителей, так и терапевтов):

- снижение стресса и дистресса;
- обнадеживание;
- неконфронтационный подход;
- улучшение и модификация копинг-стратегий;
- интервенции, ориентированные на пациентку и на ее родителей.

Формальная обратная связь и области, вызывающие беспокойство в результате оценивания, обсуждались с родителями с особым вниманием к следующим вопросам:

- понимание болезни;
- дистресс и вызывающие его ситуации;
- копинг-стратегии;
- ограничения образа жизни;
- недовольство поведением;
- сильные стороны.

Семье было предложено высказать свое мнение и описать любые другие проблемы, был согласован список проблем и выделены области работы.

Список проблем

1. Отсутствие мотивации и лень Джейн.
2. Страх рецидива и его последствий.
3. Нехватка личного времени и пространства у родителей.
4. Фрустрированность поведением Джейн и раздражение.
5. Снижение дистресса в жизни как Джейн, так и ее родителей.

Семья и терапевты договорились о дальнейших действиях, и было решено проводить сначала еженедельные сессии, потом раз в две недели, а затем ежемесячно. Частота сессий будет регулярно пересматриваться и изменяться в соответствии с потребностями семьи. Первоначально сессии будут сосредоточены на психообразовании, затем направлены на управление стрессом, а последующие — посвящены постановке целей. Семья была проинформирована о том, что в начале и в конце каждой сессии будет выделяться время для обратной связи по процессу и прогрессу. Было обсуждено сотрудничество как основа семейной работы и сделан акцент на его подкреплении.

К следующей сессии было назначено домашнее задание, и семье была предоставлена литература по шизофрении. Членов семьи попросили прочитать ее к следующей сессии и выделить все, что они не поняли или посчитали особенно важным для себя.

Предложения по организации работы

После первой сессии терапевты запланировали следующее.

- Следующая сессия будет сосредоточена на психообразовании, с особым упором на негативные симптомы. Также будут обсуждены любые опасения, высказанные семьей.
- Терапевты будут опираться на модель стресс-уязвимости, чтобы связать психообразование с управлением стрессом; участники будут ознакомлены с самомониторингом стрессоров.
- Джейн будет участвовать в сессиях на этом этапе, чтобы: во-первых, обсудить негативные симптомы с ее точки зрения; во-вторых, связать ее симптомы с моделью стресс-уязвимости и, наконец, приступить к обсуждению стрессоров в семейном окружении.
- Затем сессии будут сосредоточены на решении проблем и копинг-стратегиях в отношении вышеупомянутых стрессоров; функциональные копинг-стратегии будут усилены, а дисфункциональные — модифицированы.
- Джейн также будет участвовать в начале процесса постановки целей, а планирование активности охватит как пациентку, так и ее семью. Цель заключалась в том, чтобы вовлечь Джейн в более активную еженедельную программу занятий и дать родителям возможность выделить для себя какое-то время.

Сессия 2: психообразование (1)

Целью этой сессии было обсудить литературу, которую я дал семье, и ответить на любые возникшие вопросы. К сожалению, Джейн решила вести свой дневник в психиатрическом пансионате, и, поскольку обстановка в семье было несколько напряженной, домашнее задание прошлой недели не было выполнено. Однако это дало нам возможность обсудить последствия действий Джейн и реакцию ее родителей. Интересно было заметить, чем здесь отличаются мать и отец. Мать отреагировала мгновенным облегчением, а отец — горьким разочарованием, что свидетельствовало о его несбывшихся ожиданиях и переживании провала, что так часто комментировала Джейн. Задача отца состояла в том, чтобы сделать Джейн самостоятельной на случай, если что-нибудь случится с одним из ее родителей. Однако мать была бы рада, если бы Джейн оставалась дома, где, как она знала, с ней все будет в порядке. Эти различия были замечены терапевтами, и после обсуждения с семьей было решено включить их в повестку дня одной из последующих сессий, посвященной постановке целей. Вторая часть сессии была сосредоточена на негативных симптомах. Мы обсудили формы поведения Джейн, которыми родители были недовольны, и рассмотрели возможные причины. Мать думала, что это могло быть связано с болезнью, но отец, хотя и хорошо понимал негативные симптомы, объяснял это тем, что его дочь “чертовски ленивая”. Поскольку отец был взволнован и защищался, когда мы обсуждали поведение Джейн и различные копинг-стратегии, мы согласились отложить дальнейшее обсуждение до следующей сессии, после того как семья воспользуется еще одной возможностью почитать соответствующую литературу.

Сессия 3: психообразование (2) и введение в управление стрессом

Когда мы анализировали ситуацию на прошлой неделе, родители казались довольными происходящим и чувствовали, что Джейн, которая поселилась дома после своего решения покинуть психиатрический пансионат, стала менее агитированной, а ее дистресс снизился. На этот раз у семьи была возможность прочесть и обсудить литературу, и они выделили все, что их беспокоило. Они подчеркнули два пункта: применение нового атипичного нейролептика при шизофрении и, как и раньше, негативные симптомы. Мы договорились разделить сессию на две части: первую

посвятить психообразованию и двум вышеупомянутым темам, а вторая — стресс-уязвимости и ее роли (как в семье, так и при шизофрении). На этой сессии семья была более восприимчивой, и терапевты предположили, что это, вероятно, связано с развитием терапевтических отношений, или раппортом.

Семья спросила, почему их дочь не принимает новые атипичные лекарства, поскольку в литературе о них отзывались весьма положительно. Вместе с семьей был исследован ряд возможных причин, и обе стороны предложили альтернативы. Наиболее разумным оказалось следующее объяснение: если консультирующий психиатр чувствовал, что пациент стабилен, принимая одно лекарство, то может возникнуть нежелание “раскачивать лодку”, назначая другое. Было решено, что их опасения должны быть рассмотрены при следующем обзоре терапевтической программы, на который будет приглашен психиатр. Когда мы снова обратились к обсуждению негативных симптомов, отец пациентки оказался более восприимчивым, чем на предыдущей сессии. Мы наглядно представили четырехфакторную модель (рис. 11.2).



Рис. 11.2. Четырехфакторная модель

Вышеупомянутая модель была принята отцом пациентки, особенно когда ему объяснили, что негативные симптомы могут утратить аспекты личности и что они могут быть затемнены депрессией и успокаивающим действием медикаментов.

Семья была ознакомлена со схематической моделью стресс-уязвимости (см. рис. 11.1). Ее обоснование было представлено в раздаточных материалах, а то, как конфликты и другие стрессоры влияют на функциональные и дисфункциональные семьи, показано в табл. 11.4. Совершенствование копинг-стратегий также было объяснено с помощью раздаточного материала. Семья оказалась очень восприимчива к модели стресс-уязвимости и смогла связать ее как с Джейн, так и с ее ближайшим окружением. (Раздаточные материалы доступны у автора по запросу.)

Наконец, была обсуждена важность ведения дневника стресса (табл. 11.5), что было предложено в качестве домашнего задания на этой неделе. Было объяснено, что его записи могут быть полезны для формулирования будущих пунктов повестки дня и работы с копинг-стратегиями, как упомянуто выше.

Таблица 11.5. Пример дневника стресса

Дата/время	Событие	Чувства
Понедельник	Джейн приготовила себе еду и не убрала за собой на кухне, предоставив это матери. В результате отец резко отчитал Джейн	Стресс и фрустрация

Сессия 4: управление стрессом и введение в постановку целей

Четвертая сессия началась с обзора недели, которая снова, похоже, прошла неплохо, поскольку Джейн устроилась дома и старалась прилагать усилия. В своих дневниках стресса семья выделила две проблемы: режим сна Джейн и ее диета.

На прошлой неделе в семье произошли два события, которые закончились конфликтом. Родители беспокоились о ее режиме сна и диете и думали, что это могут быть признаки неминуемого рецидива. И то, и другое следовало нормализовать, и с родителями было обсуждено соответствующее обоснование. Режим сна и диета могли быть связаны с прошлым рецидивом, но если этому не было свидетельств, необходимо изучить другие причины. Семье объяснили, что одна из будущих сессий будет посвящена профилактике и предотвращению рецидивов, а также будут обсуждены ранние предупреждающие признаки.

Проведение оставшейся части сессии было согласовано с членами семьи, и по их просьбе Джейн была приглашена на заключительные 30 мин. Это оказалось не лучшей идеей, поскольку работа по управлению стрессом еще не была завершена. Однако индивидуальный прогресс Джейн опережал таковой ее родителей, и она уже рассматривала свое расписание активности, чтобы понять, как это впишется в жизнь семьи. Терапевты признали, что сессии не всегда идут по плану, но эту возможность можно использовать для ознакомления с постановкой целей и составлением расписания активности. Было подчеркнуто, что на следующих сессиях следует вернуться ко всем незавершенным темам и вопросам. Джейн согласилась

уделить время индивидуальных сессий составлению своего расписания активности, тем более что ей нужно было поработать с родителями, чтобы разработать запасной план на случай, если первоначальный потерпит неудачу. Родители и Джейн выработали несколько альтернативных решений проблемы, и прежде чем выбрать наиболее подходящий, были рассмотрены все за и против. Семья согласилась опробовать это в течение следующей недели в качестве домашнего задания и предоставить обратную связь на следующей сессии. Родители также должны были продолжать работу над дневником стресса для будущего анализа.

Будущие сессии

На ближайших сессиях будет продолжено управление стрессом. Всегда будет необходимость время от времени возвращаться к психообразованию, но в основном мы будем продвигаться вперед к постановке целей. Мы по-прежнему поощряем Джейн работать над расписанием ее активности, а также продолжать индивидуальную работу с терапевтом и взаимодействие с социальным работником. Родителям нашей пациентки мы также предложим приступить к составлению расписания собственной активности, когда вокруг Джейн будут созданы соответствующие сети поддержки. Джейн и ее родители всегда должны получать ободрение и поддержку, а все происходящее будет оцениваться по мере необходимости. Наконец, в ходе работы с семьей мы исследуем рецидивы и связанные с ними страхи, выявим ранние предупреждающие признаки, а совместно с Джейн, ее родителями и службами психического здоровья будет составлен план действий на случай рецидива.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первые несколько сессий с семьей Джейн казались неправдоподобно удачными, так как не было над чем по-настоящему работать, и на первый взгляд все казалось радужным. Однако дальше семья почувствовала, что может “ослабить бдительность”, и на сессиях начали всплывать важные терапевтические проблемы. Сначала отец выглядел защищающимся и временами очень волновался, когда чувствовал, что его навыки совладания и подходы ставятся под сомнение — хотя и основной терапевт, и котерапевт старались изо всех сил проявлять дипломатичность. Однако

на третьей сессии его установки изменились, и отец начал работать над собой. Можно предположить, что это изменение было вызвано психообразованием в отношении негативных симптомов и модели стресс-уязвимости, поскольку это оказалось для него новым, и он почувствовал, что извлекает из сессий пользу.

Несмотря на то что были проведены всего четыре семейные сессии, определенная основа оказалась заложенной, напряжение в семье снизилось, были выделены и согласованы общие цели. Родители на самом деле очень заботились о своей дочери и стремились делать так, чтобы она получала все необходимое. Семья доказала свою прочность. Мать и отец только что отпраздновали 40-летие своего брака, и тот факт, что они так или иначе справлялись с Джейн за последние 14 лет, является заслугой их настойчивости и преданности. При правильной поддержке первоначальные цели достижимы, а уровень семейного дистресса уже заметно снизился. Проблема в будущем будет сводиться к ресурсам и обеспечению Джейн подходящим приютом, где она могла бы вести самостоятельную жизнь. И Джейн, и ее родители осознают необходимость поддержки со стороны лечащего персонала, по крайней мере в краткосрочной перспективе. Если ее индивидуальные копинг-стратегии усовершенствуются, и она научится эффективно справляться с конфликтами и другими стрессорами, то будущее обещает быть более светлым, а ее отец сможет каким-то образом реализовать свои ожидания.

Глава 12

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЗА В УСЛОВИЯХ СТРОГОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Случаи 13 (Малкольм) и 14 (Колин): Энди Бенн

В этой главе⁴ представлены два клинических случая, связанные с применением когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) к пациентам, которые содержатся в условиях строгого наблюдения. Цель этой главы — изучить возможность применения КПТ в этой ситуации. Хотя клинические испытания продемонстрировали пользу КПТ в различных условиях (см. главу 16), клинических исследований ее применения в условиях строгого наблюдения опубликовано все еще недостаточно [Ewers, Leadley & Kinderman, 2000]. В этой главе подчеркивается полезный вклад, который КПТ может внести в снижение риска в ситуациях, когда существует четкая связь между правонарушением и психозом. Более общее обсуждение распространенности, триггеров и детерминант правонарушений и психозов читатели могут найти в работе С. Ходжинса [Hodgins, 2000]. В главе будут изложены терапевтические цели в таких условиях, а также обсуждены ключевые вопросы вовлечения психотических пациентов в терапевтический процесс в такой ситуации.

В настоящее время я работаю клиническим психологом в госпитале Рэмpton — подразделении Forensic Directorate of Nottinghamshire Health Care Trust. Впервые я заинтересовался КПТ психозов, когда работал там по-

⁴Представленная в этой главе точка зрения не соответствует официальной позиции госпиталя Рэмpton.

мощником психолога в 1987 г. Работая над своим магистерским дипломом, я исследовал совладание со слуховыми галлюцинациями на примере судебно-психиатрической популяции. Работа была завершена в 1990 г. Я работал в госпитале Рэмптон, пока не присоединился к проекту SoCRATES в 1996 г. [Lewis et al., in press] в качестве терапевта. В 1998 г. я вернулся на работу в госпиталь Рэмптон, чтобы заниматься внедрением психосоциальных интервенций как член междисциплинарной команды.

С 2002 г. меня назначили ответственным за разработку психосоциальных интервенций в Управлении психического здоровья госпиталя Рэмптон.

Организация службы

В Англии имеется три психиатрические больницы строгого наблюдения: Эшворт, Бродмур и Рэмптон. Они предназначены “для пациентов с наиболее тяжелыми психическими заболеваниями, потенциально или фактически опасных” [Kaye, 2001, p. 2]. Несмотря на многочисленные аргументы в пользу закрытия специализированных лечебных учреждений (см., например, [Gunn & Maden, 1999]), необходимость в психиатрических учреждениях, которые бы обеспечивали максимально возможный уровень безопасности, никем не оспаривается. А. Мейден и соавторы [Maden et al., 1995] отмечают, что “хотя отделения со средним уровнем безопасности играют центральную роль в любой комплексной психиатрической службе, они не заменяют собой больницы с максимальным уровнем безопасности”. В таких учреждениях содержится примерно 1250 пациентов, которые направлены туда судами, переведены из тюрем, а также из психиатрических учреждений среднего уровня безопасности. Вопрос о том, как организовать и обеспечить работу психиатрических учреждений строгого наблюдения, последние 30 лет стимулировал реформы в области управления, лечения и безопасности. Усилия по модернизации и интеграции больниц строгого наблюдения в соответствии с современными тенденциями судебной психиатрии описаны в работе С. Кайе [Kaye, 2001].

Пациенты, поступающие в больницы строгого наблюдения, должны иметь юридически установленное “психическое расстройство”, представлять “смертельную и непосредственную опасность” для себя или других, а также быть неуправляемыми в условиях не столь строгого наблюдения. Почти все пациенты, помещенные в психиатрические больницы строгого

наблюдения, содержатся в них в соответствии с разделами Закона о психическом здоровье от 1983 г., а остальные — в соответствии с положениями уголовного законодательства. Междисциплинарные комиссии строго следят за тем, чтобы направления соответствовали строгим критериям допуска, прежде чем принимать пациентов, переводимых из психиатрических учреждений менее строгого наблюдения.

Основные задачи

Психиатрические больницы строгого наблюдения выполняют несколько общих функций. В них *содержатся* правонарушители с психическими расстройствами, которых невозможно контролировать в психиатрических учреждениях менее строгого наблюдения. Наряду с функцией содержания, такие учреждения нацелены на долгосрочное *снижение риска* причинения вреда — как для членов общества, так и для самих пациентов, — а также на *улучшение* психического здоровья и социального функционирования пациентов. Эти цели достигаются усилиями междисциплинарных команд, работающих на основе индивидуальных терапевтических планов, и службами, предлагающими различные индивидуальные и групповые интервенции, ориентированные на правонарушения и психическое здоровье. Таким образом, интервенции направлены на поведение высокого риска (например, агрессию, насилие, членовредительство, суицидальное и парасуицидальное поведение), проблемы психического здоровья (например, психозы и аффективные расстройства) и социальное функционирование (например, социальную изоляцию и социальную интеграцию, общение и решение межличностных проблем). Для ослабления наблюдения требуется не ремиссия симптомов [Maden et al., 1995], а просто снижение уровня риска по сравнению со “смертельным и непосредственным”.

В этой главе рассматривается КПТ психозов в случаях, когда лечение проблем психического здоровья пациентов является центральным элементом управления рисками. Когнитивно-поведенческие интервенции для устранения бредовых идей проводятся в условиях строгого наблюдения “с целью снижения вероятности того, что они (бредовые идеи) будут реализованы” [Ewers, Leadley & Kinderman, 2000]. Попытки проанализировать взаимосвязь между психозом и правонарушением оказались не слишком успешными [Juniger, 2001; Taylor, Garety & Buchaman, 1994], хотя прямая взаимосвязь между симптомами и правонарушением, по-видимому, более

характерна для насильственных преступлений несексуального характера, чем для сексуальных преступлений [Smith & Taylor, 1999; Taylor, Less & Williams, 1998]. Чтобы выработать правильную интервенцию, необходимо во время индивидуального оценивания выявлять любую связь между психотическими симптомами и правонарушением. На практике четкая связь между психотическими симптомами и правонарушением добавляет необходимость снижения риска к уже имеющейся клинической необходимости снижения связанного с симптомами дистресса. Однако в случаях, когда эти симптомы не вызывают дистресс (случай 13: Малкольм), необходимо определить альтернативные мотивирующие факторы, чтобы вовлечь пациента в совместную работу со специалистами в области психического здоровья над устранением его симптомов.

Хотя приверженность приему медикаментов является проблемой для пациентов больниц строгого наблюдения (и актуальной в обоих описанных ниже клинических случаях), а также для пациентов с психозами и хроническими заболеваниями в целом [McPhillips & Sensky, 1998; Swinton & Ahmed, 1999], в этой главе основное внимание уделяется психологическому лечению психозов.

Проблемы вовлечения

Терапевтическое вовлечение пациентов психиатрических больниц строгого наблюдения имеет ключевое значение для обеспечения безопасности. Безопасность отношений [Kinsley, 1998] обеспечивается выявлением и управлением рисками на основе “профессиональных отношений между лечащим персоналом, пациентами и компонентами терапевтических программ”. Прочные терапевтические альянсы между лечащим персоналом и шизофреническими пациентами приводят к лучшим результатам [Frank & Gunderson, 1990; Gehrs & Goering, 1994]. Поддерживающие навыки межличностного общения, в том числе эмпатическое слушание, способность исследовать значение симптомов и реагировать на опасения пациентов, имеют ключевое значение для их вовлечения [Gehrs & Goering, 1994]. Также полезны мягкая настойчивость в попытках терапевтического вовлечения пациентов, теплое отношение, уместный юмор и готовность исследовать их ошибочные интерпретации поведения терапевта [Kingdon & Turkington, 1994; Kingdon, 1998]. Д. Кингдон предостерегает не пытаться делать слишком много на каждой сессии и рекомендует предоставлять пациентам воз-

возможность обсуждать свои проблемы, чтобы наладить рабочие отношения. Полезные советы относительно вовлечения правонарушителей с психическими расстройствами можно найти в других источниках (включая руководство по мотивации правонарушителей с проблемами психического здоровья [Gresswell & Kruppa, 1994]). Прежде чем перейти к описанию клинических случаев, рассмотрим некоторые из наиболее распространенных препятствий, с которыми я столкнулся при взаимодействии с психотическими пациентами, содержащимися в условиях строгого наблюдения.

РЕАКЦИЯ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ И ЕЕ ВОСПРИЯТИЕ

Многие пациенты поначалу реагируют на свою принудительную госпитализацию с фрустрацией и гневом. Эти эмоции могут периодически повторяться, часто в ответ на медленное продвижение к выписке. Кроме того, наличие “срывов” становится препятствием для решения о выписке от комиссий по надзору за психическим здоровьем, приводя к повышению оценки риска терапевтической командой или внешними экспертами, которые соглашаются с продолжением необходимости содержания пациента в условиях строгого наблюдения. Аналогичная ситуация может возникнуть при ожидании перевода в психиатрические учреждения менее строгого наблюдения — даже несмотря на согласие таких учреждений.

Поступление в психиатрические больницы строгого наблюдения и длительное пребывание в них приводит также к дополнительным последствиям у пациентов, вызывая чувства безнадежности и беспомощности. В соответствии с разделом 37 Закона о психическом здоровье судебные постановления о содержании в психиатрических учреждениях строгого наблюдения (как и решения о выписке из них) выносятся исключительно с согласия Департамента психического здоровья Министерства внутренних дел (раздел 41) и могут содержать судебную пометку “*бессрочно*” в зависимости от совершенного преступления и пациента. Кроме того, сведения о психиатрических больницах строгого наблюдения, ранее полученные от бывших пациентов или в результате публикаций в средствах массовой информации материалов об условиях содержания или жестоком обращении, могут побудить новых пациентов опасаться самой этой среды, других пациентов или предоставляемого лечения. Непонимание или неприятие

необходимости содержания в таких учреждениях могут вызвать чувство несправедливости при госпитализации. Эти факторы в сочетании со слабым контролем гнева, конфронтационным и насильственным стилями совладания могут вызвать разногласия с лечащим персоналом, а иногда и привести к агрессивному поведению. Углубленный анализ вопросов, связанных с предотвращением насилия и управлением гневом у лиц с проблемами психического здоровья в условиях строгого наблюдения проведен в работе С. Ходжинса [*Hodgins, 2000*].

НЕДОСТАТОЧНОЕ ПОНИМАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Когда вышеупомянутые проблемы возникают в сочетании с недостаточным пониманием психических проблем (например, убеждения в преследовании), пациенты могут ошибочно интерпретировать свою госпитализацию как безосновательный акт агрессии против них. Последующий гнев и насилие могут быть направлены против лечащего персонала и других пациентов, если они воспринимаются как ответственные за содержание под стражей. Вина за содержание под стражей также может быть возложена на современные культурные традиции в соответствии с индивидуальными убеждениями пациента. Как следствие, виноватыми считаются партнеры, дети, родители и семья в целом, друзья, соседи и незнакомые люди, правительство и отдельные лица, политики, военная разведка, иностранные и международные организации, а также сверхъестественные существа (бог, дьявол, демоны, духи и т.д.) и инопланетяне. Обида на несправедливую госпитализацию может продолжаться даже тогда, когда позитивные психотические симптомы более не проявляются или не вызывают дистресс (см. выше).

ПРЕУМЕНЬШЕНИЕ И НЕДОСТАТОЧНОЕ ПОНИМАНИЕ РИСКА

Когнитивные искажения, преуменьшающие риск и повышающие уверенность в своей способности избавиться от симптомов и свободно функ-

ционировать в обществе, не страдая от “срывов”, — обычное явление среди этой популяции. Эти искажения необходимо устранить, чтобы таких пациентов “можно было научить распознавать ситуации высокого риска и разрабатывать конкретные планы действий в этих ситуациях” [Bloom, Mueser & Muller-Isberner, 2000].

Психотические пациенты в качестве одного из своих негативных симптомов могут демонстрировать низкую толерантность к аффекту, связанному с раскаянием, или даже быть эмоционально тупыми. Аффект, связанный с раскаянием, может восприниматься ими как аверсивный, и они стараются избегать его как потенциальный стрессор, который может стать триггером симптомов. Такие проявления бывает трудно отличить от безразличия к последствиям прошлых действий. Если пациент прилагает активные усилия по выявлению стрессоров и ситуаций высокого риска (и управлению ими), это подтверждает, что он рассматривает это как внутреннюю цель.

Пациентам бывает трудно согласовать свои действия со своим привычным “я”, если они страдают от заболевания. Один пациент выразил это таким образом: “Это я убил его, но это был не я, если вы понимаете, о чем я”. Подобные аттитюды близки к когнитивному искажению, в соответствии с которым за совершение преступления вина возлагается на алкоголь, наркотики или вспышку гнева. Упрощенное объяснение “Я убил, потому что был болен” не может рассматриваться как свидетельство адекватного понимания взаимосвязи между проблемами психического здоровья и правонарушением. Такие объяснения пропускают ключевые переменные и факторы, связывающие “психическое заболевание” (или его симптомы) с правонарушением. Интервенции, основанные на теоретических моделях шизофрении [Nuechterlien & Dawson, 1984] и ее симптомов [Fowler, Garety & Kuipers, 1995; Haddock & Slade, 1996; Kingdon & Turkington, 1994], направлены на психообразование, предоставляя психотическим пациентам возможность выявлять свои психические проблемы, понимать их и справляться с ними. Работа с пациентами, учитывающая совершенное ими преступление, помогает им управлять факторами риска, которые связаны с их деянием. Нельзя недооценивать важность понимания пациентами связи между состоянием своего психического здоровья и правонарушением. Активное совладание со своими стрессорами, симптомами, эмоциями и неконструктивным мышлением, построение и сохранение поддерживающих социальных отношений, навыки межличностного решения проблем,

а также общение и сотрудничество с психиатрическими службами (включая соблюдение терапевтического режима) составляют основу эффективного управления рисками. Связанные со всем этим проблемы могут стать препятствиями для выписки или перевода в психиатрические учреждения менее строгого наблюдения [Maden et al., 1995].

Большинство пациентов хотят выписаться из госпиталя Рэмптон или покинуть его любым другим путем, поэтому мотивация изобразить “отсутствие проблем” или отрицать симптомы может быть высокой. В основном это можно понять с точки зрения желания стать свободным в сочетании с убеждением, что выписка во многом зависит от проявления симптомов. Это не соответствует действительности [Maden et al., 1995], но вполне объяснимо, поскольку наличие “психического расстройства” в соответствии с положениями Закона о психическом здоровье от 1983 г. является одним из необходимых условий для госпитализации. Предоставление информации и психообразование помогут прояснить это заблуждение.

Отличить изменение уровня риска от высокого постоянного риска может быть затруднительно. Пациенты могут научиться “говорить то, что требуется” (юмористический пример этому приводит М. Опп [Orr, 1998]). Решения и клинические суждения об изменениях уровня риска не могут полагаться исключительно на самоотчет пациента. Настойчивые заверения пациентов о том, что они не нуждаются в лечении в условиях строгого наблюдения, требуют тщательной оценки со стороны терапевтической команды. Принятию правильных клинических решений относительно риска способствуют наблюдения за поведением пациентов в различных условиях. Реакции пациентов на повышение уровня свободы и ответственности должны проверяться в безопасных условиях, чтобы гарантировать стабильность любых изменений. Пациенты имеют возможность демонстрировать беспроблемность своего поведения при одиночном сопровождении, свободном передвижении по территории больницы и при поездках в сопровождении медицинского персонала.

АТРОФИЯ НАВЫКОВ

Однако для некоторых пациентов, особенно в период перед выпиской, необходимость пребывания в условиях строгого наблюдения сомнительна. У многих пациентов, содержащихся в условиях строгого наблюдения,

уже оформлены документы для перевода в психиатрические учреждения менее строгого наблюдения, или оформление таких документов находится в процессе [Maden et al., 1995]. Таким образом, проблема состоит в том, чтобы поддерживать их мотивацию для предотвращения атрофии приобретенных навыков, поддержки достигнутого уровня психического здоровья и способности справляться с рисками рецидивов.

Атрофия навыков — распространенная проблема, при которой ограничены возможности совершенствования навыков. Обсуждение гипотетических ситуаций высокого риска — полезная стратегия для поддержания необходимых навыков. Также полезно периодически выполнять упражнения на поддержание навыков. Терапевтическая команда составляет списки таких упражнений, содержащие реалистичное описание проблемной ситуации или профиля симптомов на основе выявленных уязвимостей, стрессоров и ситуаций высокого риска. Пациентов просят подумать, как они будут поступать в такой ситуации, и подготовиться к встрече с членом терапевтической команды. На этой встрече определяется и обсуждается запланированная реакция пациента на гипотетические события. Терапевтическая команда поощряет и поддерживает хорошо спланированные и реалистичные описания совладания с ситуацией, сочетая это с репетицией навыков по ходу ролевых игр. Отмечается возможная неуверенность пациентов в отношении того, как справиться с ситуацией, плохое планирование, нереалистичные описания совладания и низкая компетентность при репетиции навыков, что позволяет внести коррективы в дальнейшую работу. Пример интервенции, направленной на поддержание навыков, приводится далее в этой главе (случай 14: Колин).

ОЦЕНИВАНИЕ

Основная цель оценивания — понять различные факторы, способствовавшие правонарушению, чтобы принять решение о мерах по снижению рисков и управлению ими. Функциональный анализ поведения помогает понять цель правонарушения в контексте. Для многих пациентов, с которыми я работал, насильственные правонарушения имели место в контексте попыток избежать вреда, преследований и мучений, часто с фатальными последствиями. В одном из описанных ниже клинических случаев (Колин) преступление привело к смерти человека, будучи мотивированным бредом преследования и попыткой предотвратить дальнейшее причинение вреда.

ПРИГОДНОСТЬ КПТ ПСИХОЗОВ В УСЛОВИЯХ СТРОГОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Литература по КПТ психозов в условиях строгого наблюдения скудна [Ewers, Leadley & Kinderman, 2000]. Однако имеются два обоснования применения когнитивно-поведенческих интервенций к психотическим пациентам в условиях строгого наблюдения — такие интервенции важны как для улучшения психического здоровья, так и для снижения риска совершения правонарушения (если существует связь между психозом пациента и его правонарушением).

Было показано, что КПТ эффективна при лечении хронических позитивных психотических симптомов, а интеллект пациента и тяжесть его симптомов не связаны с исходом [Garety, Fowler & Kuipers, 2000]. КПТ продемонстрировала свою эффективность при лечении пациентов, резистентных к обычным антипсихотическим препаратам [Sensky et al., 2000]. Предварительные данные итальянских исследователей показывают, что исход депрессии у шизофренических пациентов, принимающих атипичные антипсихотические препараты, улучшается при комбинировании КПТ и тренинга социальных навыков по сравнению с комбинированием индивидуальной поддерживающей терапии и лечения атипичными антипсихотиками [Pinto et al., 1999].

Если психоз связан с правонарушением таким образом, что правонарушение становится маловероятным при отсутствии психоза, тогда психоз является опосредующей переменной риска повторного правонарушения [Smith & Taylor, 1999]. Однако имеется множество пациентов, чья история насильственных преступлений предшествует психозу, и в их случаях присутствует высокая коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами. В таких случаях интервенцию следует направить на ослабление насильственного поведения, улучшение навыков совладания, лечение психоза и отказ от психоактивных веществ. Учитывая вышеизложенное, неудивительно, что КПТ считается полезной и используется в условиях строгого наблюдения.

Оба случая в этой главе относятся к пациентам, которым прописали атипичные антипсихотические препараты. Недавние данные [Dalal et al., 1999; Swinton & Ahmed, 1999] позволяют предположить, что атипичные нейролептики полезны во многих случаях устойчивой к лекарствам ши-

зофрении, а их применение способствует облегчению режима. Моя работа с Малкольмом и Колином была частью усилий сплоченной многопрофильной команды.

МАЛКОЛЬМ

Малкольм — 34-летний мужчина с диагнозом “паранойяльная шизофрения”. Его поместили в госпиталь Рэмптон в связи с тем, что он был переведен из психиатрического учреждения усиленного наблюдения после нескольких побегов и захвата заложников. Решение о его переводе в психиатрическую больницу строгого наблюдения был принят судом после признания его виновным в покушении на убийство. Применение Оценочной шкалы бреда (Delusions Rating Scale — DRS [Haddock et al., 1999]) выявило сложную систему бреда преследования (DRS = 18) и отдельную систему бреда величия (DRS = 17). Хотя Малкольм сообщал о дистрессе, связанном с мыслями о невидимых противниках, не было никаких свидетельств субъективного дистресса по поводу реального преследования. Точно так же омнипотентные и доброжелательные слуховые галлюцинации Малкольма (по Оценочной шкале слуховых галлюцинаций (Auditory Hallucinations Rating Scale — AHRS [Haddock et al., 1999]) показатели составили 14) не вызывали у него дистресса. В анамнезе Малкольма были депрессия и суицидальные идеации. Его актуальная самооценка, измеренная посредством Культурно-свободного опросника самооценки [Battle, 1980], была оценена как “низкая” [Bartram, Lindley & Foster, 1991]). Он полагал, что “голос” принадлежит “инопланетному ментору-протектору”, который обещает ему скорое избавление от пребывания в психиатрической больнице строгого наблюдения. Его психологическое формулирование случая включало низкую самооценку, слуховые галлюцинации, отражающие желание свободы, и компенсаторный бред величия “межгалактического избранника”. Он был уверен, что его спасут, и безоговорочно доверял “голосу”.

В соответствии с оцениванием риска, осуществленным междисциплинарной терапевтической командой, Малкольм подвергался повышенному риску суицида и взятия заложников при попытке бегства. Были выдвинуты две клинические гипотезы. Во-первых, поскольку его надежды на спасение были иллюзорными, существовала вероятность, что после того, как истечет крайний срок его спасения, он будет разочарован, возможно, впадет в

уныние и сочтет свое положение безнадежным. Во-вторых, в качестве альтернативы он мог предпринять попытку побега, возможно, взяв заложника, чтобы добиться выполнения своих требований. Междисциплинарный план включал регулярное оценивание его психического статуса медсестрами, индивидуальную работу по повышению его самооценки, и КПТ, направленную на его слуховые галлюцинации и бред величия.

Интервенция при позитивных симптомах

Исходя из рабочего предположения, что слуховые галлюцинации могут быть концептуализированы как ошибочно атрибутируемая внутренняя речь, Малкольма попросили сравнить то, о чем говорит “голос”, с тем, что его наиболее беспокоит в данный момент [Birchwood & Iqbal, 1998]. В результаты были выделены следующие темы: стремление к свободе и обещание спасения; низкая самооценка и “избранность”; мотивация преследовать важные цели за пределами психиатрической больницы строгого наблюдения; пренебрежительный взгляд на госпитализацию с высоты своего “статуса” (табл. 12.1).

Таблица 12.1. Сравнение “голоса” Малкольма и его убеждений

Темы в позитивных симптомах	Собственные мысли
Спасение из заточения	Я хочу быть свободным
Специально избранный	Я ничтожество, я все потерял
Высокий статус, исключая заточение	Меня нельзя удерживать здесь, я выше этих земных дел
У меня много жен в Европе	Мне срочно нужно найти моих жен

Актуальные беспокойства Малкольма (желание быть свободным, восприятие себя как никчемного и все потерявшего, неотложные дела за пределами госпиталя Рэмптон) были понятны в контексте его содержания в условиях строгого наблюдения. Обсуждение сходства между темами его позитивных симптомов (содержание “голоса” и убеждений) и его собственными мыслями выявило несколько ключевых вопросов. Во-первых, Малкольм был озадачен тем, что одновременно считал себя ничтожеством, полагая, что все его достижения безвозвратно потеряны, и в то же время обладал особым статусом во Вселенной. Он сказал, что эти две личности были “как полные противоположности, очень разные... Я не понимаю, но вот как-то так”. Во-вторых, он отметил, что хочет освободиться из психиа-

трической больницы строгого наблюдения, и что сказанное “голосом” похоже на исполнение его желания. Он сказал, что его неизбежная “телепортация” из госпиталя Рэмптон вселила в него надежду на будущее. Наконец, Малкольм рассказал мне о том, что он должен найти своих 14 жен, на которых он женился несколько лет назад, находясь в Испании. Он признавал, что это звучит необычно, но ему срочно необходимо вернуться в Испанию, чтобы возобновить поиск документов и подтверждений своих многочисленных браков. Малкольм придавал большое значение этой цели и сказал, что ему “несправедливо” воспрепятствовали продолжить поиски.

Во время ожидания “телепортации” с Малкольмом были согласованы три направления работы. Наше общее понимание его ситуации включало следующее: работу с низкой самооценкой; надлежащее понимание “голоса” и выводы в отношении него; адаптация к содержанию в психиатрической больнице строгого наблюдения.

Работа с негативной самооценкой

Сосуществование негативной самооценки и бреда величия (восприятие себя как “избранного”) было отправной точкой для развития общего понимания проблем Малкольма и потенциальных путей продвижения вперед. Медсестра, осуществлявшая ведение Малкольма, помогала ему выявлять бесполезные крайности в самооценке, находить более умеренные и реалистичные описания себя, выявлять источники восстановления более реалистичного представления о себе. Формулирование случая клинической командой заключалась в том, что Малкольм реагировал на свое содержание в психиатрической больнице строгого наблюдения и потерю своей предыдущей жизни. Его галлюцинации включали компенсаторные темы, которые позволяли ему испытывать надежду и чувство собственной особенности.

Надлежащее понимание “голоса” и выводы в отношении него

Здесь были актуальны три вопроса: понимание переживаний Малкольма как того, кто слышит “голос”, процесс умозаключений о таком опыте, содержание “голоса”. Пациенту была представлена модель стресс-уязвимости. Малкольм понял и принял идею о том, что стресс может вызвать ряд психологических проблем, вспомнив о предыдущем периоде депрессии, вызванном потерей работы и разрывом отношений. Был

выполнен ABC-анализ конкретных случаев, когда Малкольм слышал “голос”. Образец этого анализа показан в табл. 12.2.

Таблица 12.2. ABC-анализ “голоса” Малкольма

A (Antecedents — антецеденты)	B (Beliefs and interpretations — убеждения и интерпретации)	C (Consequences — последствия)
Изучение календаря, размышления о том, что значит находиться “внутри” психиатрической больницы строгого наблюдения, и острая необходимость быть “снаружи” — ощущение напряжения	Мне нужно найти своих жен	Голос: “Тебя спасут”. “Не волнуйся, ты выйдешь отсюда” — снижение напряжения
Голос: “Тебя спасут”. “Не волнуйся, ты выйдешь отсюда” — снижение напряжения	Я скоро покину это место	Поиск смысла переживаний: “Кто со мной разговаривает? Почему со мной?” — недоумение
Поиск смысла переживаний: “Кто со мной разговаривает? Почему со мной?” — недоумение	Со мной контактируют инопланетяне, чтобы меня спасти. Должно быть, я избранный	Надежда. Чувство собственного превосходства

По мере того как приближался крайний срок спасения и продолжалось исследование его переживаний, а также собственных и альтернативных интерпретаций этих переживаний, я спросил Малкольма, как он будет себя чувствовать, о чем будет думать и что может сделать, если останется в больнице после даты ожидаемого “спасения”. Упражнения на проверку реальности требуют, чтобы возможные результаты и интерпретация того, что они означают, были согласованы заранее. Мы с Малкольмом составили список возможных результатов и согласились с тем, что после истечения крайнего срока он либо все еще будет в Рэмптоне, либо его здесь не будет. Поскольку Малкольм с уверенностью ожидал телепортации, то сказал, что нет необходимости назначать на следующей неделе нашу встречу. Я убедил его все же договориться о встрече на следующей неделе, чтобы мы могли продолжить нашу работу, если он все еще останется в госпитале. Он согласился, мотивируя это тем, что, если все еще останется здесь на следующей неделе, то будет весьма разочарован и, вероятно, захочет поговорить о своих чувствах.

Были выдвинуты следующие объяснения того, почему он может остаться в госпитале Рэмптон по истечении крайнего срока своего “спасения”: его спаситель оставил его, его спаситель был перехвачен, произошел сбой в системе “телепортации”, “голос” изменил свое мнение о нем, и его надежды на спасение оказались напрасны. Малкольм, который откровенно говорил о том, насколько он будет разочарован, согласился с тем, что у него может быть очень плохое настроение, но полагал маловероятным, что покончит жизнь самоубийством. Он сказал мне, что не уверен, какое объяснение лучше всего подходит, если его не спасут. Его “голос” в последние недели звучал реже, и он все больше полагался на свои собственные убеждения и надежды, а не на заверения “голоса”.

Учитывая, что Малкольм ранее пытался совершать побег, я спросил, не собирался ли он сбежать из психиатрической больницы строгого наблюдения. Он сказал мне, что думал о побеге, но, насколько он знал, у него оставался шанс выбраться из госпиталя Рэмптон либо с помощью своего спасителя, либо по решению комиссии по надзору за психическим здоровьем, либо путем перевода в другую больницу по решению его врача. Сотрудники продолжали следить за его поведением в отделении и контактами с женским персоналом, чтобы не допустить возможного захвата заложников в течение этого периода.

Помня об этих методах, я попросил Малкольма подумать, как он обычно справляется с разочарованием. Мы определили, как он ранее готовился к важным событиям, которые очень ждал, но они не состоялись. Малкольм вспомнил два важных случая, когда ранее справлялся с большими разочарованиями (ему отказали на свидании и ему не удалось получить желаемую работу). Мы совместно оценили, как именно он тогда смягчал воздействие этих событий, и эти подходы легли в основу его подготовки себя к потенциальному разочарованию в результате того, что его не спасут. В список вошли следующие пункты.

1. Напоминать себе, что существуют установленные способы выписки из психиатрической больницы строгого наблюдения (например, выписка по решению комиссии по надзору за психическим здоровьем, а также по рекомендации его терапевтической команды) и что его “спаситель” — не единственная его надежда.
2. Принять разочарование как естественное следствие неисполнения ожиданий, а не “катастрофу”.

3. Признать, что не все желания сбываются.
4. Напоминать себе, как он переживал прошлые разочарования, учился на собственном опыте и позже добивался успеха.

Эти пункты были записаны на “карточке самопомощи”, которую он приклеил на внутренней стороне двери своей палаты, чтобы напоминать себе о своей способности справляться с фрустрацией. Целью пункта 1 было поощрить Малкольма полагаться на реалистичные способы выписки из психиатрической больницы строгого наблюдения, о которых он упоминал во время нашей дискуссии о “путях выхода из Рэмптона”.

Адаптация к содержанию в психиатрической больнице строгого наблюдения

Был применен психообразовательный подход к проблеме адаптации. Обсуждались переживания Малкольма по поводу госпитализации в психиатрическую больницу строгого наблюдения. Были исследованы его опасения по поводу стать жертвой нападения вследствие проживания среди мужчин, у которых были проблемы с психическим здоровьем. Малкольм не знал, что ему придется делать в больнице. Он спросил, как долго он здесь пробудет, но согласился с тем, что трудно указать точные сроки, учитывая, что средняя продолжительность пребывания в госпитале составляет примерно семь лет. Он был проинформирован о том, что основные цели этого заведения заключаются в улучшении психического здоровья и социального функционирования, а также в снижении риска повторного совершения преступления.

Итоги

Малкольм не предпринял попытки бегства, когда истек срок его “спасения”. Он действительно был разочарован тем, что остался в госпитале Рэмптон, но отметил, что терапевтическая команда хорошо подготовила его к “срыву мероприятия”. Он сообщил, что, поскольку он был единственным человеком, ожидавшим “спасения”, то осознавал, что “что-то не так” в его размышлениях о своей ситуации. Он использовал свою карточку самопомощи, чтобы регулярно справляться с разочарованием, и сообщил, что не был до конца уверен, что его все же “телепортируют” из больницы. Переоценка его позитивных симптомов предполагала сдвиг в его слуховых

галлюцинациях (АHRS = 9) с заметными изменениями в представлениях о происхождении “голоса” и его воздействием на повседневную жизнь. Хотя показатель бреда величия Малкольма снизился (DRS = 6), его бред преследования, похоже, не изменился (DRS = 19). Он не сообщал о смене настроения и мыслях о том, чтобы навредить себе. Усилиями медсестры, которая осуществляла его ведение, была поднята самооценка, и он уже успешно отвергал идею о “потере всего”. Малкольм оживленно говорил о прошлых достижениях и важности напоминания себе о них, а также смог перечислить несколько личных качеств, которые, по его мнению, помогут ему совладать с ситуацией, пока он остается в госпитале Рэмптон. За описанный период психическое состояние Малкольма улучшилось, и потенциальная опасность, которую он представлял для себя и других, снизилась. Однако его бред преследования не исчез. Он не был предметом интервенции в течение описанного периода и является предметом продолжающейся в настоящее время работы. Необходимо, чтобы произошли изменения в его бредовых убеждениях о преследовании, прежде чем риск снизится в достаточной степени, чтобы Малкольма перевели в психиатрическое учреждение менее строгого наблюдения. Вовлеченность в КПТ, способность принимать возможные интерпретации, отличные от его собственных, и открытость в отношении мыслительных процессов являются хорошими предикторами прогресса Малкольма в понимании и преодолении проблем его психического здоровья.

КОЛИН

Колин провел в госпитале Рэмптон девять лет, прежде чем я с ним познакомился. Его преступлением было непредумышленное убийство своего домовладельца. У Колина ранее не было правонарушений. Он эмигрировал в Соединенное Королевство за четыре года до своего преступления, в первую очередь вследствие лучших перспектив трудоустройства. Несмотря на то что он нашел работу, Колин был социально изолирован и испытывал периоды плохого настроения, которые оставались без лечения из-за его нежелания обращаться за помощью. За шесть месяцев до своего преступления Колин начал чувствовать физическое недомогание, которое он связывал с молоком, лежавшем в общем холодильнике, где хранились продукты домовладельца и других жильцов. У Колина возникло подозре-

ние, что его домовладелец отравил молоко. После того как он предъявил домовладельцу обвинение в том, что тот подсыпал в молоко яд, завязалась драка, в которой он убил своего противника. Несмотря на интенсивное лечение антипсихотическими препаратами в течение девяти лет, Колин продолжал верить в то, что был отравлен. Это заблуждение, сопровождавшееся резистентностью к лекарствам, рассматривалось как ключевой фактор риска, препятствующий его переводу в психиатрическое учреждение менее строгого наблюдения. Несколько раз во время содержания в госпитале Рэмптон Колин выражал уверенность в том, что его снова отравляют. Подробные объяснения лечащего персонала, сделанные в благожелательной форме, предотвратили возможные атаки со стороны Колина. В частности, по мнению терапевтической команды, отсутствие расистских комментариев гарантировало отсутствие у Колина убеждения, что лечащий персонал настроен против него. Однако его непреклонные убеждения в отношении своего бывшего арендодателя и периодические подозрения, что медперсонал пытается его отравить, подтверждали мнение терапевтической команды о том, что Колин по-прежнему представляет серьезную и непосредственную опасность для других людей.

Оценивание

С Колином быстро установились терапевтические отношения. Он был особенно заинтересован в обсуждении своих убеждений и отметил, что, хотя многие сотрудники ранее спрашивали его о совершенном преступлении и убеждениях, никто не расспрашивал его, как он пришел к своим убеждениям, и не интересовался их основами. Похоже, что его неоднократно обследовали, лечили антипсихотическими препаратами, но исследование источника его убеждений не проводилось.

Колин раскрыл ключевые детали своей истории, заявив в том числе, что он периодически подвергался расистским оскорблениям со стороны домовладельца. Разговор с соседом подкрепил его подозрения в отношении домовладельца, поскольку сосед, по сути, согласился с тем, что домовладелец отравлял Колина. Базовые убеждения Колина были согласованы и впоследствии оценены посредством Оценочной шкалы бреда (DRS = 14).

Формулирование случая

В преддверии совершения преступления Колин испытывал ряд физических симптомов, включая тошноту, чрезмерное потоотделение и головные боли. Он был социально изолирован, у него не было близких людей, с которыми можно было бы обсудить его тревоги и заботы. Когда он попытался обсудить свои подозрения по поводу отравления с соседом по квартире, тот, по существу, их подтвердил. Колин сформировал понятное контекстуальное убеждение, что его домовладелец был настроен *против* него, руминируя по поводу расистских комментариев последнего. Это формулирование случая было разработано на основе предположения Б. Махера [Maher, 1988, pp. 15–33] о том, что некоторые бредовые убеждения являются следствием ошибочной интерпретации недиагностированных медицинских проблем, которые подвергаются когнитивным искажениям при психозе [Bentall & Kinderman, 1998]. У Колина не была тогда диагностирована аллергия на молоко, и ощущения, которые он интерпретировал как свидетельство отравления, впоследствии оказались симптомами аллергической реакции.

Интервенция

Интервенция была направлена на выявление свидетельств, которые поддерживали убеждения Колина, и на поиск опровергающих свидетельств. Частично бредовые убеждения Колина поддерживались тем, что он считал свои подозрения лучшим объяснением своих ощущений, а также не видел никакого иного правдоподобного объяснения своей тошноте. Колина спросили, что его озадачило в цепочке событий, приведших к совершению преступления, а затем эта цепочка была подвергнута исследованию. Он выделил следующие нестыковки.

- Какую выгоду получал домовладелец, отравляя его?
- Домовладелец был скупым и редко тратил деньги без надобности.
- Домовладелец часто жаловался на быструю смену жильцов, предпочитая постоянных жильцов, таких как Колин.

Я посоветовал Колину рассматривать свои сомнения как обоснованные и обязательно учитывать их в своей интерпретации произошедшего. Анализ источника поддержки его убеждений (комментарии соседа) выявил дальнейшие сомнения. Колин не считал своего соседа в целом

надежным человеком. Он был алкоголиком, воровал у других жильцов в их доме, а иногда выдвигал обвинения против других соседей по поводу вещей, которые сам потерял или, возможно, продал. Обсуждение и тщательное взвешивание свидетельств привело к снижению степени уверенности Колина в отношении своих убеждений о домовладельце (DRS = 4). Включение в формулирование случая аллергии Колина на молоко дало ему правдоподобное альтернативное объяснение отравлению. Было обсуждено его избегание молочных продуктов во время пребывания в госпитале Рэмптон, и Колин выразил удивление по поводу того, почему он ранее не связал свою аллергию на молоко и убеждение по поводу отравления домовладельцем.

Прогресс

Колин оставался стабильным весь период своего пребывания в госпитале Рэмптон. Пока он ожидал перевода в психиатрическое учреждение менее строгого наблюдения, я продолжал работать с ним, чтобы обеспечить закрепление его недавних улучшений. В первую очередь преследовались три цели. Во-первых, я хотел убедиться, что он самостоятельно контролирует ранние признаки возвращения проблем с психическим здоровьем. Во-вторых, Колина нужно было продемонстрировать, что он может свободно сообщать лечащему персоналу о любых изменениях своего психического состояния. Наконец, Колин должен был продемонстрировать, что может справляться с незначительными колебаниями своего психического здоровья, если поддержка будет недоступна. Я придерживаюсь рабочего предположения, что разнообразные копинг-стратегии для решения проблемных ситуаций расширяют возможности пациентов успешно справиться с такими ситуациями.

Учитывая стабильность психического здоровья Колина, терапевтическая команда согласилась с тем, что серия аналоговых упражнений на выявление изменений в психическом здоровье позволит определить дефицит навыков с точки зрения самомониторинга, коммуникации с лечащим персоналом и навыков совладания. Пример такого упражнения на разрешение конкретной проблемы приведен во врезке 12.1.

Врезка 12.1. Упражнение “Сохранение хорошего самочувствия”

Дорогой Колин, прочтите следующее упражнение и подумайте, что вы можете сделать для решения описанной проблемы. Сделайте необходимые заметки и назначьте встречу с одной из медсестер вашего отделения, чтобы обсудить их и попрактиковаться в разрешении данной ситуации.

Представьте, что вам грустнее, чем обычно. Вы заметили, что не хотите вставать по утрам и не разговариваете с другими пациентами и лечащим персоналом. Вы заметили смеющихся врачей в ординаторской и подумали, что они насмежаются над вами. Сидя вместе с другими пациентами в столовой, вы прислушивались к их “насмешкам” и думали, что они обсуждают вас.

Ответы на следующие вопросы могут помочь вам справиться с этой ситуацией.

1. Почему это может быть проблемой, требующей действий?
2. Что бы вы сказали себе, чтобы совладать с этой ситуацией?
3. С кем бы вы поговорили и что бы вы сказали?
4. Какие еще действия могут вам потребоваться?

Использование аналоговых упражнений для поддержания навыков

1. Почему это может быть проблемой, требующей действий?

Колин заметил, что ситуация, описанная в упражнении, была связана с его собственными симптомами. Он сказал, что если с ним случится подобное, ему нужно будет что-то предпринять, потому что он “может снова сорваться”. Колину предложили более конкретно рассказать о том, что сигнализирует об ухудшении его проблем с психическим здоровьем. Он определил “грусть” как ключевой сигнал наличия проблемы. Кроме того, по его словам, раньше он причинял людям боль, когда симптомы были активными, поэтому ему нужно будет действовать быстро, чтобы гарантировать, что его не направляют какие-либо бредовые убеждения о преследовании. В тот момент он не осознал, что паранойяльные переживания могут заставить его бояться других людей. Эта тема была отмечена, согласована как важная и рассмотрена позже (см. пункт 4 ниже).

2. Что бы вы сказали себе, чтобы совладать с этой ситуацией?

Колин определил, что его обычная реакция на опасения — катастрофизация, или “мысли о худшем”. Он сообщил, что, по его мнению, может развеять некоторые из своих соображений, в том числе “все начинается снова”, “все будет плохо” и “мне нужен нож, чтобы чувствовать себя в безопасности”. Он рассказал, как уравновесить такие соображения, напоминая себе о более реалистичных интерпретациях возникающих симптомов (“Я быстро заметил проблемы, чтобы получить помощь, прежде чем они усугубятся” и “Я могу справиться со взлетами и падениями, я не одинок, лечащий персонал и друзья меня поддерживают”). Благодаря подсказкам он смог вспомнить альтернативные варианты безопасного поведения из списка, который ранее составил. Такое поведение включало перерывы в занятиях, в которых использовались острые предметы, и необходимость заручиться поддержкой надежного друга из числа пациентов. Ролевая игра включала репетицию ситуации, когда он приглашает своего терпеливого друга поиграть в шашки, “чтобы отвлечься”. Комментарий Колина по поводу нежелания “чувствовать себя полным идиотом” подчеркнул необходимость пересмотреть его критическую самооценку, а также ее роль в его настроении. Эти вопросы были рассмотрены на более поздней встрече.

3. С кем бы вы поговорили и что бы вы сказали?

Колин осознал необходимость поговорить с любой медсестрой, чтобы рассказать о своей ситуации. В ходе обсуждения подчеркивалось, что ему необходимо сообщить о своей обеспокоенности возвращением симптомов. Колин осознал, что в такой ситуации ему необходимо будет *срочно* поговорить с медсестрой, поскольку в прошлом он за несколько дней стал законченным параноиком вследствие своих опасений по поводу того, что о нем думают другие люди. Мы провели репетицию ролевой игры, по ходу которой он настойчиво просил медсестру уделить ему время. От него требовалось реагировать на возможные проблемы, которые могут возникнуть, когда он обратится за помощью (просьба не прерывать врачебный консилиум; предложение отложить обсуждение на послеобеденное время; предложение принять лекарства без обсуждения возможных причин плохого настроения; беспокойство о том, что о нем подумают).

4. Какие еще действия могут вам потребоваться?

Колин был не уверен, какие еще действия он мог бы предпринять, чтобы помочь себе справиться с гипотетической ситуацией. Его подход к решению своей гипотетической проблемы (описанной выше) получил высокую оценку как реалистичный и управляемый, и он получил похвалу за некоторые навыки, которые продемонстрировал во время ролевых игр. Согласно одной из ранних записей, он изначально не осознавал того, что опасается атаки со стороны других людей. Колину предложили определить, как он мог бы себя чувствовать, если бы беспокоился, что над ним будут насмехаться или его обсуждать. Он сказал, что в такой ситуации мог бы “бояться нападения” и, возможно, чувствовать себя “встревоженным и напряженным”. Впоследствии Колину посоветовали использовать релаксирующую аудиозапись (которую он ранее посчитал полезной), чтобы снизить свое напряжение. Колина попросили выполнять упражнения на релаксацию и перечитывать материалы по самопомощи. Ему дали задание заполнить свой ABC-дневник, чтобы практиковаться в определении ключевых убеждений, образов, автоматических мыслей и последствий, особенно эмоций и действий. Его также попросили перечитывать свой список ранних предупреждающих знаков, чтобы напоминать себе, какие признаки и симптомы следует отслеживать.

Упражнения по поддержанию навыков и поведенческие репетиции могут применяться также для устранения других симптомов, провоцирующих гнев или насилие, в зависимости от индивидуальных потребностей пациента. Такие упражнения особенно полезны в периоды позитивного психического функционирования, когда пациент реже прибегает к навыкам самомониторинга и не обеспокоен необходимостью активного совладания. Реакция пациента на такие упражнения помогает оценить его прогресс и эффективность навыков совладания, указывая на необходимость дальнейшего развития. Кроме того, такие упражнения могут выявить чрезмерную уверенность терапевтической команды и пациента в навыках, эффективность которых не подтверждена. Хотя требования, предъявляемые к пациенту, высоки, результаты интервенции и управления рисками свидетельствуют об их пользе. Кроме того, выполнение упражнений дает возможность пациенту продемонстрировать навыки совладания, связанные с управлением состоянием своего психического здоровья и рисками для окружающих.

Итоги

Колин больше не обвинял лечащий персонал госпиталя в попытках своего отравления. В соответствии с последующими оценками терапевтической команды Колин принял объяснения о своем ошибочном истолковании физических симптомов и пересмотрел представления о действиях домовладельца. Он пережил период сниженного настроения, связанный с раскаянием за убийство человека. Терапевтическая команда расценила это как нормальную и объяснимую реакцию на развивающееся понимание своей болезни и осознание того, что он убил своего домовладельца, ошибочно полагая, что был им отравлен. Через 14 месяцев после завершения нашей терапевтической работы над его бредовыми убеждениями Колин был переведен в психиатрическое учреждение менее строгого наблюдения.

ОБСУЖДЕНИЕ

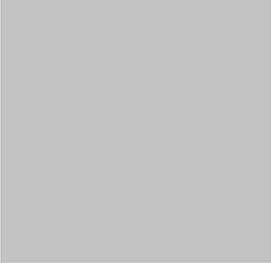
В долгосрочной перспективе пациенты, юридически признанные психически больными (в соответствии с Законом о психическом здоровье от 1983 г.), демонстрируют меньший риск совершения повторных правонарушений, чем пациенты, юридически признанные психопатами [Steels et al, 1998]. Однако оценивание актуального риска мало что дает по сравнению с суждениями о риске, сделанными на основе более подробных формулировок в отношении взаимосвязи между проблемами психического здоровья, социальным функционированием и риском. Оценивание, осуществляемое по ходу КПТ, способствует управлению рисками, выявляя стрессоры и факторы риска, что позволяет направить интервенцию на совершенствование управления этими рисками. Для успешного управления рисками требуются эффективные навыки самоуправления и навыки совладания, а также интервенции со стороны лечащего персонала. Клинические данные, которые получают в результате КПТ, предоставляют убедительные свидетельства, подтверждающие изменение (или его отсутствие) уровня опасности, которую представляют пациенты. Реалистичные отчеты о ранее ошибочно истолкованных событиях дают большую уверенность, чем отчеты типа “Тогда я был болен”. Пациенты, которые сообщают о незначительном временном усилении серьезности их проблемы или о нарушении, вызванном потенциально ремиттирующими симптомами, позволяют терапевтической команде более уверенно оценивать риски, чем маловероят-

ное и нереалистичное обобщение: “Есть проблемы”. Регулярный и очевидный самомониторинг с заслуживающими доверия записями в дневнике свидетельствует о том, что пациент серьезно относится к решению своих проблем с психическим здоровьем, независимо от того, мотивируется ли он страхом перед возвращением симптомов и дистресса или желанием получить свободу. Репетиция совладания с симптомами и социальными стрессорами по ходу ролевых игр способствует распознаванию проблем, совершенствованию навыков совладания и их генерализации.

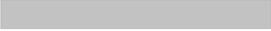
К сожалению, быстрый доступ к психосоциальным интервенциям остается проблематичным [Tarrier et al., 1998]. В этом отношении психиатрические больницы строгого наблюдения сталкиваются с теми же проблемами, что и общественные службы психического здоровья. Однако попытки преодолеть эти трудности продолжаются [Carton, 1999]. Два психиатрических учреждения усиленного наблюдения и одна больница строгого наблюдения в настоящее время занимаются обучением лечащего персонала методам оценивания, формулирования случая и совершенствования стратегий совладания, опираясь в качестве руководящей основы на эвристическую концепцию стресс-уязвимости [Nuechterlien & Dawson, 1984]. Основное внимание при интервенции уделяется снижению факторов личной уязвимости, улучшению совладания со стрессорами окружающей среды, а также более активному использованию личных протективных факторов и поддержки со стороны окружения. Развитие навыков достигается посредством тренингов, супервизии и рефлексий над теорией и практикой. Некоторые из первых выпускников уже проводят тренинги и супервизию. Преимущества для пациентов с точки зрения их терапевтических планов, более четко ориентированных либо на улучшение психического здоровья, либо на социальное функционирование, становятся очевидными.

Несмотря на то что доказательная база эффективности КПТ психозов в условиях психиатрических больниц строгого наблюдения крайне скудна, сочетание интервенций, показавших свою ценность в общественных службах психического здоровья, с индивидуальным формулированием случая позволяет разрабатывать осуществимые интервенции. Предположение о том, что риск совершения правонарушения можно снизить за счет лечения проблем с психическим здоровьем, не ново. Поступает все больше свидетельств эффективности психосоциальных интервенций при психозах, поэтому целесообразно исследовать эффективность комбинации КПТ

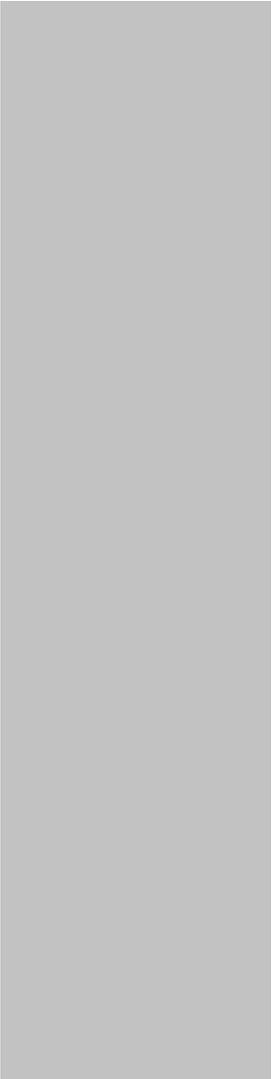
и атипичных антипсихотических препаратов в условиях больниц строгого наблюдения. Однако институциональный контекст (широкий спектр задействованных терапевтических служб, сочетание нескольких правонарушений, проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами, двойной диагноз), потребует сложной исследовательской схемы. Подходы к КППТ психозов, основанные на индивидуальном формулировании случая, имеют преимущества по сравнению с подходами на основе протоколов, которые обычно используются в клинических исследованиях [Bentall & Haddock, 2000]. Индивидуальные подходы строятся на основе анамнеза клиента и наличия трудностей, и поэтому требуют большего времени. Терапевтические протоколы, ориентированные на клинические исследования, могут ограничивать направленность интервенций (например, позитивными психотическими симптомами) и игнорировать другие ключевые вопросы, относящиеся к формулированию случая (например, принятие ответственности за правонарушение). Лечение устойчивой к лекарствам шизофрении атипичными нейролептиками в условиях психиатрических больниц строгого наблюдения дало многообещающие результаты. Исследование долгосрочных результатов проблематично, и большинство исследований эффективности интервенции предусматривают лишь ограниченный период последующего наблюдения. Отслеживание функционирования пациентов при различных уровнях безопасности и обеспечение доступности соответствующих интервенций должны обеспечить еще более многообещающие результаты. Требуется долгосрочное исследование воздействия психосоциальных интервенций на вероятность повторного совершения правонарушений, состояние психического здоровья и уровень социального функционирования.



Часть II



Обучение, супервизия и применение



Глава 13

ОБУЧЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОЗАХ

Дэвид Кингдон и Джереми Пелтон

За последние несколько лет в Великобритании возможности для обучения улучшились по сравнению с ситуацией, когда многие специалисты в области психического здоровья, занимавшиеся лечением шизофрении, имели ограниченный доступ или вообще не имели доступа к курсам, которые позволяли им освоить психологические аспекты такой работы. Ранее был опубликован ряд книг и статей по широкому спектру психосоциальных интервенций и, в частности, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), но возможности развить навыки были только у тех, кто работал вместе с практикующими специалистами и исследователями в этой области. Курсы КПТ, организованные в Лондоне, Ньюкасле и Оксфорде, предусматривали обучение терапии депрессии и тревожных расстройств, но шизофрения оставалась на периферии их внимания. Сейчас ситуация изменилась, и эти, а также новые курсы теперь включают модули по лечению психозов, хотя они по-прежнему уделяют недостаточное внимание психозам, оставаясь при этом весьма полезным общим введением в КПТ.

КУРСЫ ПО ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КПТ

Появились новые специализированные курсы, например междисциплинарные магистратуры по КПТ для пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями в университетах Манчестера и Саутгемптона. Курс рас-

считан на два года, первый год посвящен КППТ, а второй — исследованиям и практике. Сначала студенты изучают общую модель КППТ (модуль 1), а затем специализируются на техниках работы с пациентами с тяжелыми психическими заболеваниями (модуль 2), а также с семьями пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями (модуль 3). Курсы в Манчестере и Саутгемптоне создавались в 1997 и 2000 годах соответственно, но количество мест, клинических супервизоров и возможностей для внешних стажировок на них ограничено. Финансирование также остается препятствием, хотя многие финансирующие организации (например, Конфедерация рабочей силы Великобритании) оказывали поддержку, когда к ним обращались с надлежащим обоснованием.

КУРСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Более доступными в Великобритании являются обучающая программа Thorn и другие курсы психосоциальных интервенций (например, в Шеффилде), но они, как правило, набирают медсестер и эрготерапевтов, а не специалистов других профессий. Такие курсы возникли в начале 1990-х годов. Изначально они занимались управлением случаями и работой с семьями, но лондонские и манчестерские курсы уже тогда начали включать в свои программы КППТ. Новые курсы, созданные с тех пор (например, в Ноттингеме, Хакни, Борнмуте и Глостере) также стали следовать этой схеме (см. главу 14). Обучение КППТ на этих курсах было структурировано по-разному, но обычно оно включало элементы, приведенные в табл. 13.1.

Таблица 13.1. Примеры тем базового курса КППТ психозов

Темы

- Понимание того, что значит страдать психозом.
- Психопатология шизофрении и других психотических заболеваний.
- Доказательная база КППТ при тяжелых психических заболеваниях.
- Обучение когнитивно-поведенческому оцениванию.
- Обучение применению рейтингового инструментария.
- Работа с галлюцинациями и бредом.
- Работа с негативными симптомами и расстройством мышления.
- Коморбидные состояния, например депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, расстройство личности, суицидальность, враждебность.

Понимание того, что значит страдать психозом

Введение в эту область хорошо описано М. О'Кэрроллом [O'Carroll, 1996, chapter 14]. Пациенты психиатрических служб часто привлекаются для того, чтобы рассказать о своем опыте решения проблем с психическим здоровьем и о реакции со стороны таких служб. Особенно эффективными могут быть упражнения, разработанные людьми, слышащими голоса, — например, можно попросить двух участников разговаривать друг с другом, в то время как другие участники шепотом или громко говорят им что-то в ухо. Это помогает испытать переживания, связанные с отвлечением внимания, и вызываемые этим эмоции, особенно если воспринимаемая речь неприятна по содержанию. Упражнение, используемое для нормализации психоза, может заключаться в перечислении способов, которыми один человек может “свести с ума другого”: например, не позволять ему спать, давать амфетамины, обманывать различными способами (см. другие примеры в [Kingdon & Turkington, 1994]). Это помогает участникам понять способы, которыми могут быть вызваны психотические симптомы, а также объяснения, к которым прибегают люди, испытывающие странные явления. Это также дает возможность участникам представить себе, каково это, когда с вами происходят пугающие и непонятные вещи, и есть непреодолимая потребность в поиске объяснения, даже если оно неверное.

Психопатология шизофрении и других психотических заболеваний

Знание феноменологии психозов зачастую отсутствует даже у опытных специалистов в области психического здоровья. Они могут знать о голосах, но не о диапазоне и типах бреда — бреде величия, бреде отношения, бреде вмешательства в мысли, первичном бреде, вторичном бреде и т.п. Негативные симптомы также зачастую понимаются неправильно. Значительное влияние на них оказывают, например, лекарства, позитивные симптомы и депрессия, когнитивные дефициты и прочее, что следует учитывать при планировании терапии.

Доказательная база КПТ при тяжелых психических заболеваниях

Критическая оценка доказательств важна для понимания того, что установлено, а что нет в этой быстро развивающейся области (см. главу 16).

Обучение когнитивно-поведенческому оцениванию

Когнитивно-поведенческое оценивание, особенно в этой области, основано на эффективном оценивании психического здоровья. Общее оценивание выявляет потребности, существующую проблему и ее историю, личный анамнез, медицинский и психиатрический анамнез, социальные обстоятельства и соответствующие демографические подробности. Это дополняет исследование психического статуса, определяющее наличие психических проблем. Можно по-разному описывать составляющие оценивания, но, по существу, оно включает одни и те же основные элементы. Так, когнитивное оценивание выявляет соответствующие когниции, поведение и эмоции, а также отношения между ними.

Обучение применению рейтингового инструментария

В обучающей программе Thorn для оценивания психотических симптомов применяется Оценочная психиатрическая шкала KGV [Krawiecka, Goldberg & Vaughan, 1977], которую дополняет Шкала социального поведения (Social Behaviour Scale [Birchwood et al., 1990]). Для оценивания галлюцинаций и бреда используется более специфический инструментарий, например Рейтинговая шкала психотических симптомов (The Psychotic Symptom Rating Scales — PSYRATS [Haddock et al., 2001]). Она содержит измерения дистресса, озабоченности, нарушения, атрибуции и тому подобного, чрезвычайно важных для направления терапевтических стратегий при работе с галлюцинациями и бредом. Также полезно применять Национальную оценочную шкалу здоровья (Health of the Nation Outcome Scale — HoNOS [Wing, Curtis & Beevor, 1996]), где ряд важных областей (например, социальное функционирование, риск и симптоматика) объединяется в одной краткой шкале, которая вскоре станет частью формальных требований к информации о психическом здоровье (минимальный набор данных) в Великобритании.

Работа с галлюцинациями и бредом

Необходимые навыки в этой области описаны во введении к этой книге. Модель ABC — ценный подход, позволяющий обучающимся выявлять antecedенты и устанавливать связи с соответствующими убеждениями и последствиями. Полезными методами обучения являются ролевые игры, видеоинтервью и особенно обсуждение клинических случаев.

Работа с негативными симптомами и расстройством мышления

Негативными симптомами иногда пренебрегают, но появляется все больше свидетельств того, что они иначе реагируют на КПТ по сравнению с другими интервенциями. Чрезвычайно важно не только проводить терапию, но и ослабить прессинг, испытываемый пациентами, чему способствуют обсуждение клинических случаев и супервизия. К сожалению, время, отведенное работе с негативными симптомами на курсах, свидетельствует о том, что все еще не наблюдается значительного прогресса в этой области. В нашем собственном исследовании для проявления терапевтических эффектов потребовалось 18 месяцев [Sensky et al., 2000].

Коморбидные состояния, например депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, расстройство личности, суицидальность, враждебность

Все эти симптомы обычно присутствуют у пациентов, и необходимо обсудить, как действовать в таких случаях. КПТ для пациентов с депрессией и суицидальностью может проводиться независимо от того, есть у них психоз или нет; в обоих случаях используются одни и те же методы — работа с ошибочными когнициями, предположениями и самооценкой. Точно так же при работе со злоупотреблением психоактивными веществами могут использоваться некоторые базовые техники мотивационного интервью, и даже введение в диалектико-поведенческую терапию (конечно, это зависит от навыков преподавания). Тем не менее коморбидные заболевания неизбежно требуют более высокого уровня знаний, и было бы весьма нереалистично ожидать, что слушатель обучающей программы Thorn освоит их исключительно в рамках относительно короткого модуля КПТ.

Программа Insight into Schizophrenia была разработана многопрофильной группой [Turkington et al., 2002] при финансовой поддержке фармацевтической компании Pfizer Ltd, чтобы сделать КПТ и психообразование более доступными. С участием медсестер, обучавшихся по программе Thorn, была разработана краткосрочная интервенция с использованием печатных материалов (табл. 13.2).

Таблица 13.2. Программа Insight into Schizophrenia

Медсестра, обученная по программе Insight into Schizophrenia:

- координирует программу, ведет прием пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, собирает данные;
- консультирует пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, проводит КПТ;
- представляет учебные материалы по программе Insight into Schizophrenia;
- определяет потребности в обучении вместе с терапевтической командой;
- проводит индивидуальные тренинги.

Пациенты проходят шесть сессий КПТ под руководством медсестры программы Insight into Schizophrenia:

- медсестра и пациент вместе просматривают подборку брошюр, которые можно дать почитать пациенту.

Лица, осуществляющие уход за пациентами, участвуют в консультационных сессиях, проводимых медсестрой программы Insight into Schizophrenia:

- лица, осуществляющие уход за пациентами, проходят три сессии КПТ, проводимые медсестрой;
- медсестра и лица, осуществляющие уход за пациентами, совместно выбирают брошюры, которые будут предложены для ознакомления.

СЕССИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**Сессия 1. Вовлечение и предоставление объяснений**

- *Цель:* предоставить объяснения.
- *Брошюра 1:* "О вашем лечении".

Вовлечение

- сотрудничество;
- понимание диагноза, симптомов и лечения;
- безусловное позитивное отношение;
- избегание жаргона (в том числе профессионального) и снисходительности;
- составление списка проблем.

Уязвимость к стрессу

- врожденная, связанная с развитием, связанная с окружающей средой;
- индивидуальный стрессовый порог;
- стресс окружающей среды;
- жизненные события и критические инциденты;
- повышение стрессового порога.

Сессия 2. Формулирование случая

- *Цель:* разработать формулирование случая, связывающее критические инциденты, схемы и психотические симптомы.
- *Брошюра 3:* "Свободное время и отношения".

Продолжение табл.13.2

Сессия 3. Управление симптомами

- *Цель:* сосредоточить внимание на лечении одного психотического симптома.
- *Брошюра 2:* "Забота о себе и образ жизни".
- *Брошюра 5:* "Управление вашими симптомами".

Сессия 4. Приверженность

- *Цель:* выработать у пациента понимание своего отношения к медикаментам.
- *Брошюра 1:* "О вашем лечении".
- *Брошюра 4:* "Алкоголь и другие психоактивные вещества".

Сессия 5. Базовые убеждения и изменение установок

- *Цель:* прояснить базовые убеждения и установки пациента, приступить к работе над функциональностью одного из них.
- *Брошюра 3:* "Свободное время и отношения".

Сессия 6. Профилактика рецидивов

- *Цель:* совместная разработка плана профилактики рецидивов.
- *Брошюра 2:* "Забота о себе и образ жизни".

СЕССИИ ДЛЯ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ**Сессия 1**

- *Цель:* установить взаимодействие с лицом, осуществляющим уход за пациентом, начать разработку альтернативных объяснений и списка проблем.
- *Брошюра 1:* "Положительный результат — совместная работа".
- *Брошюра 5:* "О шизофрении и подобных заболеваниях".

Сессия 2. Формулирование случая, управление стрессом и копинг-стратегии

- *Цель:* поделиться формулированием случая и исследовать вопросы управления стрессом и копинг-стратегий.
- *Брошюра 3:* "Продолжение приема лекарств — чем вы можете помочь".
- *Брошюра 4:* "Как справиться с шизофренией".

Сессия 3. Постановка целей, решение проблем и предотвращение рецидивов

- *Цель:* выделить основную проблему и рассмотреть постановку целей и решение проблем. Составить план действий при рецидиве.
- *Брошюра 1:* "Положительный результат — совместная работа".
- *Брошюра 2:* "Поступление в больницу и сложные ситуации".
- *Брошюра 3:* "Продолжение приема лекарств — чем вы можете помочь".

Программные материалы

- Серия из пяти брошюр для пациентов и пяти брошюр для лиц, осуществляющих уход за ними.
- Разработаны с учетом рекомендаций клиницистов, пациентов и групп поддержки.
- Предлагают советы и информацию о способах совладания для пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними.
- Содержат полезные адреса и номера телефонов групп самопомощи.
- БРОШЮРЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ.

Брошюра 1: "О вашем лечении"

- Симптомы
- Медикаментозное лечение
- Немедикаментозная терапия
- Побочные эффекты

Брошюра 2: "Забота о себе и образ жизни"

- Снижение риска рецидива
- Здоровое питание
- Релаксация
- Брошюры для пациентов

Брошюра 3: "Свободное время и отношения"

- Установление распорядка дня
- Реакция других людей на болезнь

Брошюра 4: "Алкоголь и другие психоактивные вещества"

- Зачем принимать лекарства?
- Отказ от уличных наркотиков
- Брошюры для пациентов

Брошюра 5: "Управление вашими симптомами"

- Распознавание симптомов
- Зачем посещать терапевтические сессии?
- Как избегать триггеров симптомов

Программа Insight into Schizophrenia поддержана образовательным грантом компании Pfizer Ltd.

ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА СТАЦИОНАРОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОМУ ПОДХОДУ

Изменения, произошедшие в КПТ за последнее десятилетие, касались преимущественно амбулаторных пациентов (хотя во многие исследования включались стационарные пациенты в острых состояниях). Развитие терапевтических навыков у лечащего персонала стационарных учреждений очень важно, поскольку многие пациенты проводят недели или месяцы в условиях госпитализации, когда они находятся на пике своего заболевания. Серьезную озабоченность вызывает состояние палат, а также жалобы пациентов на то, что их не слышат. В 1999 г. Джон Аллен, в то время работавший медбратом-наставником, и я (Д. К.) разработали инициативу по обучению медицинского персонала, чтобы попытаться решить некоторые из этих проблем [Allen & Kingdon, 1998]. Среднему

медицинскому персоналу, работающему со стационарными пациентами Ноттингемской больницы, предложили выбрать для участия в учебном семинаре один из трех дней. Им дали базовое введение в КПТ с обсуждением ее применения к психозам и их мнения об этом. Затем последовали видеосъемка интервью с пациентами и участие в ролевых играх, позволяющих освоить техники работы с галлюцинациями и бредом. Целью было ознакомить медицинский персонал с основами КПТ, чтобы они смогли понять потенциал ее использования и применять в будущем. Затем в трех стационарных отделениях Дэвидом Кингдоном была осуществлена супервизия десяти сессий, проводившихся медсестрами, которые прошли обучение по программе Thorn.

В учебных семинарах приняли участие 36 медсестер и специалистов по эрготерапии. Анонимный письменный опрос дал положительные результаты — семинар описывали как актуальный и практичный. Супервизия оказалась более проблемной: в ней приняли участие около половины исходной группы, и немногие из участников посетили более трех-пяти сессий. Оценка показала, что возникли проблемы с выделением времени для посещения (хотя было обеспечено финансирование для подмены медсестер на время обучения). Несмотря на то что регулярные сессии со стационарными пациентами не были предусмотрены, была обсуждена польза такого подхода, хотя, вероятно, не слишком успешно.

Уроки, извлеченные из учебных семинаров, показали, что многие из их участников избегали углубляться в личность пациентов, считая это “копанием в грязном белье”, и что старшие медсестры стремились к укреплению стабильности пациентов, а не к изучению и обсуждению их трудностей. Они ожидали от этого усиления агрессии пациента по отношению к другим пациентам или причинения вреда им самим. Также они выражали уверенность в том, что их базовая подготовка не дает им навыков для решения эмоциональных проблем. Оправдываясь, многие заявляли, что у них нет времени, и дела отвлекают их от обсуждения с пациентами проблем последних. Поднимались и некоторые профессиональные вопросы, в том числе о том, кто должен проводить КПТ — психолог или медсестра-терапевт? Возникли опасения, что старшие медсестры чувствуют себя недостаточно квалифицированными, порой избегая супервизии и поддержки.

Поскольку профессиональное образование начинает предусматривать обучение КПТ, лечащий персонал стационарных учреждений неизбежно

начнет использовать этот подход. Однако до тех пор, пока не будет устранен дефицит времени, проблемы будут оставаться, хотя изменятся сами установки в отношении обсуждения важных эмоциональных вопросов пациентов. Вряд ли такое обсуждение и впредь будет восприниматься как “копание в грязном белье”, которое только усиливает дистресс и провоцирует агрессию. Гораздо чаще, по словам пациентов, когда они чувствуют, что к ним прислушиваются, их дистресс снижается, а сотрудничество углубляется. Единственная оговорка заключается в том, что КПТ предполагает сотрудничество, а не конфронтацию, и когда пациенты действительно испытывают дистресс, порой шаг назад оказывается более уместным, чем бездумное продвижение вперед.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Практическое профессиональное обучение, предлагаемое, например, программой Thorn [Gournay & Birley, 1998], позволяет психиатрическим медсестрам и другому ключевому медперсоналу принимать всестороннее и активное участие в лечении больных шизофренией и улучшать результаты. Со временем высококачественное обучение эмпирически обоснованным техникам преодолевает нежелание среднего медицинского персонала глубоко вникать в диагноз шизофрении и предотвратит применение неуместных интервенций. Более того, такое обучение дает специалистам в области психического здоровья уверенность и энтузиазм, позволяющие полноценно участвовать в лечении пациентов с шизофренией [Gamble, 1995].

Глава 14

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ: ОБУЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ИНТЕРВЕНЦИЯМ

Мадлен О'Кэрролл

В настоящее время существует обширная база данных об эффективности психосоциальных интервенций для лиц с серьезными психическими заболеваниями (см. главу 15). Клиенты психиатрических служб часто просят об альтернативе лекарствам, и политические структуры, например Национальная организация служб по охране психического здоровья [Department of Health, 1999], также поощряют такой подход. Кроме того, в настоящее время имеется множество руководств, содержащих пошаговые инструкции по применению этих методов (см. введение). Задача тех, кто занимается профессиональным образованием, заключается в переводе и преобразовании клинических материалов с целью обеспечения эффективного обучающего опыта.

В результате моей работы в качестве лектора и супервизора психосоциальных интервенций были сделаны два вывода. Во-первых, важно, чтобы преподаватели на самом деле “разрабатывали модель” при обучении студентов. Во-вторых, постепенно пришло понимание того, что обучающий курс в меньшей степени должен быть посвящен исследованию убеждений пациентов, клиентов служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих уход за ними, а в большей степени — выявлению аттитюдов лечащего персонала, который с ними работает. Это согласуется с точкой зрения

клиентов, которые давно заметили, что надлежащая “забота о психическом здоровье — это вопрос аттитюдов” [Rose, 2001].

В этой главе я кратко расскажу об обучающей программе Thorn. Затем я рассмотрю, как аспекты клинической модели могут быть использованы для обеспечения как содержания, так и структуры обучения психосоциальным интервенциям с особым упором на индивидуальную работу.

ОБУЧАЮЩАЯ ПРОГРАММА THORN

Обучающая программа Thorn объявила о наборе специалистов по психическому здоровью в 1992 г. в клинических центрах Лондона и Манчестера благодаря гранту благотворительного фонда сэра Жюля Торна. После первых успехов возникло намерение проводить обучение и на других площадках. Хотя имеются различия в академическом уровне, структурах и организации этих курсов, они обладают некоторыми общими ключевыми характеристиками. Мнения клиентов и лиц, осуществляющих уход за ними, имеют ключевое значение как для клинической работы, так и для разработки и проведения обучающей программы.

Обучающая программа предусматривает выделение на нее каждым участником одного неполного рабочего дня в неделю. Участники должны указать как минимум четырех индивидуальных пациентов/клиентов и две семьи, с которыми они будут работать в течение 12 месяцев. Все курсы охватывают три основных направления:

- управление случаем: включает политику и законодательство, а также порядок организации служб по охране психического здоровья и предоставления услуг;
- психологические интервенции при психозах (проводятся в индивидуальном порядке);
- семейная работа: предлагается семьям и лицам, осуществляющим уход за больными шизофренией.

Индивидуальная работа и работа с семьями основаны на когнитивно-поведенческих моделях. Кроме того, центральное место в работе с семьями занимают подход Дж. Леффа и соавторов (см., например, [Leff & Vaughn, 1985]) и концепция выраженных эмоций.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА

Хотя обучающая программа Thorn и не является тренингом КПТ, тем не менее в ней широко используется эта модель. Принципы когнитивно-поведенческой теории и терапии преподаются практикующими терапевтами в соответствии с форматом, который предложили К. Хотон и соавторы [Hawton et al., 1989]. Преподавательская команда также полагает, что учебный день должен предоставлять ряд возможностей для моделирования некоторых навыков. Это обеспечивает отражение полученного опыта (как клинического, так и теоретического), что способствует обучению. Также используется прием повторения — один и тот же материал преподносится по-разному. Очевидно, что отношения между студентом и преподавателем или тренером не такие, как между клиентом или пациентом и практикующим специалистом. Однако между ними есть достаточно много общего, чтобы преподаватели могли моделировать характеристики или техники, которые жизненно необходимы для хорошей клинической практики.

Для оценки клинических навыков психиатрических медсестер, работающих с людьми с серьезными психическими заболеваниями, используется Контрольный список когнитивной терапии [Devane et al., 1998], который включает два набора навыков: общие и специальные. Пять общих навыков включают в себя постановку повестки дня, обратную связь, межличностную эффективность, понимание и сотрудничество. Второй набор более когнитивно-поведенческий и посвящен ключевым когнициям и направляемым открытиям.

Хотя некоторые общие навыки могут использоваться и в ряде других терапевтических моделей, сотрудничество и обратная связь наиболее характерны именно для когнитивно-поведенческих подходов. В центре всей работы с пациентами и клиентами служб охраны психического здоровья находится терапевтический альянс, который в когнитивно-поведенческих подходах рассматривается как сотрудничество. С. Девейн и соавторы [Devane et al., 1998] обнаружили в своем исследовании, что патронажные психиатрические медсестры получили низкие оценки по показателю сотрудничества. У медсестер и врачей часто ни их основная подготовка, ни выполняемые ими профессиональные роли не поощряют подход сотрудничества, и некоторым требуется время, чтобы развить в себе такую способность.

Два навыка — постановку повестки дня и обратную связь — можно легко включить в учебный день. Хотя расписание обычно устанавливается в начале курса, важно проявлять гибкость и отвечать на запросы участников, например возвращаться к уже пройденному материалу или охватывать дополнительные темы. Способность преподавателя отвечать на эти запросы может стать полезным обучающим опытом для слушателей.

Обратная связь может быть получена и предоставлена различными способами. В начале курса участники определяют основные правила, в соответствии с которыми будет действовать группа, и они повлияют на то, как будет предоставляться обратная связь. Кроме того, когда участники практикуют клинические навыки или приносят аудиозаписи своей клинической работы, полезно позволить им самостоятельно определить те моменты, по которым они хотели бы получить обратную связь. Другой пример — попросить участников оценить учебный день в категориях “худший и лучший”. При этом их просят указать, что им наименее и наиболее понравилось. Таким образом, обратная связь может быть довольно широкой и может относиться к аспектам среды, таким как неудобные стулья, а также может предоставить преподавателям полезную информацию о содержании или стратегиях обучения. Иногда группе (и преподавателю) интересно услышать, что определенный подход отмечен как наименее любимый некоторыми студентами, в то время как другие сообщают, что это было то, что им больше всего понравилось. Такая ситуация помогает проиллюстрировать идею о том, что всегда существует несколько точек зрения.

УБЕЖДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Как отмечалось выше, для оценки клинических навыков используется Контрольный список когнитивной терапии. Для структурирования обучающего опыта и обеспечения соответствующего содержания курса также могут быть использованы общие навыки. Однако основная модель индивидуальной работы с пациентами и клиентами служб по охране психического здоровья в целом следует последовательности, описанной Х. Нельсон [Nelson, 1997], и включает вовлечение, стратегии совладания, психообра-

зование и модификацию убеждений. Обучение ведется по расписанию и проводится в том же порядке.

ВОВЛЕЧЕНИЕ

Одной из трудностей для участников, которые уже профессионально работают и осваивают новые навыки, может быть мысль о том, что значительная часть их предыдущей практики была в некоторой степени неправильной. Это не только неверно, поскольку все они обладают разнообразными навыками и богатым опытом, но, что еще более важно, может быть деморализующим фактором. Полезно попросить участников составить список своих навыков и опыта, чтобы уточнить, к чему именно они могут получить доступ индивидуально или в группе.

Участников просят развивать отношения сотрудничества, и часто это касается клиентов или пациентов, с которыми они уже работают. Следует признать, что довольно сложно изменить подход в рамках установившихся отношений. Одним из препятствий на пути к этому могут быть предубеждения лечащего персонала (зачастую их принимает вся терапевтическая команда) в отношении работы с конкретным пациентом. Поэтому участников просят придерживаться двух основных предположений при работе с людьми, которые имеют дистрессовые переживания или симптомы.

1. Пациенты и клиенты не лгут.
2. Они пытаются совладать со своими переживаниями [Fox & Conroy, 2000; Newell, 1994].

Обсуждение, которое следует за опросом учащихся относительно этих предположений, обычно бывает весьма оживленным. Первая реакция, как правило, представляет собой примеры из собственной практики, иллюстрирующие обратное. К. Гэмбл [Gamble, 2000] поднимает вопрос об attitudes лечащего персонала по отношению к людям с психическими заболеваниями и признает, что немногие из нас застрахованы от принятия осуждающего или критического подхода (по крайней мере, время от времени).

Большая часть работы практикующих специалистов в области психического здоровья связана с наблюдением за пациентами, но при этом следует помнить, что критика психиатрических больниц Е. Гоффманом [Goffman, 1961] все еще остается актуальной, поэтому не следует рассма-

тривать все поведение с точки зрения патологии. Принятие позиции, согласно которой люди пытаются совладать с ситуацией, — один из способов опспорить такую точку зрения. В этом отношении участников постоянно просят подумать, как определенное поведение, которое лечащий персонал или лица, осуществляющие уход да пациентом, считают проблемным, на самом деле может быть способом совладать с ситуацией. Такое поведение также необходимо соотносить с конкретным человеком, и это полезное задание для участников.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

В работе Х. Нельсон [Nelson, 1997], посвященной достижению терапевтического инсайта, можно выделить ряд существенных моментов. Первый включает выяснение взглядов пациента на психическое заболевание и шизофрению, и аналогичный подход применяется в отношении участников обучающей программы. В начале курса их просят определить свои личные убеждения относительно причин шизофрении (при этом их не просят делиться этим с группой). Затем группу просят провести совместный мозговой штурм всего, что они услышали или предполагали как причину шизофрении. Обычно это охватывает ряд объяснительных моделей, включая биологические, психологические, социальные и духовные. Затем предлагается модель стресс-уязвимости как основа понимания того, как любой из нас может перейти из состояния хорошего самочувствия в плохое. Потом следует обсуждение того, как факторы, выявленные участниками, могут быть включены в модель стресс-уязвимости.

Х. Нельсон [Nelson, 1997] утверждает, что в зависимости от реакции пациента может потребоваться время на дестигматизацию его психического заболевания. По ходу обучения участников постоянно стимулируют размышлять о том, как профессиональный опыт сформировал их убеждения в отношении психических заболеваний. Однако, хотя новая информация и может развеять наш страх перед безумием, она вполне может привести к формированию стереотипных представлений о “психически больном пациенте”. Психиатрическая система сделала пациентов и лечащий персонал “творениями друг друга”, но различия между этими двумя группами институализированы [Hinshelwood, 1998]. Психиатрия, в частности использование диагностических систем классификации, спо-

существовала увековечиванию представления о ненормальности таких явлений, как бред. Позже этот дихотомический подход был заменен континуальным, в соответствии с которым патология является лишь крайним выражением нормы [Craig, 2000]. Тем не менее, хотя многие молодые специалисты и не имеют опыта работы в классических психиатрических больницах, они, вероятно, либо обучались имеющим такой опыт лечащим персоналом, либо работали с ним на правах коллег. Поэтому сохраняется риск того, что негативные убеждения в отношении пациентов могут быть перенесены из психиатрических больниц в общество.

При разработке стратегий преподавания и обучения принято задавать вопросы, стимулирующие учащихся исследовать проблемы [Ramsden, 1992]. Однако то, как сформулированы эти вопросы, может непреднамеренно подкрепить, а не оспорить существующие стереотипные представления о людях с проблемами психического здоровья. Например, вопрос “Что бы вы подумали, как бы себя чувствовали или как себя вели в этой ситуации?” часто приводит к совершенно другим ответам, чем вопрос: “Как человек с проблемами психического здоровья будет думать, чувствовать или вести себя в этой ситуации?” Задавая более личные вопросы можно надеяться получить менее стереотипные ответы. Этот подход полезно использовать для получения ответа на многие вопросы — от определения трудностей доступа к медицинским услугам до рассмотрения причин, по которым кто-то может не пройти медикаментозный курс.

В расширенном контексте психообразования следующий этап клинической работы включает нормализующее обоснование [Kingdon & Turkington, 1991]. Это следует из вышеприведенного обсуждения того, что такие явления, как голоса и наличие (по мнению некоторых) необычных убеждений, находятся в пределах континуума нормальных переживаний человека. Однако практикующий специалист может принять эту точку зрения только в том случае, если она действительно обоснована. Поэтому важно, чтобы участники были способны распознать некоторые из этих переживаний внутри себя, оспорив этим представление о том, что лишь “другие” имеют такой опыт. Х. Нельсон [Nelson, 1997] и К. Гэмбл [Gamble, 2000] рекомендуют расспрашивать практикующих специалистов и студентов в отношении случаев, когда они переживали голоса или имели убеждения, которые могли быть похожи на бред. Вероятно, необходимо сначала распространить такую точку зрения среди практикующих специалистов в области психического здоровья, прежде чем она сможет восприниматься как “нормальная”.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В то время как содержание академических курсов обычно определяется органами аккредитации, используемые на них методы обучения, как правило, менее регламентированы. Однако важно, чтобы клиническая практика была согласована с преподаванием и обучением, даже если такая связь не всегда однозначна. В нашем случае это означает использование учебного дня для моделирования техник и навыков.

В отношении аттитюдов К. Гэмбл [*Gamble, 2000*] признает, что лечащий персонал, работающий с людьми, имеющими серьезные проблемы с психическим здоровьем, может реагировать так же негативно, как и лица, осуществляющие уход за такими людьми. Стереотипные убеждения в отношении психических заболеваний кажутся нормой, поскольку лечащий персонал придерживается таких убеждений. Как отмечает Х. Нельсон [*Nelson, 1997*], социализация и образование могут привести к появлению нового набора убеждений, но они маскируют старые, а не заменяют их. Учебные курсы, основанные на высшем образовании, лучше подходят для трансформации аттитюдов — в отличие от тренинга навыков [*Harvey & Knight, 1996*]. Вопрос о том, какие убеждения практикующие специалисты в области охраны психического здоровья имеют в отношении людей с психическими проблемами, требует дальнейшего исследования.

Глава 15

КЛИНИЧЕСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ

Дэвид Кингдон и Джереми Пелтон

Супервизия имеет фундаментальное значение для развития навыков при когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), особенно для психотических пациентов, поскольку необходимо адаптировать техники, освоенные во время обучения, к реалиям повседневной клинической практики и к весьма изменчивой группе пациентов. Целью супервизии является модификация поведения терапевта в ходе терапии путем его поддержки и обучения. В частности, она позволяет терапевтам сделать шаг назад, обобщив и рефлексировав сделанное, чтобы извлечь уроки и подготовиться к следующей сессии. Супервизия носит вспомогательный характер и является не менее важной, чем обучающие семинары и лекции.

Естественным следствием появления обучающих программ и курсов по КПТ психозов, упомянутых ранее, стала потребность в эффективной клинической супервизии. Ее следует рассматривать как краеугольный камень терапевтической практики. Хотя общая супервизия часто вполне доступна, в отношении КПТ в случае шизофрении наблюдается явная пустота. Получение соответствующей клинической супервизии является обязательным условием непрерывного развития терапевта и безопасности предлагаемой им терапии. С появлением упомянутых выше обучающих программ их участники столкнулись с ограниченным доступом к клинической супервизии по завершении обучения. Хотя во время обучения необходимая клиническая супервизия предоставляется, после завершения обучения на терапевтов ложится бремя поиска собственного супервизора.

Супервизия бывает групповой или индивидуальной, проходит под руководством более опытных терапевтов или коллег и, безусловно, является

двусторонним процессом. Кто может быть супервизором? Выбор зачастую ограничен, поскольку лишь немногие специалисты имеют для этого должную подготовку, достаточный объем времени или требуемый опыт, но даже при наличии выбора он порой основывается на личных, а не профессиональных соображениях. Супервизия воспринимается как чрезвычайно личный процесс, и раскрытие себя и своей практики чужому взгляду означает, что хорошие личные отношения имеют приоритет над опытом и обучающими способностями. На выбор и, безусловно, на отношения супервизии могут влиять вопросы пола, расы, культуры и подчинения, причем непосредственный руководитель может не быть идеальным супервизором. Чувствовать себя комфортно в этих отношениях крайне важно, но также важно убедиться в наличии у супервизора необходимого опыта и навыков, что поможет избежать напрасной траты времени. Запросы студента, еще плохо знакомого со своей будущей профессией, и опытного клинициста, который совершенствуется в новой для себя области, приводят к разным договоренностям, реализации разных потребностей и различному взаимодействию. Если недоступны опытные супервизоры, следует рассмотреть возможность взаимной супервизии. Пользу от нее нельзя недооценивать, поскольку в ряде случаев посредством такой взаимной поддержки и обучения терапевты совместно достигали высокого уровня. Взаимная супервизия может дополнять супервизию под руководством опытных супервизоров.

Исходным материалом для супервизии являются терапевтические заметки, аудиозаписи и устные отчеты, и каждый из них имеет ценность. Заметки содержат подсказки, а заметки, сделанные на сессиях супервизии, являются важными *памятками* для будущих сессий. Такие заметки могут включать подробные комментарии, дополнительно освещающие процесс супервизии.

Большая часть супервизии происходит в виде личных интервью, и это, безусловно, идеальный вариант, но иногда удаленность участников вынуждает их прибегать к телефону, Интернету и даже переписке. Дополненные аудиозаписями интервью такие медиа также могут быть полезны, однако отсутствие непосредственного общения, совместного анализа формулирования случая или рисования наглядных диаграмм, иллюстрирующих ключевые моменты, может оказаться трудно восполнимым. С этой целью полезно было бы использовать технологии видеосвязи. Но, к сожалению, дороговизна широкополосных веб-камер не способствует дистанционной супервизии. Однако с развитием технологий этот потенциал стоит изучить.

Групповая супервизия позволяет представить разные точки зрения, объединить знания, сэкономить средства и оказать эмоциональную поддержку, но ей не хватает личного внимания в случае индивидуальной супервизии. Групповая супервизия больше подходит для разговорчивых участников, чем для менее ассертивных.

Какие задачи стоят перед супервизией? Р. Кэрролл [Carrol, 1996] описал их таким образом.

- *Установление обучающих отношений.*
- *Обучение.* В целом супервизия предполагает неформальное обучение с использованием моделирования поведения и техник, применяемых в ролевых играх. Также полезно рекомендовать соответствующую литературу.
- *Советы.* Это более спорный момент, означающий помощь терапевтам в извлечении уроков из их собственных реакций и размышлений о пациентах. При работе с пациентами могут возникнуть личные проблемы. Супервизия позволяет решать относительно небольшие подобные проблемы, но в сложных случаях обычно уместно подумать об альтернативных интервенциях. Если терапевт переживает излишний дистресс или чрезмерно вовлечен в процесс, супервизор может посоветовать ему отказаться от терапии, пока он не будет готов к ней вернуться.
- *Консультации.* Они помогают терапевтам разработать надежное, но гибкое формулирование случая, основанное на исчерпывающем оценивании, а затем проработать стратегии изменений и соответствующие когнитивные интервенции.
- *Оценивание.* Это касается как супервизоров, так и терапевтов. Оценивание может быть частью процесса обучения, и просьба к терапевтам сначала оценить себя порой облегчает трудную работу. Большое значение имеет периодическое оценивание по ходу процесса супервизии и оценивание по его завершении.
- *Мониторинг профессиональных и этических вопросов.* Те или иные обстоятельства, например работа с суицидальным пациентом, могут породить профессиональные и этические проблемы (необходимость информировать третьих лиц и т.д.) В этих случаях мнение и поддержка супервизора являются неоценимыми. К сожалению,

бывают случаи, когда между терапевтом и пациентом возникают личные или сексуальные проблемы, и тогда помощь супервизора может стать необходимой для обоих; супервизор, безусловно, должен знать о такой вероятности и быть готовым действовать в случае необходимости.

Общие принципы клинической супервизии, описанные выше, хорошо адаптируются к контексту КПТ, но тут возникает потенциальное преимущество — возможность основывать супервизию непосредственно на когнитивно-поведенческой модели. Таким образом, постановка повестки дня, отслеживание автоматических мыслей и работа с предположениями имеют такое же отношение к супервизии, как и к терапии, и позволяют моделировать эти техники во время сессии супервизии. Клиническая супервизия часто моделирует саму терапевтическую сессию. Супервизор проводит сессию в соответствии с повесткой дня, которую совместно обсуждает с терапевтом. Сессия часто начинается с обзора последней клинической супервизии и терапевтических успехов, достигнутых с тех пор. Следует рассмотреть и оценить любые профессиональные действия, предпринятые терапевтом с момента последней сессии, и при необходимости включить их в повестку дня. Затем в повестку дня включаются клинические случаи, проблемные области и трудности, возникшие на сессии. Затем сессия сосредоточивается на совместной работе над конкретными примерами и выработке возможных решений. В этих условиях уместно выработать стиль сотрудничества, который обеспечит обратную связь и регулярное оценивание успехов. Весьма важно полное оценивание, на основе которого формулируется случай. В конце сессии супервизор обобщает и подытоживает ее, согласовывает план действий, а также назначает дату и время следующей встречи.

Супервизор может предложить терапевту заполнить Шкалу когнитивной терапии, поскольку ответы на нее имеют значение. Во время сессии супервизор должен оставаться сотрудничающим, задавать сократические вопросы (выясняя у терапевта направление его дальнейших действий вместо того, чтобы самому давать все ответы), запрашивать обратную связь и проверять понимание.

К. Падецки [Padesky, 1996], обсуждая формат клинической супервизии в КПТ, перечисляет пять вопросов, которые могут составить основу сессии.

1. *Существует ли когнитивная модель для понимания и лечения проблемы данного пациента?* Терапевт должен знать различные модели КПТ и понимать, чем они могут быть полезны ему и его пациенту. Модель может быть нарисована схематически, что позволяет передать пациенту мощный визуальный образ.
2. *Соблюдается ли когнитивная модель при формулировании случая и лечения?* Супервизор расспрашивает о терапевтическом процессе и соотносит действия терапевта с формулированием случая и терапевтической моделью. Точно ли формулирование случая отражает обстоятельства и переживания пациента, и было ли лечение основано на соответствующей гипотезе?
3. *Обладает ли терапевт знаниями и навыками для правильного проведения когнитивной терапии?* Терапевт должен быть достаточно честным, чтобы выявлять любые пробелы в своих профессиональных возможностях и уметь обращаться за необходимой помощью, чтобы улучшить свою работу в будущем.
4. *Соответствует ли терапевтический ответ ожидаемым паттернам?* Супервизор и терапевт снова исследуют терапевтический процесс. Соответствует ли он ожидаемому прогрессу, как это было предсказано формулированием случая? Как исходная гипотеза соотносится с актуальным этапом терапии?
5. *Что в формулировании случая клиента (а также в терапевтических отношениях или в реакциях терапевта) может препятствовать успеху?*

Если имеются проблемы по пункту 4, то супервизор и терапевт могут изучить следующие возможности.

- Нужно ли терапевту пересмотреть исходное формулирование случая и, возможно, рассмотреть другую гипотезу?
- Есть ли в отношениях терапевта и пациента что-либо, что может препятствовать терапевтическому процессу, например перенос или контрперенос?
- Нужно ли исследовать терапевтический процесс — темп проведения сессий, их частоту, вопросы оплаты услуг и понимание модели?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая супервизия зачастую недооценивается, возможностей обучиться этому искусству недостаточно, и порой она осваивается на ходу. Как следствие, терапевтический подход становится бессистемным. Однако растет объем знаний о том, как обеспечить его наиболее эффективным образом. Клиническая супервизия должна быть конструктивным и поддерживающим процессом, приносящим пользу пациенту, терапевту и супервизору, которые могут узнать больше о применении КПТ при психозах.

Глава 16

КАК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВНЕДРЕНИЕ

Дэвид Кингдон

В предыдущей части книги множество практиков, столкнувшихся с разными клиническими случаями и имеющих разный уровень подготовки, описали свой опыт использования когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Как сделать эти знания и опыт более доступными? Широкое распространение новых эмпирически обоснованных практик, таких как КПТ психозов, обеспечивается публикациями, выступлениями и конкретными инициативами по внедрению [Koerner et al., 2001]. Обычно распространение знаний происходит с помощью публикаций в научных журналах, докладов на конференциях и т.д. В лучшем случае это приводит к весьма медленному внедрению новшеств в повседневную клиническую практику. Ситуации, в которых аудитория открыта к новшествам, ищет информацию, тратит минимальные средства на ее поиск, а медицинский персонал мотивирован обогащать свои знания и опыт (и поощряем к этому!), являются редкостью. В США это произошло с диалектико-поведенческой терапией (ДПТ) и в некоторой степени то же самое произошло с КПТ психозов в Великобритании. Случаи суицида, неоднократные терапевтические неудачи и повторяющиеся неэффективные госпитализации вызвали резкое увеличение спроса на обучение ДПТ и ее внедрение [Koerner et al., 2001]. Несмотря на ограниченную доказательную базу, распространенное мнение об успехе применения этих техник привело к их широкому внедрению. КПТ психозов получила широкое распространение в Великобритании и Скандинавии, но в других странах она менее популярна, несмотря на гораздо более сильную доказательную базу (см. ниже). Отчасти это может быть связано со временем, необходимым для понимания важности таких

исследований, но также ощущается недостаток усилий по их пропаганде. К. Кернер также отмечает важность публикации результатов рандомизированных клинических исследований в журнале *Archives of General Psychiatry* (например, [Sensky et al., 2000]), поскольку именно его читают лица, принимающие решения не только в США, но и в других странах. Кроме того, возможно, что клиническое воздействие при КПТ психозов оказывает менее прямое воздействие на симптомы и качество жизни пациентов, а также на частоту их госпитализаций, как это произошло с ДПТ.

Распространение информации увеличивает интерес, но необходимы высококачественные обучающие программы с запрограммированными результатами. В книге описаны английские разработки в этой области (см. главы 13 и 14). Подходящим методом передачи передового опыта может быть обучение отдельных сотрудников или целых терапевтических команд. Помощь в этом могут оказать как многочисленные исследовательские группы, публикующие результаты своих работ и терапевтические рекомендации, так и преподаватели обучающих программ и курсов (например, Thorn).

Если обучение терапевтической команды осуществляется на площадке заказчика, или “на месте”, необходимо предварительное оценивание и согласование потребностей, стоимости и т.д. “Продавцы” тренинга должны быть убедительными — приводить результаты, демонстрировать актуальность и эффективность своего подхода — например, полное выздоровление конкретных пациентов или улучшение качества их жизни. Они должны сосредоточиться на конкретных задачах, порой даже сдерживая свой энтузиазм, пока организация-заказчик не проявит заинтересованность и не будет готова двигаться вперед. При обучении “на месте” эффективно, например, такое чередование: пять дней тренинга, шесть месяцев практики, затем два-пять дней дальнейшего тренинга и презентации клинических случаев. Также необходимо уделять особое внимание организации супервизии во время периода обучения и после него. Кто может обеспечить ее на месте? Во что это обойдется (по времени и финансам)? Как это можно осуществить?

Препятствием на пути корпоративного обучения КПТ психозов является неверие руководителей учреждений в свои возможности вследствие дефицита финансовых и кадровых ресурсов, что ограничивает масштаб такого обучения. Напротив, навязывание обучения со стороны вышестоящих или правительственных органов может привести к сопротивлению и даже к бунту. Поэтому подход, мягко убеждающий в том, что качествен-

ное обучение будет соответствовать интересам всех сторон, с большей вероятностью окажется успешным (при этом правильно отражая суть КПТ). Реалистичная оценка вероятных препятствий, возникающих перед инициаторами, участниками и преподавателями (которые обычно имеют еще основную работу) помогает успешному достижению поставленных целей. Командный тренинг способствует постоянному развитию, обеспечивая поддержку и понимание со стороны всех участников. “Построение обучающей среды” — это звучит заманчиво. На практике это означает изменение аттитюдов, понимание ценности учебного времени и предоставление учебных ресурсов — книг, руководств, видео, материалов по самопомощи и т.д. Большое значение имеет также вовлечение лиц, принимающих решения. Незапланированные обстоятельства, например аттестация медперсонала, могут способствовать организации обучения. В условиях частной практики как поощрения за обучение эмпирически обоснованным подходам могут применяться премии, карьерный рост, укрепление репутации и последующее повышение доходов. Хотя руководители психиатрических учреждений порой рассматривают дополнительное обучение лечащего персонала как досадную необходимость, заблаговременное планирование эффективного использования полученных знаний и стремление сохранить коллектив может привести к отличному результату. В итоге высокомотивированные и отзывчивые сотрудники будут качественнее работать с клиентами в рамках выделенного бюджета, предоставляя отнюдь не менее качественные услуги, чем высокооплачиваемый персонал частных психиатрических клиник. Для этого специалисты общественных служб по охране психического здоровья должны иметь опыт и быть уверены в своих способностях, а их пациенты — ценить уделяемое им время и понимать, какую пользу они получают.

Итак, как сделать КПТ доступной для всех пациентов с психозами, которым она может принести пользу? Ресурсы неизбежно будут проблемой — как по финансовым причинам, так и из-за недостатка обученного персонала, — но любой, кто ждет, пока ресурсы станут доступными, будет ждать вечно или, по крайней мере, пока не появится кто-то с более активным подходом к делу. В любой службе по охране психического здоровья с этой целью критически важно заручиться поддержкой руководства, отдела кадров и лечащего персонала [Tarrier et al., 1999]. Кроме того, большое значение имеет апелляция к доказательной базе, свидетельствующей об эффективности КПТ психозов.

КТО ЗАНИМАЕТСЯ ВНЕДРЕНИЕМ

Хотя конечная цель внедрения заключается в том, чтобы КПТ непосредственно применяли отдельные терапевты, для этого необходимо привлечь ряд организаций, причем каждая организация имеет свои особенности и проблемы.

На национальном уровне

Свидетельства эффективности КПТ при тяжелых психических заболеваниях отмечены в отчете Консультативной группы по клиническим стандартам [*Clinical Standards Advisory Group*, 1994], в котором этот метод был рекомендован для лечения пациентов с шизофренией. Такую же точку зрения отстаивали авторитетные обзоры психотерапевтических методов [*NHS Executive*, 1996] и данных об их эффективности [*Roth et al.*, 1988]. В Национальной программе лечения психических заболеваний настоятельно рекомендуются психосоциальные интервенции: “В отношении шизофрении появляется все больше свидетельств эффективности психологических методов лечения, включая некоторые когнитивные подходы” [*Department of Health*, 1999, р. 46]. Кроме того, при оценивании успешности функционирования пациента в соответствии со Стандартом 4 (который касается тяжелых психических заболеваний), учитывается “доступ к психологической терапии” [там же, р. 66].

Профессиональные организации

Профессиональные организации также оказали поддержку. Британское психологическое общество недавно опубликовало положительный обзор публикаций в этой области [*BPS*, 2000]. Популяризация и распространение техник, которые произошли благодаря обучению клинических психологов КПТ психозов и ДПТ, значительно повысили оптимизм по поводу лечения тяжелых психических заболеваний и вернули многих терапевтов к практике. Конец 1980-х — начало 1990-х годов были временем массового оттока терапевтов из практики, за исключением небольшого числа особенно стойких приверженцев своего дела, которые продолжали работать в реабилитационных службах. Большинство из них с энтузиазмом восприняли новые разработки — в особенности возможности по их освоению.

Медсестры приобретали необходимые навыки, обучаясь по программе Thorn [Gournay & Birley, 1998] и на аналогичных курсах, и базовая профессиональная подготовка во многих областях теперь включает КПТ. Трудности с организацией обучения в последние десять лет, а также острый дефицит квалифицированных медсестер серьезно затруднили развитие практики, но обучающие организации справились с этим. Наблюдается постепенный переход от обычных курсов патронажных медсестер к более специализированному последипломному образованию, которое более соответствует потребностям.

Неоценимую поддержку оказал Королевский колледж психиатров, который предоставил платформу для презентации результатов на обучающих семинарах и научных конференциях, а также включил обучение КПТ в обязательную учебную программу. И это несмотря на то, что КПТ психозов явно противоречит некоторым фундаментальным предположениям психиатрии, например, что люди с бредовыми идеями не воспринимают доводы разума и что болезнь с очевидными биологическими отклонениями не может лечиться психологическими методами. Таким образом, подобного рода проблемы, казавшиеся фундаментальными и весьма спорными, были успешно решены в Великобритании, Австралии и Скандинавии. Однако они остаются проблемами в США и других странах, где КПТ психозов еще не получила существенного признания. Американская психиатрическая ассоциация опубликовала руководство по лечению шизофрении в 1998 г. и пришла к следующему выводу.

Несколько контролируемых и неконтролируемых исследований распространили когнитивную терапию А.Т. Бека на шизофрению с обнадеживающими клиническими результатами, включая снижение или устранение бреда и галлюцинаций. Хотя техники когнитивной терапии и реабилитации выглядят многообещающими, хорошо спланированных контролируемых исследований, демонстрирующих их эффективность, не проводилось. Кроме того, эти техники все еще модифицируются. На данном этапе разработки они не рекомендуются для повседневного клинического применения [APA, 1998].

Вызывают оптимизм и безусловный интерес исследования, проводимые в последнее время в Малайзии и Китае, хотя эти разработки (см. ниже) еще не включены в американские руководства.

Психиатры в Великобритании, похоже, уже согласились с тем, что так называемые бредовые идеи могут иметь скрытый смысл и быть доступными пониманию. Следовательно, работа с ними может помочь их изменить. Возможно, этому способствовал авторитет Р. Лэнга [*Laing & Esterson, 1970*]. Его работа стала популярной среди широкой публики и психиатров, дав примеры пациентов, симптомы которых казались понятными в контексте, в котором они жили. Подход социальной психиатрии также имел успех, и поэтому психиатры признали связь между социальными обстоятельствами и шизофренией. Такая смена убеждений для большинства не составила труда. КПТ зарекомендовала себя как эффективный и гибкий метод работы с пациентами, имеющими различные проблемы с психическим здоровьем, который сочетается с приемом медикаментов. Число психиатров, официально применяющих КПТ, невелико, но многие сейчас ссылаются на нее или используют некоторые из ее принципов (см. ниже).

Легче всего объяснять психические заболевания на основе модели стресс-уязвимости [*Zubin & Spring, 1977; Tyrer & Steinberg, 1998*]. Однако там, где доминировала биологическая модель, принятие психосоциальных интервенций оказалось более трудным. Обычно мы проводим аналогию с физиотерапией при инсульте.

Использование когнитивно-поведенческой терапии при шизофрении может показаться нелогичным: как может расстройство, при котором имеются признаки мозговой дисфункции, реагировать на лечение, основанное на слушании и разговоре? Пожалуй, самая полезная аналогия — использование физиотерапии и других форм реабилитации после нарушения мозгового кровообращения. Физиотерапия не меняет основной дисфункции головного мозга, но может внести большой вклад в преодоление вызванных нарушений. Точно так же когнитивно-поведенческая терапия не может изменить основные функциональные нарушения, но помогает пациенту совладать с ними и приспособиться к ним. Иногда высказываемые возражения апеллируют к тому, что в контролируемых исследованиях начала 1980-х годов была недвусмысленно продемонстрирована неэффективность психологического лечения при шизофрении <...> Однако с тех пор <...> появились новые свидетельства <...> адаптации когнитивно-поведенческой терапии к шизофрении [*Kingdon, 2000*].

Тем не менее профессиональные факторы иногда затрудняют внедрение. Например, проблему может создавать соперничество между психиатрами, медсестрами и клиническими психологами. Психиатры защищают биологическую модель от любых посягательств и не направляют соответствующих пациентов на КПТ, не оказывая им в этом поддержки, а иногда и препятствуют этому. Психологам может мешать профессиональный изоляционизм или чувство превосходства там, где важна командная работа с психиатрами над сложными проблемами пациентов. Ожидание самостоятельного прихода пациентов в офис и отказ от них, если они этого не делают, означает, что многие пациенты, которые могли бы получить помощь, не проходят лечения. Низкая мотивация и паранойя — ключевые факторы, из-за которых пациенты могут отказываться посещать службы по охране психического здоровья. В свою очередь, вопросы безопасности в любом случае необходимо учитывать, но они не должны препятствовать прогрессу. В будущем, возможно, в работу с пациентами будут интегрированы краткосрочные интервенции. Также, безусловно, для повышения уровня подготовки необходимы супервизия и поддержка коллег. К сожалению, привлечение медсестер, получивших базовую подготовку (например, на обучающей программе Thorn), порой происходит излишне медленно, и вместо того, чтобы быть союзниками, они часто становились конкурентами.

Старшие медсестры, психологи и психиатры порой избегают личного вовлечения или просто не имеют свободного времени, но они могут стать бесценными союзниками. Они могут направлять пациентов, ощутимо способствуя формальному и неформальному обсуждению проблемы — от кулуарных бесед с непосредственным руководством до явной поддержки в высоких кабинетах. Чем полнее вы представите клинический случай директору клиники или главному врачу, тем большую помощь они смогут оказать.

В каждой службе по охране психического здоровья есть сотрудники, способные понять концепции, которые лежат в основе КПТ. По нашему опыту, большинство из этих сотрудников были бы рады принять участие в обучении (см. предыдущий раздел), и многие считают, что этот подход перекликается с их текущей клинической практикой, существенно повышая эффективность работы и удовлетворенность ею. Поэтому набор слушателей не является проблемой (уровни компетентности обсуждались в разделе, посвященном обучению). Однако может быть сложным найти

время для применения полученных навыков, поскольку необходимо учитывать разные уровни КПТ:

- специализированная терапевтическая помощь — продвинутая КПТ;
- менее специализированная помощь — базовая КПТ;
- когнитивно-поведенческий подход.

Каждый аспект заслуживает внимания и важен. Когнитивно-поведенческий подход может:

- иметь самостоятельное терапевтическое значение;
- помогать в лечении пациентов, например, при выборе лекарств и социальных интервенций (соблюдение терапевтических рекомендаций и приверженность лечению);
- способствовать принятию пациентами более формальной КПТ и получению от нее пользы.

Страдает ли качество от такого дробления? Можно поспорить, что нет, поскольку такая многоуровневость предоставляемых услуг является наиболее эффективным способом использования ограниченных ресурсов.

Официальное признание результатов обучения и аккредитация варьируется от сертификатов семинаров до дипломов обучающей программы Thogn, магистерских дипломов по КПТ, а также аккредитации национальными (такими как Британская ассоциация поведенческой когнитивной психотерапии) и международными (такими как Академия когнитивной терапии) организациями. Подробности доступны на сайтах соответствующих организаций. Для получения аккредитации от Академии когнитивной терапии, например, необходимо пройти 40 часов обучения, включая, в идеале, 10 часов супервизии, а также предоставить запись терапевтической сессии и представить подтвержденный клинический случай.

Пациенты, клиенты, а также лица, осуществляющие уход за ними

На национальном уровне поддержку развитию когнитивно-поведенческой терапии при серьезных психических заболеваниях выразили Национальное общество по борьбе с шизофренией, а также благотворительные организации — Rethink, MIND и др. Организации, объединяю-

щие пациентов, клиентов, а также лиц, осуществляющих уход за ними, могут оказывать поддержку на местном уровне. Сеть Hearing Voices в Великобритании и Голландии (пока не получившая широкого распространения в других странах) оказала большое влияние на то, как “голоса” воспринимаются и при необходимости управляются пациентами при внешней поддержке. Организации, объединяющие пациентов и клиентов, обычно отдают предпочтение немедикаментозным интервенциям [Rose, 2001], но рекламная и маркетинговая поддержки недостаточны, поэтому в ближайшей перспективе эти формы лечения вряд ли станут широкодоступными. Одним из важных примеров является программа Insight into Schizophrenia, финансируемая компанией Pfizer Ltd в нескольких британских больницах.

Привлечение финансирования

Раннее привлечение потенциальных спонсоров и представителей служб по охране психического здоровья к любым крупным проектам обеспечит их поддержку и даже приверженность внедрению КПТ. Даже в случае небольших проектов их влияние на определение направлений предоставляемого финансирования может иметь решающее значение для успеха. Представители служб по охране психического здоровья и спонсоры таких служб зачастую настроены на решительные изменения, благодаря чему открываются возможности для глубокой реорганизации. Их цель состоит в том, чтобы достичь оптимального соотношения затрат и качества предоставляемых услуг, продемонстрировав это своим наблюдательным органам. Их приоритеты — сбалансировать бюджеты, повысить качество предоставляемых услуг и соответствовать целям, которые намечены в правительственных документах. Приведенная выше информация о роли КПТ для национальных приоритетов может быть им известна — в противном случае ее следует довести до их ведома.

Руководство организаций-провайдеров

Для внедрения КПТ организация-провайдер, например фонд NHS Trusts (подразделение Национальной службы охраны здоровья в Англии и Уэльсе), должна будет высвободить или привлечь ресурсы. Возможно, это произойдет путем создания консорциумов организаций, что, по мне-

нию финансирующих органов, например Конфедерации трудовых ресурсов или государственных органов, может быть удобным как с экономической, так и географической точки зрения. Руководители служб по охране психического здоровья несут ответственность за качество предоставляемых услуг и финансовую жизнеспособность. Их приверженность работе зачастую игнорируется лечебным персоналом и научными сотрудниками, хотя обычно они настойчиво стремятся развивать свои организации и быть союзниками, а не врагами. Повышение качества услуг является требованием клинического управления в Великобритании и органов аккредитации в других странах. Если исследования подтверждают эффективность новых подходов, руководители просто обязаны их внедрить.

Ресурсы ограничены, поэтому заявки должны быть реалистичными. То, что можно получить бесплатно или за минимальную дополнительную плату, получит преимущество, а также с большей вероятностью привлечет новые ресурсы. Если до высшего руководства доходит информация о том, что пациенты получают пользу — особенно если это можно подтвердить, — то часто за этим следует поддержка и даже предоставление кадровых или финансовых ресурсов. Демонстрация того, что пациенты получают пользу от нововведений, одобряемых лечебным персоналом, чрезвычайно важна при разработке предложений по развитию службы по охране психического здоровья.

РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Форматы предложений по развитию службы по охране психического здоровья различаются в зависимости от конкретной организации и ведомства, но центральная структура, как правило, одинакова, хотя ее необходимо адаптировать к местным условиям. Здесь можно выделить следующие составляющие (см. табл. 16.1).

Таблица 16.1. Предложения по развитию службы по охране психического здоровья

Развитие службы по охране психического здоровья

1. *Оцените местные потребности:*

- Количество пациентов с шизофренией или сходными психозами. Для кого из них будут актуальны предоставляемые услуги?
- Количество доступных сессий: Время высококвалифицированного терапевта
 - для терапии;
 - для обучения;
 - для поддержки и супервизии.

Время обученного терапевта

- для терапии;
- для обучения;
- для поддержки и супервизии.

Базовый когнитивно-поведенческий подход

- Количество пациентов, которых уже приняли терапевты.

2. *Неформально оцените местную поддержку со стороны:*

- психологов;
- психиатров;
- терапевтических команд;
- стационарных медсестер;
- пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними;
- врачей общего профиля;
- уполномоченных служб по охране психического здоровья;
- руководства служб по охране психического здоровья;
- организаций, заказывающих проведение тренингов и обучающих программ (например, местные отделения Конфедерации трудовых ресурсов).

3. *Если поддержка на местном уровне незначительна, разработайте обучающую стратегию, ориентированную на отдельные группы.*

4. *Если поддержка на местном уровне существенна, то сформулируйте задачи:*

- собрать доказательства;
- провести научные исследования;
- организовать клинические исследования (чтобы продемонстрировать эффективность, опирайтесь на местные исследования);
- разработать поэтапный план развития на основе обучения и практики лечащего персонала, например, зарезервировать места на тренинге по КПТ;
- согласовать затраты с руководством фонда или организации-провайдера для разработки общего плана.

Оценивание местных потребностей

Обсудите с аудиторскими отделами организаций-провайдеров, местными университетами и отделом общественного здравоохранения (или их аналогами) статистику пациентов с шизофренией и сходными психозами, например шизоаффективным или бредовым расстройством, попавших в поле зрения служб по охране психического здоровья. Если, как это обычно бывает, такой статистики нет, вы можете получить полезную информацию, проверив наличие самой системы сбора такой информации, например через компьютерную базу данных по психическому здоровью или реестр клинических случаев. Если таких систем не существует, вы можете действовать одним из следующих способов.

- Составить список зарегистрированных пациентов, которым назначены инъекции депонированных антипсихотических препаратов и клозапина.
- Получить в системе администрирования список пациентов, госпитализированных с указанным выше диагнозом (в соответствии с национальными стандартами такая информация является обязательной).
- Обратиться в больницу и, возможно, в аптеки, где могут собирать полезную информацию, например списки пациентов, принимающих атипичные нейролептики, такие как рисперидон, оланзапин, кветиапин, амилсульприд и зотепин (список могут помочь составить больницы фармацевты).
- Для составления списков пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями (например, психозами) может оказаться полезным такой реестр данных, как Care Programme Approach [Kingdon, 1994] и его аналоги.
- Реестры врачей общего профиля также могут быть полезны, но они не всегда легкодоступны и редко покрывают территорию, которую охватывают службы по охране психического здоровья. Некоторые врачи общего профиля составляют собственные списки пациентов, находящихся на длительном лечении, или могут помочь, подняв свои данные о лекарственных назначениях.
- Пациенты, которые не были госпитализированы или находятся под наблюдением врачей общего профиля, вероятно, останутся незамеченными. Выявить пациентов, находящихся под наблюдением вра-

чей общего профиля, очень сложно, хотя амбулаторные пациенты являются хорошими кандидатами для КПТ. Многие из них имеют устойчивые симптомы, которые хорошо лечатся [*Sensky et al.*, 2000].

- Компьютеризированные системы учета амбулаторий содержат списки пациентов, которые регулярно получают консультации. Если консультирующие их специалисты пойдут на сотрудничество, они могут отметить в таких списках, какие из этих пациентов страдают психозами.

Для кого релевантна КПТ

Исследования, демонстрирующие успешное использование КПТ в группах психотических больных с шизофренией, включали как стационарных, так и амбулаторных пациентов в возрасте 16–65 лет с позитивными и негативными симптомами, как ранними, так и поздними. При этом были исключены пациенты, у которых первичный диагноз был вызван злоупотреблениями наркотиками или алкоголем (хотя К. Буклаф и соавторы представили многообещающие результаты на материале групп с двойным диагнозом). Некоторые службы по охране психического здоровья позиционируют себя как предназначенные для пациентов со “стойкими позитивными симптомами”, однако появляется все больше свидетельств того, что пациентам с негативными симптомами, например аффективным отупением, КПТ может принести наибольшую пользу.

Таким образом, на основе имеющейся информации необходимо различать, какие пациенты соответствуют, а какие не соответствуют этим критериям, или просто указывать эти исключения.

Условия строгого наблюдения

В настоящее время имеется недостаточно свидетельств эффективности КПТ для пациентов, содержащихся в психиатрических больницах строгого наблюдения, хотя ее техники применяется для пациентов с резистентными симптомами в таких условиях (см. главу 12). Автор [*Kingdon*, 1999] в течение двух лет был ответственным врачом психиатрической больницы строгого наблюдения в Ноттингеме и применял когнитивно-поведенческий подход к пациентам, причины госпитализации которых включали сексуальное насилие, поджоги, гомицидальные угрозы, серьезное агрессивное или антиоб-

щественное поведение, опасность для себя (бродяжничество, умышленное членовредительство, пренебрежение собой), пренебрежительное или угрожающее поведение по отношению к детям, неполный или неэффективный ответ на клозапин и несоблюдение режима приема лекарств. За этот период под домашнее наблюдение были выписаны пациенты с такими симптомами: “Джон Траволта вмешивается в мою жизнь”, “У меня сердечный приступ”, “Я умер”, “Меня преследует полиция”, “Меня хотят изнасиловать, я слышу угрожающие голоса” и “Меня отравили водой из крана”. Среди тех, кто остался в отделении, КПТ отчасти помогла нескольким пациентам: одному, слышащему угрожающие голоса; другому, страдающему манией величия; третьему, уверенному, что он — Брюс Ли; и четвертому, имевшему субстанционально-индуцированные галлюцинации (“Лекарства мешают мне дышать”). Однако она не помогла пациенту, который непрерывно руминировал на тему “Не надо лекарств... Не надо резать”. Состояние одного пациента, имевшего бредовые представления о “рае”, ухудшилось. Он пролежал в больнице пять-шесть лет после разрыва отношений, и поначалу ему ставили диагноз мутизма и тяжелого пренебрежения собой. Он оказался восприимчив к мягкому обсуждению своего будущего, начал говорить, побрился и, в конце концов, был выписан. Однако его попытки восстановить отношения с бывшей женой (матерью своего ребенка) не увенчались успехом. Его задержали за кражу и вернули в психиатрическую больницу строгого наблюдения. Другой пациент, который в течение двух лет неоднократно предпринимал серьезные суицидальные попытки, в конце концов добился успеха в своих начинаниях.

Поучительным был опыт работы со средним медперсоналом и пациентами в этой обстановке. Необходимо было проявлять терпение, быть настойчивым и способствовать вовлечению. Аттitudes менялись медленно, но когда они изменились, то стали поддерживающими и способствовали эффективной работе с пациентами. При моделировании новых подходов оказались полезными совместные интервью со средним медперсоналом и пациентами. Некоторые выразили желание пройти тренинг и охотно приняли в нем участие. Стало легче оценивать риски и управлять ими, поскольку пациенты охотнее делились своими бредовыми идеями и императивными галлюцинациями. Соображения безопасности имеют приоритет, но мягкий, неконфронтационный подход во многих случаях снижает враждебность. Значительно уменьшилось назначение медикаментов, поскольку медсестры успешно разработали способы анализа ситуаций с точки зрения провоцирующих факторов и психологических измерений, что позволяло справляться с ними, вместо того что-

бы просто применять лекарства “по мере необходимости”. Планируются дальнейшие исследования применения КПТ в больницах тюремного типа с усиленным и строгим наблюдением.

Время работы терапевта

Сколько нужно терапевтов? Или, конкретнее, какое количество сессий или времени высококвалифицированного терапевта требуется для лечения, обучения, поддержки и супервизии? Точно так же, сколько времени требуется обученному терапевту для лечения, обучения, поддержки и супервизии? Наконец, как можно разработать базовый когнитивно-поведенческий подход к пациентам со стороны всего лечащего персонала?

Большинство служб по охране психического здоровья развивается постепенно, так что количество необходимых терапевтов становится очевидным лишь с течением времени. Большое значение имеет оценка актуального количества наблюдаемых пациентов по каждой категории, и необходимого для работы с ним времени. В большинстве исследований с участием полностью подготовленных квалифицированных терапевтов сравнивались терапевтические курсы из 20 сессий, но для многих пациентов показаны дальнейшие терапевтические контакты, хотя для других 20 сессий более чем достаточно. Действительно, недавно мы показали эффективность шести сессий для достижения очевидного (хотя и не обязательно достаточного) улучшения [Turkington et al., 2002]. Количество пациентов, которых может одновременно вести терапевт, варьируется, но 15–17 сессий в неделю, вероятно, является пределом. Супервизии, проведение тренингов и участие в них, а также необходимая подготовительная и административная работа, поездки и тому подобное легко заполняют оставшуюся часть рабочей недели.

Однако для многих пациентов еженедельные сессии являются слишком частыми. Для них достаточно проводить одну сессию каждые две или четыре недели. При этом большая часть работы может быть связана с проблемами депрессии, тревоги, самооценки и психообразования, а не с психотическими симптомами, которые наиболее выматывают терапевта.

Групповая работа

Ценность групповой работы несомненна [Chadwick et al., 2000]. Она может быть более экономичной и мобилизовать терапевтические факто-

ры, которых нет в индивидуальной работе. Однако она по своей природе менее индивидуальна и может быть не такой терапевтически эффективной. Она также приемлема для ограниченного числа пациентов, и формирование группы часто становится проблемой вследствие разнообразия потребностей участников. Опубликованы результаты групповой терапии пациентов, слышащих голоса [Wykes, Parr & Landall, 1999], которая также применялась для лечения пациентов с паранойей [Chadwick, личное общение]. Их эффективность по сравнению с индивидуальной терапией требует дальнейшего исследования. Устраняет ли группа необходимость индивидуальной работы с некоторыми пациентами, улучшает ли она такую работу, сокращает ли необходимое время? Если да, можем ли мы предсказывать типы пациентов, для которых эта форма терапии наиболее подходит?

В последнее время становятся все более популярными группы встреч для людей, слышащих голоса, фасилитаторами на которых выступают либо сами участники, либо специалисты в области психического здоровья. По свидетельству многих пациентов, группа удовлетворяет их потребности, оказывая поддержку и помощь, что, очевидно, хорошо. К сожалению, количество научных данных об эффективности таких групп все еще крайне ограничено, и это препятствует их дальнейшему распространению и развитию. Кроме того, такие группы весьма различаются по своему составу и общему уровню активности, как и следовало ожидать от добровольных объединений такого рода. Однако там, где пациенты нуждаются в поддержке со стороны лечебного персонала, целесообразно ее предоставлять, поскольку нам неизвестны какие-либо свидетельства вреда или неблагоприятных побочных эффектов групповой работы.

Работа с семьей

При КПТ психозов возрастает роль работы с семьей. В большинстве случаев она является составляющей программы опеки и способствует выздоровлению пациента (см. клинический случай Джейн). Работа над выраженными эмоциями полностью соответствует работе над негативными симптомами — способствуя управлению ожиданиями и снижая прессинг, который испытывают пациенты. Ригидная работа только с пациентами, исключив их семьи, с неизбежностью угрожает терапевтическим отношениям. Поэтому общее формулирование случая логично разрабатывать совместно пациентом и его семьей. Возможно, для этого даже потребуется меньше времени,

что описано сторонниками работы с семьей (например, [Barrowclough & Tarrier, 1992]). В нашем исследовании эффективности краткосрочной интервенции [Turkington et al., 2002] семьям предлагалось три сессии. Хотя согласно нашему опыту наиболее выгодна именно интеграция семейной и индивидуальной работы, навыки работы с семьями необходимо распространять (как это происходит в рамках обучающей программы Thorn).

Свидетельства эффективности обучающей программы Thorn и КПТ уже приводились выше [Devane et al., 1998]. Руководство зачастую негласно опасается того, что персонал пройдет обучение за счет организации и уйдет на более привлекательную работу или будет ожидать повышения в должности. Это, безусловно, происходит, но может как принести пользу службам по охране психического здоровья, так и поставить их в невыгодное положение. Имеются очевидные аргументы в пользу того, что такое обучение должно быть включено как в индивидуальные карьерные планы, так и в планы развития услуг, предоставляемых организацией. Можно привести далеко не единичные примеры, когда навыки лечащего персонала, прошедшего обучающую программу Thorn, игнорировались в ущерб пациентам, и это разочаровывало сотрудников. Было бы разумно ожидать, что при распределении пациентов будут в большей степени учитываться навыки лечащего персонала, но с возрастанием рабочей нагрузки обеспечивать это становится все более затруднительно. Остается надеяться, что эффективность новых интервенций позволит снизить общую нагрузку на лечащий персонал, хотя вряд ли это удастся непосредственно продемонстрировать.

Оценка и обеспечение поддержки на местах

Поддержку можно организовать неформально с помощью местных психологов, психиатров, терапевтических команд, стационарных медсестер, пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, врачей общего профиля, а также руководства и уполномоченных сотрудников служб по охране психического здоровья. Учебные центры, такие как местные отделения Конфедерации трудовых ресурсов Национальной службы здравоохранения, также необходимо учитывать.

Если поддержка на местном уровне незначительна, разумнее разработать обучающую стратегию, ориентированную на отдельные группы, например, путем выступлений докладчиков, обладающих знаниями и опытом в области КПТ психозов, на местных образовательных форумах или проведения семина-

ров. Изменения могут накапливаться — например, благодаря примеру пациентов, которые получили пользу от работы с клиницистами, использующими КПТ; на практике это означает, что даже если один или два человека разовьют такие навыки, то они в будущем продемонстрируют ценность приобретения этих навыков для других. Резервирование мест на курсах КПТ (особенно тех, которые посвящены тяжелым психическим расстройствам), обучающей программе Thorn или аналогичных курсах и семинарах без отрыва от производства способствует появлению медсестер и психологов, проводящих индивидуальную КПТ психозов. В таком деле всегда имеется опасность изоляции, но центры на местах (например, в Ньюкасле и Саутгемптоне) могут стать очагами поддержки коллег и супервизии.

Если поддержка на местном уровне существенна или возрастает, уместно организовать полномасштабный проект, который бы включал в себя сбор доказательств, разработку тренинговых программ, а также согласование затрат с заказчиками и финансирующими организациями.

Свидетельства эффективности

Организация Кокран⁵ в 1998 г. рассмотрела свидетельства эффективности и пришла к следующим выводам.

С нетерпением ждем результатов продолжающихся тщательно разработанных исследований. В настоящее время для больных шизофренией, желающих пройти КПТ, применение этого подхода ассоциируется со значительным снижением риска рецидива... [Jones et al., 1998].

В табл. 16.2 подытожены результаты исследований, рассмотренных организацией Кокран, а также приведены данные двух недавних исследований, которые еще не завершены. Впоследствии появилась еще одна статья авторов, участвовавших в подготовке изначального обзора, которые положительно оценили вклад этих исследований [Adams, Wilson & Bagnall, 2000]; также были опубликованы два обзора в американских журналах [Dickerson, 2000; Rector & Beck, 2001].

⁵Кокран (Cochrane Collaboration, англ.) — международная некоммерческая организация, изучающая эффективность методов медицины при помощи доказательной медицины. Публикует систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований. — Примеч. ред.

Таблица 16.2. Рандомизированные контролируемые исследования эффективности КПТ психозов

Авторы	Кол-во испытуемых	Группы сравнения	Результаты
<i>Drury et al., 1996</i>	40	Индивидуальная и групповая КПТ в сравнении со структурированием активности и неформальной поддержкой	Ослабление бредовых убеждений после 9 месяцев КПТ. Уменьшение позитивных симптомов: при проведении структурированного клинического интервью по Шкале позитивных и негативных симптомов (Positive And Negative Syndrome Scale — PANSS) 95% респондентов сообщили об отсутствии или наличии лишь незначительных позитивных симптомов (об обратном сообщили 44% респондентов). Время на восстановление снижено на 25–30%
<i>Lecompte & Pelc, 1996</i>	64	КПТ и обычное лечение	Продолжительность госпитализации за первый год снизилась в с 53,3 до 30,2 дня в группе КПТ (48,9 и 43,4 дня в контрольной группе соответственно)
<i>Kuipers et al., 1997</i>	60	КПТ и обычное лечение	Через 9 месяцев баллы по Краткой психиатрической оценочной шкале (Brief Psychiatric Rating Scale — BPRS) упали на 25% (в контрольной группе — через 18 месяцев)
<i>Kemp et al., 1996</i>	47	Комплаенс-терапия в сравнении с неспецифическим консультированием: 4–6 сессий.	Значительные улучшения в аттитудах по отношению к лекарствам и в терапевтическом инсайте. Терапия более эффективная и не дороже, чем у контрольной группы: следовательно, более высокая рентабельность через 6, 12 и 18 месяцев [<i>Healey et al., 1998</i>]

Авторы	Кол-во испытуемых	Группы сравнения	Результаты
Tarrier et al., 1998	87	Копинг-стратегии, решение проблем, профилактика рецидива в сравнении с контролирующей поддерживающей терапией и в сравнении с обычным лечением	Три месяца: значительно больше пациентов КПТ показали улучшение в симптоматике на 50% и более (18 из 33; 4 из 36; 3 из 28 соответственно). Обычное лечение — больше обострений и дольше госпитализация
Sensky et al., 2000	90	КПТ против стратегии установления дружеских отношений (см. текст)	Значительные различия в позитивных и негативных симптомах через 18 месяцев

В частности, исследование Т. Сенски и соавторов [Sensky et al., 2000] представило доказательства эффективности КПТ у пациентов, симптомы которых не полностью поддаются лечению обычными нейролептиками. В этом контролируемом исследовании сравнивалась группа из 90 пациентов, прошедших КПТ, с аналогичной группой, проходившей контрольную интервенцию, целью которой было установление дружеских отношений с пациентом. Последняя предназначалась для контроля времени и включала общую терапевтическую поддержку, обычную при любой интервенции. Медсестры, обученные терапевтической работе с пациентами, были случайным образом распределены по обеим группам и проводили обе интервенции. Проводившие оценивание пациентов специалисты были независимы и не знали о предоставляемой терапии. Интервенции длились более девяти месяцев и в среднем составляли 45 мин. каждые две недели. В конце терапии обе группы добились впечатляющих успехов в отношении позитивных и негативных симптомов. Эффекты КПТ сохранялись через девять месяцев после окончания терапии, но уменьшились в группе, прошедшей интервенцию с целью установления дружеских отношений, так что появились статистически значимые различия как для позитивных, так и для негативных симптомов. В группе КПТ у 63% пациентов симптоматика улучшилась более чем на 50% по сравнению с 39% в контрольной группе.

Также проводились исследования когнитивной коррекции, в которых основное внимание уделяется, например, концентрации, вниманию и развитию социальных навыков, но они рассмотрены в другой работе [Hodel & Brenner, 1998]. Аналогично исследование Дж. Хогарти и соавторов [Hogarty et al., 1997], описывающее “личную терапию” — индивидуальную психотерапевтическую интервенцию, имеющую некоторое сходство с КПТ, — показало ее эффективность у пациентов с шизофренией, живущих в семьях, но не в одиночестве. Имеются также опубликованные данные об эффективности краткосрочной интервенции из шести сессий [Turkington et al., 2002].

Иногда высказывается возражение, что психологическое лечение продемонстрировало свою неэффективность в случае шизофрении еще в контролируемых исследованиях начала 1980-х годов (например, [Gunderson et al., 1984]), но в них применялись терапевтические модели, существенно отличающиеся от тех, которые используются сегодня и описаны в этой книге.

Эффективность исследований в повседневной клинической практике

Имеются значительные различия в отношении терапевтической эффективности между данными научных исследований и практикой, хотя исследования КПТ пытались учесть это, насколько возможно.

1. Отбор участников

Отбор участников клинических исследований сопряжен с необходимостью для пациентов дать свое информированное согласие, что требует от них дополнительных временных затрат и создает трудности. В частности, пациенты должны пройти процедуру оценивания, рискуют получить неэффективное контрольное лечение и могут принципиально не желать принимать участия в исследованиях. Вероятно, что тяжелобольные пациенты с меньшей вероятностью будут участвовать в исследованиях или выбывать из них, поэтому их результаты могут иметь ограниченное применение. На самом деле перечисленные нами исследования охватывали довольно широкий круг участников, а лечение и последующее наблюдение активно проводились на дому у пациентов, где это было необходимо. Критерии исключения также могут оказывать влияние. Например, пациенты с двойным диагнозом, особенно злоупотребляющие психоактивными веществами, были исключены, поскольку многие из них в той или иной степени употре-

бляли каннабис или амфетамины. Однако пилотажные исследования этой группы с использованием мотивационного интервью и последующей КПТ были успешно завершены [Barrowclough et al., 2001].

2. Качество терапевта

Можно предположить, что обучение и супервизия в клинических исследованиях окажутся более качественными, а сами терапевты, вероятно, будут иметь опыт и навыки выше среднего уровня. Это неизбежно повлияет на интерпретацию данных исследований, в которых был задействован лечащий персонал с менее развитыми профессиональными навыками, обладающий меньшим временем и целеустремленностью. В исследовании *Insight into Schizophrenia* [Turkington et al., 2002] была предпринята попытка решить эту проблему, разработав краткосрочную интервенцию, проводимую стационарными и патронажными медсестрами, которые прошли базовое двухнедельное обучение.

3. Релевантность оценочных критериев

Наконец, могут оказаться не очень релевантными использованные оценочные критерии, например результаты оценивания симптомов могут иметь меньший вес, чем социальные изменения или сокращение количества госпитализаций, и свидетельства в этом отношении все еще весьма ограничены.

Разработка плана обучения

Собрав информацию о потребностях, времени работы терапевта и свидетельствах эффективности, можно определить необходимое количество терапевтов на основе вышеприведенной информации — т.е. сколько сессий потребуется изначально для удовлетворения спроса и сколько их потребуется на постоянной основе для вновь поступающих пациентов. На практике, однако, такая разработка требует времени, носит постепенный характер, обычно начинается с одного-двух обучающих семинаров, а время и ресурсы для обучения выделяются небольшому количеству лечащего персонала. Тем не менее для целей планирования полезно попытаться определить, сколько сотрудников необходимо обучить на продвинутом уровне (или сколько сотрудников с таким уровнем подготовки следует на-

нять); количество сотрудников, которым требуется обучение на более низком уровне; а также количество сотрудников, которые получают пользу от обучения КПТ.

После того как такой план разработан, можно определить пути его финансирования, опять же, поэтапно, поскольку потребуются консультации с профессиональными объединениями, руководством, комитетами по планированию и финансовыми органами, которые будут сопровождаться постепенным уточнением (и обычно сокращением) предложений. Долгосрочная стратегия — рассчитанная на три-пять лет — оставляет возможности для гибких изменений, но возможности для достижения конечного успеха обеспечиваются, прежде всего, длительной совместной работой и настойчивостью (как это предусмотрено в самой КПТ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение КПТ для лечения психозов может оказаться попыткой “ломиться в открытую дверь”, но даже в этом случае следует заручиться поддержкой и тщательно планировать ресурсы — финансовые, кадровые и временные. Там, где дверь кажется закрытой или даже запертой, может потребоваться время, чтобы найти ключ, но постепенно заручившись поддержкой благодаря информации и демонстрации примеров клинического успеха можно прийти к прогрессу даже там, где сопротивление кажется наиболее сильным. Мы определенно пришли к выводу, что это того стоит, и надеемся, что вы тоже.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adams, C., Wilson, P. & Bagnall, A.-M. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Quality of Health Care*, **9**, 251–256.
2. Allen, J. & Kingdon, D.G. (1998). Using cognitive behavioural interventions for people with acute psychosis. *Mental Health Practice*, **1**, 14–21.
3. APA (1993). *Diagnostic and Statistical Manual* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. APA (1998). *Guidelines on Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Asberg, M., Montgomery, S.A. & Perris, C. (1978). The Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. **271**, 5–27.
6. Ballard, C.G., Chithiramohan, R.N., Bannister, C. & Handy, S. (1991). Paranoid features in the elderly with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **6**, 155–157.
7. Barham, P. (1995). Manfred Bleuler and the understanding of psychosis. In J. Ellwood (Ed.) *Psychosis; Understanding and Treatment*. London: Jessica Kingsley.
8. Barker, P. (1999). Therapeutic nursing and the person in depression. In M. Clinton & S. Nelson (Eds.) *Advanced Practice in Mental Health Nursing*. Oxford: Blackwell Science.
9. Barnard, P.J. (in press). Asynchrony, implicational meaning and the experience of self in schizophrenia. In A. David & T. Kirchner (Eds.) *The Self in Schizophrenia: A Neuropsychological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
10. Barrowclough, C. & Tarrrier, N. (1992). *Families of Schizophrenic Patients. Cognitive Behavioural Intervention*. London: Chapman & Hall.
11. Barrowclough, C. & Tarrrier, N. (1997). *Families of Schizophrenic Patients. Cognitive Behavioural Intervention*. Cheltenham: Stanley Thornes.
12. Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, **158**, 17.
13. Bartram, D., Lindley, P. & Foster, J. (1991). *Culture-Free Self-Esteem Inventory: Some British Normative Data Based on Research carried out for the Employment Service*. Windsor, NFER-Nelson.
14. Battle, J. (1980). *Culture-Free SEI: Self-Esteem Inventories for Children and Adults Manual*. Seattle, Special Child Publications.
15. Beck, A.T. & Greer, R. (1987). *Beck Depression Inventory Scoring Manual*. New York: Psychological Corporation.

16. Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.
17. Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy of the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
18. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
19. Bentall, R. & Haddock, G. (2000). Cognitive-behaviour therapy for auditory hallucinations. In D. Mercer, T. Mason, M. McKeown & G. McCann (Eds.) *Forensic Mental Health Care: A Case Study Approach* (pp. 67–75). London: Churchill Livingstone.
20. Bentall, R. & Kinderman, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (pp. 81–100). Chichester: John Wiley & Sons.
21. Bentall, R.P. (1990). The syndromes and symptoms of psychoses: or why you can't play 'twenty questions' with the concept of schizophrenia and hope to win. In R.P. Bentall (Ed.) *Reconstructing Schizophrenia*. London: Routledge.
22. Berne, E. (1968). *Games People Play*. Harmondsworth: Penguin.
23. Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, Suppl. 172, 53–9.
24. Birchwood, M. & Iqbal, Z. (1998). Depression and suicidal thinking in psychosis: A cognitive approach. In T. Wykes, N. Tarrier and S. Lewis (Eds.) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (pp. 81–100). Chichester, UK: Wiley.
25. Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853–859.
26. Blackburn, I.M. & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Oxford: Blackwell.
27. Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press (translated from the German edition, 1911).
28. Bloom, J.D., Mueser, K.T., & Muller-Isberner, R. (2000). Treatment implications of the antecedents of criminality and violence in schizophrenia and major affective disorder. In S. Hodgins (Ed.) *Violence Among the Mentally Ill: Effective Treatment and Management Strategies* (pp. 145–169). Dordrecht: Kluwer Academic.
29. Brabban, A. & Turkington, D. (2001). The search for meaning between life events, underlying schema and psychotic symptoms — formulation driven and schema focused cognitive behavioural therapy for a neuroleptic resistant patient with a delusional memory. In A.P. Morrison (Ed.) *A Case Book of Cognitive Therapy for Psychosis*. Brighton: Psychology Press.
30. British Psychological Society (2000). *Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences*. Leicester: Division of Clinical Psychology, BPS.

31. Burns, D.D. (1980). *Feeling Good — The New Mood Therapy*. New York: Morrow.
32. Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: A randomised trial. *UK 700 Group. Lancet*, **353**, 2185–2189.
33. Carroll, M. (1996). *Counselling supervision. Theory, skills and practice*. London: Continuum.
34. Carroll, R.T. (1994). *The Skeptics Dictionary: A Guide for the New Millennium*.
35. Carton, G. (1999). *Multi-disciplinary Training in a Shared Model of Care. Programme Development Outline*. Rampton, UK: Rampton Hospital Authority.
36. Chadwick, P. & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, **164**, 190–201.
37. Chadwick, P. (1997). *Schizophrenia: The Positive Perspective. In Search of Dignity for Schizophrenic People*. London: Routledge.
38. Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy of Voices, Delusions and Paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
39. Chadwick, P., Sambrooke, S., Rasch, S., & Davies, E. (2000). Challenging the omnipotence of voices: Group cognitive behavior therapy for voices. *Behaviour Research and Therapy*, **38**, 993–1003.
40. Chadwick, P.D.J. & Trower, P. (1996). Cognitive therapy for punishment paranoia: A single case experiment. *Behavioural Research and Therapy*, **34**, 351–356.
41. Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for Illness and Health*. Oxford: Oxford University Press.
42. Clarke, I. (1999). Cognitive therapy and serious mental illness. An interacting cognitive subsystems approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **6**, 375–383.
43. Clarke, I. (2001). Psychosis and spirituality: The discontinuity model. In Clarke, I. (Ed.) *Psychosis and Spirituality: Exploring the New Frontier*. London: Whurr.
44. Clarke, I. (2002). Introducing further developments towards an ICS formulation of psychosis: A comment on Gumley et al. (1999). An Interacting Cognitive Subsystems Model of Relapse and the course of psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **9**, 47–50.
45. Clinical Standards Advisory Group. (1994). *Schizophrenia. Report of a CSAG Committee*. London: HMSO.
46. Craig, T. (2000). Severe mental illness: Symptoms, signs and diagnosis. In C. Gamble & G. Brennan (Eds.) *Working with Serious Mental Illness. A Manual for Clinical Practice*. London: Harcourt Publishers Limited.
47. Dalal, B., Larkin, E., Leese, M. & Taylor, P.J. (1999). Clozapine treatment of long-standing schizophrenia and serious violence: A two-year follow-up study of the first 50 patients treated with clozapine in Rampton high security hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **9**, 169–178.
48. Day, J.C., Wood, G., Dewey, M. & Bentall, R.P. (1995). A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects: Validation in a group of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, **166**, 650–653.

49. Department of Health (1999). *A National Service Framework for Mental Health*. London: Department of Health.
50. Devane, S.M., Haddock, G., Lancashire, S., Baguley, I., Butterworth, T., Tarriner, N., James, A., & Molyneux, P. (1998). The clinical skills of community psychiatric nurses working with patients who have severe and enduring mental health problems: An empirical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 253–260.
51. Dickerson, F.B. (2000). Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: A review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research*, *43*, 71–90.
52. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. & Macmillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 593–601.
53. Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A model of persistent post traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 319–345.
54. Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
55. Ewers, P., Leadley, K. & Kinderman, P. (2000). Cognitive-behaviour therapy for delusions. In D. Mercer, T. Mason, M. McKeown, & G. McCann (Eds.) *Forensic Mental Health Care: A Case Study Approach* (pp. 77–89). London: Churchill Livingstone.
56. Falloon, I.R.H., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing Stress in Families; Cognitive and Behavioural Strategies for Enhancing Coping Skills*. London: Routledge.
57. Fenigstein, A. (1996). Paranoia. In C.G. Costello (Ed.) *Personality Characteristics of the Personality Disordered*. New York: Wiley.
58. Fenigstein, A. (1997). Paranoid thought and schematic processing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*, 77–94.
59. Fenton, W.S. & McGlashan, T.H. (1997). We can talk: Individual psychotherapy for schizophrenia (Editorial). *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1493–1495.
60. Foudraine, J. (1971). *Not Made of Wood*. London: Quartet.
61. Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, L. (1995). *Cognitive Therapy of Psychoses*. Chichester, UK: Wiley.
62. Fox, J. & Conroy, P. (2000). Assessing client's needs: The semistructured interview. In C. Gamble & G. Brennan (Eds.) *Working with Serious Mental Illness. A Manual for Clinical Practice*. London: Harcourt Publishers Limited.
63. Frank, A.F. & Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 228–236.
64. Gamble, C. (1995). The Thorn nurse training initiative. *Nursing Standard*, *9* (15), 31–34.
65. Gamble, C. (2000). Using a low Expressed Emotion approach to develop positive therapeutic alliances. In C. Gamble & G. Brennan (Eds.) *Working with Serious Mental Illness. A Manual for Clinical Practice*. London: Harcourt Publishers Limited.
66. Garety, P.A., Fowler, D. & Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *26*, 73–86.

67. Gehrs, M. & Goering, P. (1994). The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, **18**, 43–54.
68. Gilbert, P. (1998). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, **71**, 447–463.
69. Goffman, E. (1961). *Asylums*. Harmondsworth: Penguin.
70. Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A Users Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
71. Gournay, K. & Birley, J. (1998). Thorn: A new approach to mental health training. *Nursing Times*, **94**, 54–55.
72. Gournay, K. (1996). Setting clinical standards for care in schizophrenia. *Nursing Times*, **92** (7), 36–37.
73. Grassian, G. (1983). Psychopathology of solitary confinement. *American Journal of Psychiatry*, **140**, 1450–1454.
74. Gresswell, D.M. & Kruppa, I. (1994). Special demands of assessment in a secure setting: Setting the scene. In M. McMurrin & J. Hodge (Eds.) *The Assessment of Criminal Behaviours of Clients in Secure Settings* (pp. 35–52). London: Jessica Kingsley.
75. Gumley, A., White, C.A. & Power, K. (1999). An interacting cognitive subsystems model of relapse and the course of psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **6**, 261–279.
76. Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., Vannicelli, M.L., Frosch, J.P., & Knapp, P.H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, **10**, 564–598.
77. Gunn, J. & Maden, A. (1999). *Should the English Special Hospitals be Closed? Maudsley Discussion Paper No. 6*. London: Institute of Psychiatry.
78. Haddock, G. & Slade, P.D. (Eds.) (1996). *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.
79. Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., Tarrier, N., Kinderman, P., Baguley, I., Lancashire, S. & Harris, N. (2001). An investigation into the psychometric properties of the Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **29**, 221–233.
80. Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, **29**, 879–889.
81. Haddock, G., Bentall, R.P., & Slade, P.D. (1996). Psychological treatment for auditory hallucinations: Focusing or distraction. In G. Haddock & P. Slade (Eds.) *Cognitive-behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.
82. Harrow, M., Rattenbury, F. & Stoll, F. (1988). Schizophrenic delusions: An analysis of their persistence, of related premorbid ideas, and of three major dimensions. In F. Oltmanns & B.A. Maher (Eds.) *Delusional Beliefs* (pp. 185–211). New York: John Wiley.
83. Harvey, L. & Knight, P.T. (1996). *Transforming Higher Education*. Buckingham: SRHE.

84. Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Oxford: Oxford Medical Problems.
85. Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Kemp, R., Kirov, G. & David A. (1998). Cost effectiveness of compliance therapy for people with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, **172**, 420–424.
86. Hemsley, D.R. & Garety, P.A. (1986). The formation and maintenance of delusions: A Bayesian hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, **149**, 51–56.
87. Hinshelwood, R.D. (1998). Creatures of each other. Some historical considerations of responsibility and care, and some present undercurrents. In A. Foster & V. Zagier Roberts (Eds.) *Managing Mental Health in the Community. Chaos and Containment* (pp. 15–26). London: Routledge.
88. Hodel, B. & Brenner, H.D. (1998). State-of-the-art approaches in the treatment of information-processing disorders in schizophrenia. In Perris, C. & McGorry, P.D. (Eds.) *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*. Chichester, UK: Wiley.
89. Hodgins, S. (Ed.) (2000). *Violence Among the Mentally Ill: Effective Treatment and Management Strategies*. Dordrecht: Kluwer Academic.
90. Hogarty, G.E. (1993). Prevention of relapse in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, **54**, 18–23.
91. Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R.F., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, **154**, 1504–1513.
92. Honig, A., Romme, M.A., Ensink, B.J., Escher, S.D., Pennings, M.H., & Vries, M.W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **186**, 646–651.
93. Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, **41**, 209–218.
94. Jones, C., Cormac, I., Mota, J., & Campbell, C. (1998). *Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia (Cochrane Review), Issue 4*. Oxford: Update Software.
95. Juniger, J. (2001). The paradox of command hallucinations. *Psychiatric Services*, **52**, 385–386.
96. Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J. & Meltzer, H. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of General Psychiatry*, **45**, 789–796.
97. Kaye, C. (2001). A state of siege: The English high security hospitals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **11**, 1–5.
98. Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: A randomised controlled study. *British Medical Journal*, **312**, 345–349.

99. Kingdon, D. (1999). *Cognitive behaviour therapy in forensic settings*. Presentation to Special Hospitals Research Conference, Nottingham.
100. Kingdon, D. (1998). Cognitive behavioural therapy of psychosis: Complexities in engagement and therapy. In N. Tarrrier, A. Wells, & G. Haddock (Eds.) *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach* (pp. 176–194). Chichester, UK: Wiley.
101. Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavior Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford.
102. Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1998). Cognitive behaviour therapy: Styles, groups and outcomes. In T. Wykes, N. Tarrrier, & S. Lewis (Eds.) *Outcome and Innovation in the Psychological Treatment of Schizophrenia*. Chichester, UK: Wiley.
103. Kingdon, D.G. (1994). The care programme approach. *Psychiatric Bulletin*, **18**, 68–70.
104. Kingdon, D.G. (1997). *Understanding Voices* (Leaflet). www.e-mentalhealth.co.uk.
105. Kingdon, D.G. (2000). Cognitive therapy for schizophrenia. *New Directions in Psychiatry*, **20**, 265–273.
106. Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1991). Preliminary report: The use of cognitive behaviour therapy and a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **179**, 207–211.
107. Kinsley, J. (1998). Security and therapy. In C. Kaye & A. Franey (Eds.) *Managing High Security Psychiatric Care* (pp. 75–84). London: Jessica Kingsley.
108. Koerner, K., Swenson, C.R., Dimeff, L. & Sanderson, C.J. (2001). *Linking enthusiasm to evidence-based practice: disseminating dialectical behaviour therapy*. Presentation at Association for the Advancement of Behavior Therapy 35th Annual Convention.
109. Krawiecka, M., Goldberg, D., & Vaughan, M. (1977). A standardised psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **55**, 299–308.
110. Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., & Hadley, C. (1997). London–East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 319–332.
111. Laing, R.D. & Esterson, A. (1970). *Sanity, Madness and the Family*. Harmondsworth: Penguin.
112. Lecompte, D. & Pelc, I. (1996). A cognitive behavioral program to improve compliance with medication in patients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, **25**, 51–56.
113. Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
114. Lewis, S.W., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Benn, A., Leadley, K., Grazebrook, K., Drake, R., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S. & Faragher, B. (in press). A randomised con-

- trolled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcomes in the SoCRATES trial. *British Journal of Psychiatry*.
115. Liddle, P., Carpenter, W.T. & Crow, T. (1994). Syndromes of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **165**, 21–27.
 116. Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder and Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
 117. Lyon, H.M., Kaney, S., & Bentall, R.P. (1994). The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, **164**, 637–646.
 118. Maden, A., Curle, C., Meux, C., Burrow, S., & Gunn, J. (1995). *The Treatment and Security Needs of Special Hospital Patients*. London: Whurr.
 119. Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. In T.F. Oltmanns & B.A. Maher (Eds.) *Delusional Beliefs* (pp. 15–33). New York: Wiley.
 120. Malan D. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterworths.
 121. Manchanda, R., Saupé, R. & Hirsch, S. (1986). Comparison between the brief psychiatric rating scale and the Manchester scale for the rating of schizophrenia symptomatology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **74**, 563–568.
 122. McFadyen, J. & Vincent, M. (1998). A reappraisal of community mental health nursing. *Mental Health Nursing*, **18** (4), 19–23.
 123. McPhillips, M. & Sensky, T. (1998). Coercion, adherence or collaboration? Influences on compliance with medication. In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (pp. 161–177). Chichester, UK: Wiley.
 124. Milne, D., Claydon, T., Blackburn, I.-M., James, I. & Sheikh, A. (2001). Rationale for a new measure of competence in therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **29**, 21–33.
 125. Moorhead, S. & Turkington, D. (2000). The cognitive behaviour therapy of delusional disorder: The relationship between schema vulnerability and psychotic content. (in prep.)
 126. Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **29**, 257–276.
 127. Mueser K.T., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Goodman, L.B., Osher, F.C., Auciello P., & Foy, D. (1998). Trauma and post traumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **6**, 493–499.
 128. Muijen, M. (1996). Scare in the community; Britain in moral panic. In T. Heller et al. (Eds.) *Mental Health Matters: A Reader*. London: Macmillan.
 129. Nelson, H. (1997). *Cognitive Behavioural Therapy with Schizophrenia. A Practice Manual*. London: Stanley Thornes.

130. Newell, R. (1994). *Interviewing Skills for Nurses and other Health Care Professionals. A Structured Approach*. London: Routledge.
131. NHS Executive (1996). *NHS Psychotherapy Services in England. Review of Strategic Policy*. London: NHS Executive.
132. Nuechterlien, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, **10**, 300–312.
133. Orr, M. (1998). Describing the patients. In C. Kaye & A. Franey (Eds.) *Managing High Security Psychiatric Care* (pp. 111–122). London: Jessica Kingsley.
134. Oswald, I. (1974). *Sleep* (3rd Edition). Harmondsworth: Penguin.
135. Padesky, C.A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P.M. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 266–292). New York: Guilford.
136. Peralta, V. & Cuesta, M.J. (1998). Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, **44**, 107–114.
137. Peters, E.R., Joseph, S.A. & Garety, P.A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, **25**, 553–576.
138. Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D., & DeSimone, L. (1999). Cognitive behavioral therapy for clozapine clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services*, **50**, 901–904.
139. Ramsden, P. (1992). *Learning to Teach in Higher Education*. London: Routledge.
140. Raune, D., Kuipers, E., & Bebbington, P. (1999). *Psychosocial stress and delusional and verbal auditory and hallucinatory themes in first episode psychosis: Implications for early intervention*. Paper presented at the Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis Conference, Oxford, England.
141. Rector, N.A. & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **189**, 278–287.
142. Reeves, A. (2000). Creative journeys of recovery: A survivor's perspective. In M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.) *Early Intervention in Psychosis*. Chichester: Wiley.
143. Richards, D. & Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. In W. Yule (Ed.) *Post-traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 239–246). Chichester: Wiley.
144. Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Kock (Ed.) *Psychology: A Study of a Science: Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw-Hill.
145. Rogers, C.R. (1977). *On Becoming a Person*. London: Constable.
146. Romme, M. & Escher, S. (1993). *Accepting Voices*. London: MIND.
147. Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making Sense of Voices*. London: MIND.

148. Romme, M.A.J. & Escher, A.D.M.A.C. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, **15**, 209–216.
149. Rose, D. (2001). *Users' Voices. The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care* (p. 93). London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
150. Roth, A., Fonagy, P., Kazdin, A.E., & Shapiro, A.D. (1988). *What Works for Whom?* New York: Guilford Press.
151. Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C.Q., & Huppert, F.A. (1986). CAMDEX: A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, **149**, 698–709.
152. Salzberger-Wittenberg, I., Henry, G., & Osborne, E. (1990). *The Emotional Experience of Learning and Teaching*. London: Routledge.
153. Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Scott, J.L., Siddle, R., O'Carroll, M., & Barnes, T.R.E. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, **57**, 165–172.
154. Slade, P.D. (1984). Sensory deprivation and psychiatry. *British Journal of Hospital Medicine*, **32**, 256–260.
155. Smith, A.D. & Taylor, P. (1999). Serious sex offending against women by men with schizophrenia: Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *British Journal of Psychiatry*, **174**, 233–237.
156. Smucker, M. & Dancu, C. (1999). *Cognitive-behavioral Treatment for Adult Survivors of Childhood Trauma: Imagery Rescripting and Reprocessing*. London: Jason Aronson.
157. Stanton, A.H., Gunderson, J.G., Knapp, P.H., et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, **10**, 520–562.
158. Steels, M., Roney, G., Larkin, E., Jones, P., Croudace, T., & Duggan, C. (1998). Discharged from special hospital under restrictions: A comparison of the fates of psychopaths and the mentally ill. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **8**, 39–55.
159. Swinton, M. & Haddock, A. (2001). Clozapine in special hospital: A retrospective case-control study. *Journal of Forensic Psychiatry*, **11**, 587–596.
160. Swinton, M. & Ahmed, A.G. (1999). Reasons for non-prescription of clozapine in treatment-resistant schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **9**, 207–214.
161. Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.) *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester, UK: Wiley.
162. Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S. et al. (1993) A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug resistant residual symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, **162**, 524–532.

163. Tarrier, N., Barrowclough, C., Haddock, G., & McGovern, J. (1999). The dissemination of innovative cognitive-behavioural psychosocial treatments for schizophrenia. *Journal of Mental Health*, **8**, 569–582.
164. Tarrier, N., Haddock, G., & Barrowclough, C. (1998). Training and dissemination: Research to practice in innovative psychosocial treatments for schizophrenia. In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (pp. 215–236). Chichester, UK: Wiley.
165. Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, **317**, 303–307.
166. Taylor, P., Garety, P., Buchanan, A., et al. (1993). Measuring risk through delusions. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.) *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago: Chicago University Press.
167. Taylor, P.J., Garety, P., & Buchanan, A. (1994). Delusions and violence. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.) *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago: Chicago University Press.
168. Taylor, P.J., Lees, M. & Williams, D. (1998). Mental disorder and violence. *British Journal of Psychiatry*, **172**, 218–226.
169. Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Remodelling Depressive Thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
170. Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 615–623.
171. Thornicroft, G. & Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **178**, 2–4.
172. Truax, C.B. & Carkhoff, R.R. (1967). *Towards Effective Counselling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
173. Turkington, D. & Kingdon, D.G. (1991). Ordering thoughts in thought disorder. *British Journal Psychiatry*, **159**, 160–161.
174. Turkington, D., John, C.H., Siddle, R., Ward, D., & Birmingham, L. (1996). Cognitive therapy in the treatment of drug resistant delusional disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **3**, 118–128.
175. Turkington, D. & Kingdon, D.G. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, **177**, 101–106.
176. Turkington, D., Kingdon, D.G., Turner, T., & Insight into Schizophrenia Research Group (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **180**, 523–527.
177. Tyrer, P. & Steinberg, D. (1998). *Models for Mental Disorder* (3rd edition). Chichester: Wiley.

178. Tyrer, P., Sievwright, N., Kingdon, D. et al. (1988) The Nottingham study of neurotic disorder: comparison of drug and psychological treatments. *Lancet*, **2**, 235–240.
179. Verdoux, H., Maurice-Tison, B., Van Os, B.G., Salamon, R., & Bourgeois, M.L. (1998). A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine*, **28**, 127–134.
180. Warner, R. (1985). *Recovery from Schizophrenia; Psychiatry and Political Economy*. London: Routledge & Kegan Paul.
181. Weissman, A.N. & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, Illinois.
182. Wilkin, P. (2001). The other side. *Mental Health Nursing*, **21**, 5.
183. Wing, J.K., Curtis, R., & Beevor, A. (1996). *The Health of the Nation Outcome Scales*. London: Royal College of Psychiatrists.
184. World Health Organisation (1990). *International Classification of Diseases. Tenth Revision*. Geneva: Author.
185. Wykes, T., Parr, A., & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, **175**, 180–185.
186. Yalom, I. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
187. Young, J., Beck, A.T. (1980). *The Cognitive Therapy Scale*. Unpublished Manuscript.
188. Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361–370.
189. Zubin, J & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, **86**, 103–126.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Автоматические мысли, 107; 186
Агравация, 236
Агорафобия, 98
Ажитация, 25; 40
Аллен, Дж., 234
Амисульприд, 154
Амфетамины, 127; 229
Атрофия навыков, 207

Б

Барнард, П. Дж., 99; 104; 107
БарнардЮ, П. Дж., 103
Барроуклаф, К., 263
Бек, А. Т., 20; 34; 35; 117; 133; 182; 183; 255
Бенн, Э., 14
Бернс, Д., 132
Берчвуд, М., 70; 150; 184
Блейлер, М., 50
Блэр, Т., 41
Браббан, Э., 14; 17
Буш, Дж., 36
Бэрроуклаф, К., 128; 173

Г

Габитуация, 138
Гамли, Э., 99
Герети, П., 70
Гипервентиляция, 24; 85
Госпитальная шкала тревоги
и депрессии, 166
Гоффман, Е., 241
Гэмбл, К., 241; 243; 244

Д

Девейн, С., 239
Деменция, 159
Дестигматизация, 89
Джексон, С., 184

Диалектико-поведенческая терапия, 157;
231; 251
Дисфункциональные предположения, 25
Дихотомическое мышление, 85; 89
Дроперидол, 36

З

Зона Брока, 94
Зуклопентиксол, 146

И

Ингибитор моноаминоксидазы, 119
Интервью осведомленности о
шизофрении, 188
Ипохондрия, 178

К

Кайе, С., 200
Каллкотт, П., 14; 18
Катастрофическая реакция, 58
Кембриджский тест психических
расстройств в позднем возрасте, 164
Кернер, К., 252
Кингдон, Д., 13; 14; 17; 18; 35; 53; 131; 133;
183; 202
Кларк, Д., 137; 138
Кларк, И., 14; 17
Клинтон, Б., 36
Клозапин, 120; 262
Клопентиксол, 154
Клопиксол депо, 36
Когнитивные дефициты, 229
Когнитивные искажения, 158
Комплаенс-терапия, 29
Комплексная шкала психопатологии, 38; 42
Контрольный список когнитивной
терапии, 239
Контрперенос, 249
Краткосрочная психодинамическая
психотерапия, 117

Культурно-свободный опросник самооценки, 209
 Кьюперс, Л., 70
 Кэрролл, Р., 247

Л

Лефф, Дж., 238
 Линехан, М., 105
 Литий, 119
 Личный фильтр, 87
 Лэнг, Р., 117; 256

М

Магуайр, Н., 14; 17
 Макгроу, Л., 14; 17
 Марли, Б., 148; 149; 152; 155
 Махер, Б., 158; 217
 Мейден, А., 200
 Метакогниции, 159
 Модель ABC, 21; 82; 86; 88; 165; 169; 170; 171; 230
 Модель взаимодействующих когнитивных подсистем, 99; 102; 103; 107
 Модель стресс-уязвимости, 24; 63; 64; 70; 71; 89; 111; 115; 141; 151; 180; 182; 183; 186; 192; 194; 211; 256
 Модель трех П, 81
 Мойзер, К., 131
 Моррисон, А. П., 70
 Мюррей, П., 14

Н

Направляемое открытие, 21; 23; 74
 Национальная оценочная шкала здоровья, 80; 94; 230
 Нельсон, Х., 19; 173; 183; 184; 240; 242; 243; 244
 Неспецифические факторы, 20; 95
 Нормализация, 24; 63; 74; 85; 89; 115; 147; 148; 180; 183; 229; 243

О

Обучающая среда, 253
 Общая шкала тяжести бреда, 38; 42; 44
 О'Кэрролл, М., 14

Оланзапин, 36; 78
 Опросник общего состояния здоровья, 188
 Опп, М., 206
 Осознанность, 105; 108
 Оценочная психиатрическая шкала KGV, 57; 58; 175; 230
 Оценочная шкала бреда, 80; 94; 209; 216
 Оценочная шкала побочных эффектов нейролептиков Ливерпульского университета, 58; 175
 Оценочная шкала слуховых галлюцинаций, 80; 94; 209
 Оценочное интервью родственников, 188
 Ощущение смысла, 104; 106

П

Падецки, К., 248
 Параноя, 135; 140; 157; 158; 159; 166; 169; 170; 172; 257
 Парестезия, 24
 Пелтон, Дж., 14; 18
 Перенос, 249
 Поведение высокого риска, 201
 Поведенческая репетиция, 221
 Посттравматическое стрессовое расстройство, 26; 131
 Проверка реальности, 115
 Прозиклидин, 140

Р

Рабочий альянс, 22
 Рационально-эмотивная терапия, 35
 Рейтинговая шкала психотических симптомов, 230
 Рисперидон, 36; 154; 155
 Роджерс, К., 74
 Ромм, М., 23; 101; 131
 Руминация, 134; 137

С

Самостигматизация, 85
 Семейный опросник, 188
 Сенски, Т., 270
 Сиддл, Р., 15; 17
 Симптомы негативные, 27; 229; 231; 263

Симптомы позитивные, 27; 210; 215;
229; 263
Сократические вопросы, 40; 67; 83; 84; 85;
87; 92; 138; 181; 182; 248
Стиль Коломбо, 67
Стэнтон, Э. Х., 34
Суицид, 101; 107; 201; 231
Суицидальные идеации, 25; 175; 209
Сульпирид, 159; 161

Т

Тайрер, П., 117
Теркингтон, Д., 13; 15; 17; 18; 53; 131; 132;
133; 144; 183
Тириодазин, 119
Тисдейл, Дж., 105
Тодд, П., 184
Торн, Ж., 238
Транзактный анализ, 117
Трифлуоперазин, 140; 146; 154
Тэрриер, Н., 173; 184

У

Уилкинс, П., 49
Уорнер, Р., 50
Управление случаем, 228

Ф

Фаулер, Д., 20; 70
Фенилцин, 119

Х

Хансен, Л., 14; 17
Хениг, А., 131

Хломипрамин, 119
Хлорпромазин, 146; 154; 155
Хогарти, Дж., 50; 271
Ходжинс, С., 199; 204
Холмс, Ш., 67
Хотон, К., 239
Хусейн, С., 41
Хэддок, Дж., 144; 173

Ч

Чедвик, П., 20; 70; 104; 150; 157

Ш

Шварцкопф, Н., 36; 40
Шкала бреда Модсли, 38
Шкала влияния событий, 141
Шкала депрессии Бека, 64; 141
Шкала дисфункциональных аттитюдов, 38;
44; 140
Шкала социального поведения, 230
Шкала социального
функционирования, 175
Шнайдер, К., 59

Э

Экспозиция, 138
Элерс, А., 137; 138
Эллис, А., 35
Эшер, С., 23; 101; 131

У цьому практичному керівництві показано, як поєднати терапевтичні програми з реальними умовами надання послуг з охорони психічного здоров'я. Воно призначене для використання в навчанні та клінічній практиці і містить приклади клінічних випадків, що ілюструють процеси оцінювання, терапевтичного планування та застосування когнітивно-поведінкової терапії при психозах.

Науково-популярне видання

Кінгдон, Девід, Теркінгтон, Дуглас

Когнітивно-поведінкова терапія психозів: клінічні випадки

(Рос. мовою)

Зав. редакцією *С.М. Тригуб*

Із загальних питань звертайтеся до видавництва "Діалектика" за адресою:
info@dialektika.com, <http://www.dialektika.com>

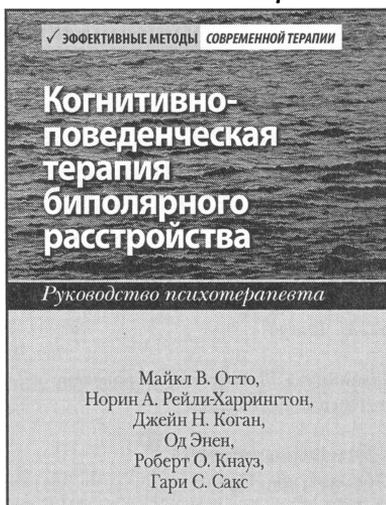
Підписано до друку 24.06.2021. Формат 60x90/16
Ум. друк. арк. 18,0. Обл.-вид. арк. 15,8
Зам. № 21-2253

Видавець ТОВ "Комп'ютерне видавництво "Діалектика"
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

Надруковано ТОВ "АЛЬФА ГРАФІК"
03067, м. Київ, вул. Машинобудівна, 42
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6838 від 09.07.2019.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА РУКОВОДСТВО ПСИХОТЕРАПЕВТА

*Майкл В. Отто,
Норин А. Рейли-Харрингтон,
Джейн Н. Коган,
Од Энен,
Роберт О. Кнауз,
Гари С. Сакс*



www.dialektika.com

Данное терапевтическое руководство написано для психотерапевтов, специализирующихся на биполярном расстройстве. Оно содержит инструкции по гибкому применению когнитивно-поведенческого подхода к терапии биполярного расстройства на разных этапах болезни. В нем уделяется внимание как лечению основных симптомов депрессии, так и значимым факторам, позволяющим прогнозировать рецидивы. Разделенная на четыре этапа и состоящая из 30 сеансов программа включает навыки когнитивной реструктуризации и решения проблем, дневник настроения и расписание активности. Главная ее цель – составление терапевтического контракта, который будет информировать команду психотерапевтов и группу поддержки пациента о том, как распознавать возможные периоды болезни и какие стратегии использовать для оказания ему помощи в эти периоды. Эта программа разработана как дополнение к фармакотерапии биполярного расстройства и призвана оказать помощь в лечении биполярной депрессии, стабилизации настроения и повышении дисциплины в приеме лекарственных препаратов.

ISBN 978-5-907365-23-0

в продаже

Когнитивно-поведенческая терапия психозов КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) радикально изменяет способ решения психологических проблем и применяется многими специалистами по охране психического здоровья.

Эта книга написана практиками, имеющими богатый клинический опыт (в том числе в сфере когнитивно-поведенческой терапии). Авторы привели яркие описания проблем, возникающих у пациентов и психиатров, а также примеры их решения с использованием различных методов. Хотя КПТ отличается фундаментальным теоретическим обоснованием, основное внимание в книге уделяется ее практическому применению для лечения пациентов, симптомы которых постоянно распознаются психиатрами во всем мире.

Книга начинается с краткого введения в психотерапевтические методы, за которым следует серия клинических случаев. Она завершается разделом, посвященным вопросам обучения, супервизии и применения методов КПТ. Она поможет практикующим психотерапевтам перейти от созерцания достижений КПТ к их внедрению в собственную практику.

Для преподавателей, обучающих психологической интервенции на курсах повышения квалификации, специалистов в области клинической психологии и психиатрии, эта книга станет важным источником информации и захватывающим чтением. Специалисты, работающие в организациях и службах, связанных с охраной психического здоровья, также найдут в этой книге много полезного. Кроме того, она представляет большой интерес для волонтеров, работающих в области охраны психического здоровья.

РЕДАКТОРЫ

Дэвид Кингдон, факультет психиатрии Университета Саутгемптона, Королевская больница Саут-Хантс (Саутгемптон, Великобритания), и **Дуглас Теркингтон**, отделение психиатрии Госпиталя королевы Виктории (Ньюкасл-апон-Тайн)

Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
www.dialektika.com

 **WILEY**
wiley.com

JOHN WILEY & SONS, LTD

ISBN 978-617-7987-14-6



9 786177 987146